

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DENİZLİ İLİNDE  
AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMLARDA GÖREV ALAN  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON HEKİMLERİ İLE  
CERRAHİ BRANŞ HEKİMLERİNİN ANKSİYETE VE  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Aliozan AKKAL**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Simay KARADUMAN**

**DENİZLİ – 2021**

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DENİZLİ İLİNDE  
AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMLARDA GÖREV ALAN  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON HEKİMLERİ İLE  
CERRAHİ BRANŞ HEKİMLERİNİN ANKSİYETE VE  
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Aliozan AKKAL**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Simay KARADUMAN**

**DENİZLİ – 2021**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen ve tezimi başından sonuna kadar destekleyerek her aşamasında yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Simay KARADUMAN başta olmak üzere, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Hülya SUNGURTEKİN, değerli hocalarım Prof. Dr. Erkan TOMATIR'a , Prof. Dr. Rıza Hakan ERBAY'a, Doç. Dr. Habip ATALAY'a, Dr. Öğrt. Üyesi İlknur Hatice AKBUDAK'a , Dr. Öğrt. Üyesi Aşlı METE YILDIZ'a ve Dr. Öğrt. Üyesi Seher İLHAN'a, değerli katkılarından dolayı Psikiyatri Anabilim Dalı Dr. Öğrt. Üyesi Osman Zülkif TOPAK 'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve her konuda birbirimize destek olduğumuz değerli asistan arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan, varlıkları ve destekleri ile hayatıma anlam katan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Covid-19 pandemisinde emek harcayan tüm sağlık çalışanlarına şükranlarımı sunarken, bu süreçte hayatını kaybeden çalışma arkadaşlarımızı saygı ve minnetle anıyorum.

Dr. Aliozan AKKAL

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR .....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	VI
TABLolar DİZİNİ .....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	IX
ÖZET.....	X
SUMMARY .....	XII
GİRİŞ .....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
KORONAVİRÜSLER .....	4
ŞİDDETLİ AKUT SOLUNUM YOLU SENDROMU KORONAVİRÜSÜ 2 (SARS-CoV-2) .....	5
<i>Klinik Tablo</i> .....	5
ANKSİYETE .....	6
OBSESYON .....	7
TÜKENMİŞLİK SENDROMU .....	9
<i>Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar</i> .....	10
<i>Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler</i> .....	11
<i>Tükenmişliğin Belirtileri</i> .....	13
<i>Tükenmişlik Modelleri</i> .....	15
<i>Tükenmişliğin Sonuçları</i> .....	17
<i>Hekimlerde Ruh Sağlığı ve Tükenmişlik</i> .....	18
GEREÇ VE YÖNTEM .....	20
BULGULAR .....	26
TARTIŞMA .....	50

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>64</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>68</b>
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	78
EK-2 COVID-19 ENFEKSİYONU (7 SORU).....	81
EK-3 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ .....	82
EK-4. COVID-19 İLE TAKINTI ÖLÇEĞİ (OCS).....	83
EK-5. KORONAVİRÜS ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (CAS) .....	84

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Maslach Tükenmişlik Modeli (78) .....	22
--	----

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> DSM V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları.....	7
<b>Tablo 2.</b> Obsesyon Çeşitleri .....	8
<b>Tablo 3.</b> Tükenmişlik Modelleri.....	15
<b>Tablo 4.</b> Demografik Veriler .....	26
<b>Tablo 5.</b> Covid-19 Üzerine Değerlendirme .....	29
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS puanları.....	30
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların OCS puanları .....	30
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların CAS puanları .....	31
<b>Tablo 9.</b> Yaşa Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	31
<b>Tablo 10.</b> Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları.....	32
<b>Tablo 11.</b> Meslekte Geçirilen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	32
<b>Tablo 12.</b> Çalışılan Kuruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları..	33
<b>Tablo 13.</b> Ünvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları.....	34
<b>Tablo 14.</b> Yerleşim Yerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları....	34
<b>Tablo 15.</b> Çalışma Şekline Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları ....	35
<b>Tablo 16.</b> Yaşam Koşullarında Yapılan Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	35
<b>Tablo 17.</b> Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları....	36
<b>Tablo 18.</b> Sosyal Desteğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları.....	36
<b>Tablo 19.</b> Sigara Kullanımına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları .....	37
<b>Tablo 20.</b> Sigara Kullanımında Yapılan Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları .....	37
<b>Tablo 21.</b> Geçmişte Bilinen Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları .....	38
<b>Tablo 22.</b> Bugün Mevcut Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları .....	39
<b>Tablo 23.</b> Bilinen Kronik Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları.....	39
<b>Tablo 24.</b> Alkol Kullanımına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları	40

<b>Tablo 25.</b> Pandemi Sürecinde Alkol Kullanımındaki Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları .....	40
<b>Tablo 26.</b> Covid-19 Pandemisi Sürecinde Görev Yerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	41
<b>Tablo 27.</b> Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimleri ile Cerrahi Branş Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	43
<b>Tablo 28.</b> Branşa göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	44
<b>Tablo 29.</b> Covid-19 Hastalarıyla Aktif Olarak Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	45
<b>Tablo 30.</b> Covid 19 Enfeksiyonu Şüphesi/Ön Tanısı/Tanısı ile İzolasyon ya da Karantina Uygulanması Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	45
<b>Tablo 31.</b> Covid-19 Enfeksiyonu Şüphesi/Tanısı/Ön Tanısı ile Hastaneye Yatırılma/Tedavi Alma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	46
<b>Tablo 32.</b> Covid- 19 (PCR) Testi Yapılması ve Sonucuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	46
<b>Tablo 33.</b> Ailedeki Bireylerde Covid-19 Nedeniyle Hastaneye Yatan/Tedavi Alan Birey Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	47
<b>Tablo 34.</b> Yakın Arkadaşlardan Covid-19 Nedeniyle Hastaneye Yatan/Tedavi Alan Birey Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	48
<b>Tablo 35.</b> Covid-19 Pandemisi Sürecinde Eskisine Göre Kendini Daha Fazla Tükenmiş Hissetme Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları .....	48
<b>Tablo 36.</b> OCS ve CAS ile Tükenmişlik Alt Ölçeklerinin Korelasyonları .....	49



## SİMGELER VE KISALTMALAR

ARDS	:Acute Respiratory Distress Syndrome
CAS	:Coronavirus Anxiety Scale
CoV	:Corona Virus
COVID 19	:Corona Virus Disease 2019
DSM-V	:Diagnostic and Statistical Manual – 5
DT	:Duygusal Tükenme
DY	:Duyarsızlaşma
HCoV	:Human Corona Virus
KB	:Kişisel Başarı
MERS	:Middle East Respiratory Syndrome
MTÖ	:Maslach Tükenmişlik Ölçeği
OCS	:Obsession with Covid-19 Scale
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
RT-PCR	:Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SARS	:Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	:Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2
SPSS	:Statistical Program For Social Sciences
WHO	:World Health Organisation

## ÖZET

### **Covid-19 Pandemisi Sürecinde Denizli İlinde Ameliyathane Ve Yoğun Bakımlarda Görev Alan Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Hekimleri İle Cerrahi Branş Hekimlerinin Anksiyete Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

**Dr.Aliozan AKKAL**

Anahtar kelimeler: COVID-19, Anksiyete, Tükenmişlik, Obsesyon, Denizli

Aralık 2019'dan bu yana içinde bulunduğumuz pandemi süreci, salgında ön saflarda bulunan hekimlerde anksiyeteye, takıntı düzeylerinin artmasına ve tükenmişliğe neden olabilir. Çalışmamızda Denizli ilinde çalışan anesteziist ve cerrahi branş hekimlerinin Covid-19 ilişkili takıntı ve anksiyete düzeyleri ile tükenmişlik düzeylerini, varsa aralarındaki farkı değerlendirmeyi ve bunları etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık. Sosyodemografik veriler ve Covid-19 ile ilgili değerlendirme içeren sorularımızın Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt ölçek puanları olan duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı hissi (KB) puanları , Covid-19 ile Takıntı (Obsesyon) Ölçeği ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile arasındaki ilişki değerlendirildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri düşük - orta düzeyde, koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteye ve işlevsiz takıntıya bağlı ruh sağlığında bozulma açısından düşük riskli olarak değerlendirilmiştir.

Genç yaşta olmak, meslekte daha kısa süredir görev yapıyor olmak, kadın cinsiyet, asistan hekim olmak, uzun çalışma saatleri, bekar olmak, pandemi sürecinde alkol kullanımında artış olması, Covid-19 ile aktif çalışıyor olmak, Covid-19 tanısı almış olmak ve arkadaşların Covid-19 hastalığını şiddetli geçiriyor olması tükenmişliği artıran faktörler olarak bulunmuştur.

Kadın cinsiyet, devlet hastanelerinde çalışmak, uzman hekim olmak, yeterli sosyal destek görmemek, pandemi sürecinde sigara kullanımında artış olması, Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimi olmak, Covid-19 ile aktif çalışıyor olmak ve Covid-19 tanısı almış olmak koronavirüs ilişkili anksiyete düzeylerini artıran faktörler olarak bulunmuştur. Pandemi sürecinde sigara kullanımına yeni başlamak ise koronavirüs ilişkili takıntı düzeyinin anlamlı şekilde yüksekliğiyle ilişkilendirilmiştir.

Mesleğinin doğası gereği insanlarla yakın temas halinde çalışan doktorlar, özellikle pandemi döneminde hem tükenmişlik hem de anksiyete ve takıntı gibi ruhsal problemler açısından ciddi risk altındadır. Ruh sağlığı bozukluğu açısından yüksek riskli hekimlerin erken tespiti, onlara zamanında ve verimli destek sağlanmasına yardımcı olacaktır. Covid-19'a karşı ön cephede savaşmakta olan hekimlerin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesinin ve tükenmişliğin önüne geçilmelidir. Pandemi süreci devam ederken kısıtlı bir sürede sınırlı katılımcı ile yaptığımız bu çalışmanın sonuçları genellenemez ancak daha büyük örneklemlerle yapılacak daha kapsamlı çalışmalara yol gösterici olabilir.

## **SUMMARY**

### **Evaluation Of Anxiety And Burnout Levels Of Anesthesiology And Reanimation Physicians And Surgical Specialists Working In The Operating Room And Intensive Care Units In Denizli During The Covid-19 Pandemic Process**

**Dr. Aliozan AKKAL**

Keywords: COVID-19, Anxiety, Burnout, Obsession, Denizli

The pandemic process that we have been in since December 2019 may cause anxiety, obsession levels to increase and burnout in physicians who are at the forefront of the epidemic. In our study, we aimed to evaluate the Covid-19-related obsession and anxiety levels and burnout levels of anesthesiologists and surgical branch physicians working in Denizli, to evaluate the difference between them, if any, and to examine the factors affecting them. Emotional exhaustion (DT), depersonalization (DY) and sense of personal accomplishment (KB) scores, which are the subscale scores of Maslach Burnout Scale, of our questions containing sociodemographic data and evaluation about Covid-19, Obsession with Covid-19 Scale (OCS) and Coronavirus Anxiety Scale (CAS) was evaluated.

The burnout levels of the physicians participating in the study were considered to be low to moderate, and low-risk in terms of mental health deterioration due to coronavirus-related dysfunctional anxiety and dysfunctional obsession.

Being young, working in the profession for a shorter period of time, female gender, being a resident physician, long working hours, being single, an increase in alcohol use during the pandemic process, being actively working with Covid-19, being diagnosed with Covid-19, having friends who have severe Covid -19 disease has been found to be factors that increase burnout.

Female gender, working in public hospitals, being a specialist physician, not receiving adequate social support, increasing smoking during the pandemic process, being an Anesthesiology and Reanimation physician, being actively working with

Covid-19 and being diagnosed with Covid-19 are factors that increase coronavirus-related anxiety levels. Starting to use cigarettes during the pandemic process has been associated with a significantly higher level of coronavirus-related obsession.

Due to the nature of their profession, doctors working in close contact with people are at serious risk in terms of both burnout and mental problems such as anxiety and obsession, especially during the pandemic period. Early identification of physicians at high risk for mental health disorders will assist in providing them with timely and efficient support. The mental health and burnout of physicians who are fighting on the front line against Covid-19 should be prevented. While the pandemic process continues, the results of this study, which we conducted with a limited number of participants in a limited time, cannot be generalized, but it can guide more comprehensive studies with larger sample groups.

## GİRİŞ

Aralık 2019'dan bu yana, Wuhan'da (Hubei, Çin) 2019 koronavirüs hastalığının (Covid-19) salgını, bir pandemiye dönüştüğü için dünya çapında endişe yarattı (1). Ülkemizde resmi ilk vakanın Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulduğu 11 Mart 2020 tarihinden bugüne vaka sayısı hızla arttı ve 28 Mayıs 2021 itibariyle Türkiye'de toplam vaka sayısı 5.228.322 'ya, toplam vefat sayısı 47.134'e ulaştı (2). Bu büyük ölçekli bulaşıcı halk sağlığı olayıyla karşı karşıya kalan sağlık personeli hem fiziksel hem de psikolojik baskı altındadır (3).

Tükenmişlik, profesyonel strese neden olan faktörlere kronik maruziyet ile ilgili küresel bir durumdur ve duygusal tükenme, düşük kişisel başarı duygusu ve duyarsızlaşma ile karakterizedir (4-6). Tükenmişlik durumu; yüksek düzeyde sürekli gereksinim, fiziksel ve duygusal ihtiyaçları olan hastalarla etkileşim halinde olan çeşitli uzmanlık alanlarında daha sık görülmektedir(6,7). Ameliyathane ve yoğun bakımlarda görev alan hekimler özellikle bu etkileşimleri sıkça yaşayan ve yapılan çalışmalarda tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunan hekim gruplarıdır. Anesteziyoloji de bu etkileşimleri en yüksek düzeyde yaşayan, yapılan pek çok çalışmada yüksek tükenmişlik oranları görülen bir daldır(6,8).

Hekimlerin çalışma ortamları ya da iş streslerine bağlı karşılaşılabilecekleri diğer bir değişken ise obsesyon (takıntı)'dur. Obsesif bozukluk genellikle sosyal ve mesleki işlev bozukluğuyla beraber, bireyin günlük aktivitelerinin önemli ölçüde etkilendiği bir bozukluktur(9). Obsesyonlar tedavi edilmediğinde kişinin anksiyetesinin artmasına ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalığına neden olur. Temizliğin ve sosyal mesafenin öneminin üzerinde durulduğu(10) salgın döneminde yaşanan bulaş korkusunun, temizlik ile ilgili var olan takıntılarının artmasına, el yıkama gibi kompulsiyonların şiddetli şekilde devam etmesine neden olabileceği düşünülmektedir(11). Salgın sürecinin ne zaman biteceğinin bilinmemesi birçok kişi gibi yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanları içinde obsesif-kompulsif bozukluk için risk faktörüdür(12). Salgına yönelik literatür henüz yeterince net veriler oluşturmasa da genel olarak salgınlar benzer tepkiler ortaya koymaktadır. SARS,

MERS ve influenza gibi salgın hastalıklardan sonra da OKB semptomlarının şiddetlendiği ve başvuru yapan hasta sayısının arttığı bildirilmiştir(13).

Artan çalışma saatleri ve fiziksel yorgunluk, kişisel koruyucu ekipmanların eksikliği kaygısı, mevcut kişisel koruyucu ekipmanların yetersizliği ve hastalar ile temas sonrası kendisinin ve ailesinin sağlığı ile ilgili endişeler, aileyi ve sevdiklerini enfekte etme korkusu, salgının ne zaman sona ereceği konusundaki belirsizlik ve bunun gibi birçok neden zaten yüksek anksiyete ve tükenmişlik düzeyleriyle karşılaşılan ameliyathane ve yoğun bakımlarda görev alan hekimlerde anksiyete ve tükenmişlik insidansını artırabilir.

Pandemi süreci boyunca her ne kadar elektif cerrahiler ertelenmeye çalışılsa da ertelenemeyen acil cerrahi ve girişimsel işlemler nedeniyle anestezi uzmanları ve cerrahi branş hekimlerinin operasyon öncesinde, sırasında ve sonrasında hastalar ile yakın teması kaçınılmazdır. Üstelik neredeyse tüm acil işlemlerde Covid-19 tanısına yönelik RT-PCR (Reverse transcription polymerase chain reaction) testi gibi tanı testlerinin sonucu için zaman yoktur. Diğer cerrahi branşlardan farklı olarak Covid-19 için temel bulaş yolu olan solunum yoluna müdahaleleri, hava yolu enstrümantasyonu ihtiyacı ve post operatif yoğun bakım izlemi gereken hastalar nedeniyle, anestezi uzmanlarının hızla yükselen bu Covid-19 pandemisi sırasında tüm teşhis, tedavi ve cerrahi prosedürler için görece daha yüksek maruziyet ve enfeksiyon riski altında olduğu düşünülebilir (14).

Yorgun ve bitkin anestezi uzmanları, hastaların yorumlanmasında ve izlenmesinde cerrahlar ve diğer yardımcı sağlık personeliyle uzlaşmaya eğilimlidir, bu da parametrelerin yorumlanmasını etkileyebilir ve hatalı kararlara neden olabilir.(15,16). Sürekli fiziksel uyanıklık, kişisel fiziksel ve bilişsel gücün azalmasıyla birleştiğinde dikkatsizlik, klinik değişikliklere geç ve yetersiz yanıtlar, zayıf iletişim ve hatalı kayıt tutma gibi istenmeyen sonuçlara yol açar. Bu nedenle, anestezi uzmanlarında tükenmişliğin nedenlerinin ve sonuçlarının daha iyi anlaşılması, ameliyathanede, yoğun bakım ünitesinde ve anesteziyoloji uygulamasının diğer tüm alanlarında hasta güvenliğini artırmak için kullanılabilir (17).

Denizli ilinde çalışan, ameliyathane ve yoğun bakımlarda görev yaparak pandemide ön saflarda yer alan ve kritik roller üstlenen cerrahi branş hekimleri ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin Covid-19 pandemisi sürecinde anksiyete ,obsesyon ve tükenmişlik düzeylerini ve pandemi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlıyoruz. Ülke yönetimleri tarafından alınan tam kapanma gibi salgının yayılmasını önlemeye yönelik sıkı tedbirlerde dahi kritik bakımda önemli görevler üstlenen ve riskli alanlarda ön saflarda çalışan hekim gruplarından olan anesteziistler ile cerrahi branş hekimlerinin artan anksiyete ve tükenmişlik sonucu dikkat dağınıklığı ve doğru karar verme yetisinin bozulması, klinik değişikliklere geç ve yetersiz yanıtlar, zayıf iletişim ve hatalı kayıt tutma gibi ciddi risk oluşturan sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu nedenle tükenmişliğin nedenlerinin ve sonuçlarının daha iyi anlaşılması ve erken önlem alınması anestezi ve cerrahi tüm uygulama ve girişimlerde hasta güvenliğini artırmak için kullanılabilir. Özellikle ameliyathane ortamında sürekli birlikte çalışan anesteziist ve cerrahi branş hekimlerinin Covid-19 pandemisi gibi küresel bir halk sağlığı krizinde verdikleri psikososyal tepkiyi, verilen tepkinin farkını ve varsa bu farkın sebeplerini öğrenmeyi amaçladığımız bu çalışmamızın sonuçlarının anksiyete ve tükenmişliğe neden olan faktörlerin belirlenmesi ve erken safhada giderilmesi konusunda ileriye yönelik çalışmalara yol gösterici olması beklenebilir.



## GENEL BİLGİLER

Covid-19, yeni keşfedilen bir koronavirüsün (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 2 [SARS-CoV-2]) neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Salgın, Aralık 2019'da başladı ve ardından dünya genelinde benzeri görülmemiş bir oranda ve hızda yayıldı. Hastalık; öksürük, ateş ve daha şiddetli vakalarda nefes almada güçlük gibi semptomlarla birlikte solunum yolu hastalığına neden olur. Çoğu hasta özel bir tedaviye ihtiyaç duymadan iyileşse de Covid-19 ciddi ve hatta ölümcül seyredebilir. Yaşlılar ve aynı zamanda ek hastalıkları olan insanlar, ciddi seyreden hastalığa karşı daha savunmasız olabilirler. Covid-19 salgını, virüse sürekli maruz kalmaları nedeniyle sağlık çalışanları için özellikle riskli olabilir. Şu anda, sağlık hizmeti sunucuları hastalıkla mücadele için her ülkenin en değerli kaynağıdır ve sağlık çalışanlarının, özellikle acil hava yolu yönetimi, yoğun bakım ve perioperatif tıpta hayati bir rol oynayan anestezi uzmanlarının öncelikle iyi korunması gerektiği düşünülmektedir (18).

## KORONAVİRÜSLER

CoV, dünya çapında insanlarda ve birçok farklı hayvan türünde bulunur. *Orthocoronavirinae* alt ailesinde sınıflandırılırlar.(19)

CoV, viral yüzey proteinlerinin gömülü olduğu, konakçı hücreden türetilmiş bir lipid membranı olan zarflı virüslerdir. Viral membrandan (özellikle spike [S] proteini) çıkıntı yapan proteinler, bu patojenlere elektron mikroskobu altında karakteristik hale benzeri görünümünü verir ve bu da korona (Latince: taç) isminin verilmesine neden olmuştur (19).

İlk insan koronavirüsleri (HCoV) 1960'larda tanımlanmış ve HCoV-229E ve HCoV-OC43 olarak adlandırılmıştır. Şu anda insan popülasyonunda dünya çapında dolaşan 4 endemik HCoV bilinmektedir (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1) . Çoğu durumda, bu endemik HCoV, üst ve alt solunum yollarında nispeten hafif hastalıklara neden olur ve insanlarda tüm "soğuk algınlığı" nın yaklaşık üçte birini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Asemptomatik enfeksiyonlar da tarif edilmiştir. Bazı durumlarda, özellikle bağışıklığı baskılanmış kişilerde, çocuklarda

veya mevcut akciğer hastalığı olan kişilerde, akut solunum yetmezliğine ilerleme de meydana gelebilir (20).

## **ŞİDDETLİ AKUT SOLUNUM YOLU SENDROMU KORONAVİRÜSÜ 2 (SARS-CoV-2)**

Aralık 2019'un sonunda Çin, Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde zatürre vakalarının arttığını bildirildi. Ocak 2020'de, neden olarak yeni bir  $\beta$ -CoV belirlendi (21). Virüs, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentindeki zatürree vakalarından ilk izole edildiğinde, 2019 yeni koronavirüs (2019-nCoV) olarak adlandırıldı. Daha fazla bilgi ve genetik analizler ortaya çıktıkça, virüse, Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi tarafından SARS-CoV-2'nin resmi adı verilirken, WHO virüsün neden olduğu hastalığa Covid-19 adını verdi.

SARS-CoV-2, kişiden kişiye etkin bir şekilde bulaşarak küreselleşen dünyamızda tüm kıtalara hızla yayıldı. Ortaya çıkan Covid-19 salgınında bu satırları yazdığımız 2021 Mayıs ayının sonlarında ülkemizde vaka sayısı 5.228.322 'yi bulmuştu (2).

### **Klinik Tablo**

Yeni ortaya çıkan bir akut solunum yolu enfeksiyon hastalığı olan Covid-19, başlıca solunum yolundan, damlacıklar, solunum salgıları ve doğrudan temas yoluyla yayılır (22). Ek olarak, SARS-CoV-2'nin dışkı sürüntülerinden ve kandan izole edildiği bildirilmiştir (23). Bu da birden fazla bulaş yolu olasılığını gösterir.

Mevcut veriler, çoğu durumda 3-7 gün olmak üzere 1-14 günlük bir inkübasyon dönemini öngörmektedir. Virüs insanlarda oldukça bulaşıcıdır ve özellikle yaşlılarda ve kronik hastalığı olan kişilerde ciddi sorunlara neden olur. Covid-19 hastaları tipik olarak ateş, halsizlik ve öksürük gibi spesifik, benzer semptomlarla kendini gösterir (24). SARS-CoV-2 ile enfekte olan çoğu yetişkin veya çocuk hafif grip benzeri semptomlarla başvurmuştur, ancak daha az orandaki hastada kritik durum ve hızla gelişen akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği ve hatta ölümle sonuçlanan kritik tablolarla karşılaşmıştır.

Yakın tarihli bir rapora göre, Covid-19'un yaygın klinik belirtileri arasında ateş (% 88,7), öksürük (% 67,8), yorgunluk (% 38,1), balgam (% 33,4), nefes darlığı (% 18,6), boğaz ağrısı (% 13,9) ve baş ağrısı (% 13,6) yer alıyor (25). Az sayıda hastada ishal (% 3,8) ve kusma (% 5,0) ile gastrointestinal semptomlar görülüyor. Ateş ve öksürük baskın semptomlar iken üst solunum yolu semptomları ve gastrointestinal semptomlar nadir görülüyor. Vaka ölüm oranı, hastalığın şiddeti ile artıyor ve kritik hastalarda % 49'a kadar ulaşabiliyor. Hastalara çalışmalarını devam eden antiviral ilaç ve destek tedavileri uygulanmaya devam ederken, faz 3 çalışmalarını devam eden farklı ilaç firmaları tarafından üretilen aşılarda da dünya çapında acil kullanım onayı ile uygulanmaya devam etmektedir.

### **ANKSİYETE**

Anksiyete sözcüğü; kaygı, bunaltı, boğulma hissi anlamlarında kullanılmaktadır. Sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtilerin yanında çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri vardır. Anksiyete; kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi şeklinde tanımlanarak, korkudan ayırt edilebilir (26).

Anksiyete, açıkça ayırt edilebilen korku ve endişe veren bir uyarana ilişkili olabilir ya da olmayabilir. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir emosyonel durum olmakla birlikte, hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (27). Sağlıklı bireylerde anksiyete, organizmanın fizyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında savaş ya da kaç yanıtını ortaya koymak üzere ortaya çıkar (28). Ancak ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkan, uzun süren ve sonlandırılmayan bir anksiyete söz konusu ise bu patolojik anksiyetedir ve anksiyete bozukluğu olarak adlandırılır (29). Anksiyete bozuklukları, tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, normal popülasyonda anksiyete bozukluklarının çok daha fazla olduğunu, psikiyatrik tedaviye başvuranların sadece buzdüğünün üst kısmında kalan anksiyete bozuklukları olduğunu belirtmektedirler (30).

Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabının son yayımlanan beşinci baskısı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM V) 'na göre anksiyete bozuklukları Tablo 1'deki gibi sınıflandırılmaktadır (31).

**Tablo 1. DSM V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları**

---

Ayrılma kaygısı bozukluğu
Seçici mutizm
Özgül fobi
Toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
Panik bozukluk
Panik atak
Agarofobi
Yaygın anksiyete bozukluğu
Madde-ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu
Diğer tıbbi durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
Tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu
Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

---

Pandemi sürecinde artan çalışma saatleri ve fiziksel yorgunluk, kişisel koruyucu ekipmanların eksikliği kaygısı, mevcut kişisel koruyucu ekipmanların yetersizliği ile ilgili endişeler, hastalar ile temas sonrası kendi sağlığı ve aile sağlığı ile ilgili endişeler, aileyi ve sevdiklerini enfekte etme korkusu, salgının ne zaman sona ereceği konusundaki belirsizlik ve bunun gibi birçok neden, hekimlerde anksiyete insidansını artırabilir. Çin'de yapılan, pandemide aktif görev alan toplam 1257 sağlık çalışanının dahil edildiği geniş kapsamlı bir çalışmada katılımcıların % 44,7 sinde anksiyete raporlanmıştır (32) .

## **OBSESYON**

Takıntı olarak da adlandırılan obsesif bozukluk, bireylerin günlük aktivitelerini etkileyen, sosyal ve mesleki işlev bozukluklarıyla birlikte seyreden önemli bir ruh

sağlığı sorunudur. Tedavi edilmediğinde bireyin anksiyetesi artar ve OKB hastalığına ilerleyebilir. (32). Tipik obsesyonlar arasında temizlik obsesyonu, enfeksiyon ya da mikrop bulaşması, zarar verme düşünceleri, cinsel-dini içerikli obsesyonlar, simetri obsesyonları, biriktirme obsesyonları sayılabilir (33). Bu durum bireyin sosyal aktivitelerini, kişilerarası ilişkilerini belirgin şekilde etkiler ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar. Akdede ve arkadaşlarının obsesif kompulsif belirtiler ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu belirttikleri çalışmalarında alt ölçek puanları ile yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alanları arasında anlamlı korelasyon saptamışlardır (34).

### **Obsesyon Kavramı ve Çeşitleri**

Obsesyon (takıntı); bireyin farkında olduğu, anlamsız bulduğu ancak durduramadığı, zihninden uzaklaştırılamadığı, kaygıya neden olan yineleyici düşünce, imge ve dürtülerdir (33). Obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmak ya da ortadan kaldırmaya yönelik tepki olarak gelişen, tekrarlayıcı davranış ve zihinsel eylemler kompulsiyon (zorlantı) olarak adlandırılmaktadır. Kompulsiyonlar bireyin kaygısını gidermede uzun vadede etkisi olmayan ve bireyi yoran eylemlerdir. Obsesif-kompulsif bozukluk ise obsesyonlar ve /veya kompulsiyonlarla karakterize bir bozukluktur (35). Obsesyon çeşitleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

#### **Tablo 2. Obsesyon Çeşitleri**

---

Temizlik (Bulaşma veya Kirlenme) Obsesyonu
Patolojik Şüphe/Kuşku Obsesyonları
Somatik Obsesyon
Düzen ve Simetri Obsesyonu
Saldırganlık/Zarar Verme Obsesyonları
Cinsel Obsesyonlar
Dini Obsesyon

---

Obsesyon, hekimlerin çalışma ortamları ya da iş streslerine bağlı sıkça karşılaşılabilecekleri bir değişkendir. Temizliğin ve sosyal mesafenin öneminin

üzerinde durulduğu salgın döneminde (36) yaşanan bulaş korkusunun, temizlik ile ilgili var olan takıntılarının artmasına, el yıkama gibi kompulsiyonların şiddetli şekilde devam etmesine neden olabileceği düşünülmektedir (37). Salgın sürecinin ne zaman biteceğinin bilinmemesi birçok kişi gibi yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanları içinde obsesif-kompulsif bozukluk için risk faktörüdür (38). Salgına yönelik literatür henüz yeterince net veriler oluşturmaya da genel olarak salgınlar benzer tepkiler ortaya koymaktadır. SARS, MERS ve influenza gibi salgın hastalıklardan sonra da OKB semptomlarının şiddetlendiği ve başvuru yapan hasta sayısının arttığı bildirilmiştir (39).

## **TÜKENMİŞLİK SENDROMU**

Tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında ünlü psikolog Herbert Freudenberger tarafından tanımlanmıştır. Freudenberger tükenmişliği; başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme şeklinde tanımlamış olup “mesleki bir tehlike” olarak tanımlayan ilk bilim adamıdır (40).

İngilizcede “burnout” sözcüğü ile ifade edilen ve dilimize, yaygın biçimde kullanılan haliyle “tükenmişlik” olarak çevrilen kavram, hem bireysel boyutta, hem de örgütsel boyutta iş hayatını olumsuz etkileyen bir problemdir. Yapılan birçok araştırmanın da ortaya koyduğu üzere, insanların önemli bir kısmı kendilerini işleri ile var eder ve bu insanlar iş hayatlarından bütün hayatlarına ilişkin bir anlam çıkartmaya çalışır. Bu da kişileri işlerine yüksek bir hevesle bağlı kılar. Bu insanlar, çalışma hayatlarında başarısız olduklarını, işlerinin önemsiz olduğunu ve dünyaya hiçbir katkı sağlamadıklarını düşündüklerinde; kendilerini çaresiz, ümitsiz ve tükenmiş hissetmektedirler. Freudenberger’in de belirttiği gibi, kendilerini tamamen işlerine adanmış ve işlerini sosyal hayatlarının devamı ve kendileri için vazgeçilmez olarak gören kişiler, tükenmişlik için risk altındadır (41). Günümüzde en yaygın kabul gören tanım, “İşi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi” olarak tanımlayan Christina Maslach’a aittir. Daha ayrıntılı şekliyle “İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görülen

fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom ” şeklinde ifade edilmiştir (42).

### **Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar**

Tükenmişlik kavramı, iş ve çalışma hayatı sağlığı ile ilişkili bir kavramdır ve uzun süre devam eden stres durumunu ifade etmek için kullanılan bir kavram olduğu gibi, aynı zamanda çalışma hayatında iş doyumsuzluğu olarak da bilinmektedir. Tükenmişlik bazı çevrelerce strese benzer belirti ve etkilere sahip olduğu için bir stres türü olarak kabul edilirken, bazı çevrelerce de strese karşı bir tepki olarak kabul görmüştür. Bu kavramların biri diğerinin nedeni veya sonucu olabilir ve birbirinden ayırt etmek güçtür. Tükenmişlik ile ilgili bazı kavramlar stres, genel uyum belirtisi, iş doyumu ve doyumsuzluğudur.

### ***Stres***

Kontrollü stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla meydana gelen bir gerginlik durumudur. Tehlike ile karşılaşınca canlı kendini korumaya çalışır. Eğer savaşabileceği türden tehlike ise savaşır, savaşamayacağı türden ise ondan uzaklaşır. Organizmanın tehdit durumunda olduğu stres karşısında insanlarda hem fiziksel hem ruhsal düzeyde bir dizi olay meydana gelir (43).

Stres, hayatın bir gerçeğidir ancak genellikle olumsuz bir şey olarak algılanır. Stresin olumlu bir yanı da vardır; kişiye göre değişebilen, yüksek olmayan dozda stres, varoluşumuzun olumlu bir özelliğidir ve etkili bir işleyiş için gereklidir. Bu tür stres, organizmada fiziksel ve ruhsal gelişmelere, büyümeye ve olgunlaşmaya yol açar. Aşırı stres ise insanı çalışamayacak hale getirip ciddi sorunlar oluşturabilir.

### ***Genel Uyum Belirtisi***

Organizmanın tehdit edilmesi ve tehdit sonucunda dengenin bozulması, canlıyı korumaya yönelik alarm tepkisinin oluşmasına neden olur. Bozulan dengenin tekrar kurulması için yeni duruma uyum sağlanması gerekmektedir (43). Strese verilen bu yanıt genel uyum belirtisi olarak da adlandırılır ve stresi zaman süreci içinde

irdelemeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Genel uyum belirtisi; alarm reaksiyonu, direnç dönemi, tükenme dönemi olarak üç döneme ayrılır (44) :

- **Alarm Reaksiyonu** : Bu dönemde herhangi bir dış uyaran stres olarak algılanmaktadır. Vücut ısısının ve kan basıncının azaldığı, nabzın arttığı şok döneminin hemen ardından organizma , durumla başa çıkabilmek için aktif fizyolojik girişimlerde bulunur. Amaç, savaşarak veya kaçarak organizmayı korumaktır (45).
- **Direnç Dönemi** : Vücudun direncinin normalin üstüne çıktığı dönemdir. Organizmanın, karşı karşıya geldiği strese sebep olan duruma karşı direnci artmakta, fakat diğer stres faktörlerine karşı direnci azalmaktadır. Eğer direnç dönemi başarı ile atlatılabilirse, beden normal koşullarına geri döner (45).
- **Tükenme Dönemi**: Strese neden olan durum çok ciddi ve etkisi uzun süreli ise, organizma için tükenme basamağına gelinir. Her canlının uyum yeteneği ve enerjisi farklı ve sınırlıdır. Bu dönem hastalıklara çok açık olunan bir dönemdir ve organizmada kalıcı hasarlara neden olabilir (46).

### ***İş Doyumu ve Doyumsuzluğu***

İş doyumu, bireyin işi ile alakalı değerlerinin karşılandığını algılaması ve bu değerlerin bireyin gereksinimleri ile uyumlu olması olarak tanımlanmaktadır (47). Bireyin yaptığı işten memnun olması, işini severek yapması, hem yaptığı işi kendisine hem de kendisini yaptığı işe layık görmesi, yaptığı işin karşılığı olarak aldığı ücreti yeterli bulması gibi birçok olumlu faktör çalışanın iş doyum düzeyini yükseltir. Bu faktörlerin yokluğu ise bireyler üstünde doyumsuzluk oluşturur (48).

### **Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler**

Tükenmişliğe etki eden faktörler ile ilgili sahip olunan bilgiler; pek çok araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve konuyla ilgili araştırma yapanların gözlemleri sonucunda elde edilmiştir. Tükenmişliğe etki eden faktörler; yaş, cinsiyet,



medeni durum, eğitim durumu gibi demografik faktörler; kişilik yapısı, empati yeteneği, duygusal kontrol, bireysel ihtiyaçlar, beklenti düzeyi gibi kişisel faktörler; işin niteliği, hasta yoğunluğu, çalışma saatleri, iş yükü, iş güvenliği, iş ortamındaki iletişim, çalışma arkadaşları ve yöneticilerle ilişkiler, iş kurumunun plan ve politikaları, adalet, yetersiz ücret, ilerleme fırsatlarının olmaması, ödüllendirme eksikliği, işyerinin fiziksel koşulları gibi örgütsel faktörlerdir. Tükenmişliğe neden olan bu faktörler öncelikle bireysel faktörler ve çevresel faktörler olarak açıklanmıştır. Maslach ve Leiter'e göre tükenmişlik olgusu üzerinde örgütsel faktörler, bireysel faktörlere oranla daha önemli olup üzerinde çok daha fazla durulması gerekmektedir (49).

### ***Bireysel Faktörler***

Örgüt ortamı çalışanları tükenmişliğe götürebilecek etmenlerin baskın olduğu bir ortam olsa da, farklı kişilikteki insanlar farklı şekilde etkilenir. Bazı kişiler, bu olumsuz etmenlerin etkisinden kişisel özellikleri sayesinde etkilenmeyebilir veya daha az etkilenebilir iken, kimileri için algılanan olumsuzluk çok daha ciddi olabilir ve birey, örgütsel faktörlerden normalden çok daha fazla etkilenebilir. Kişiler arasında çeşitli uyaranların stres yapıcı olarak algılanması ve bunlarla başa çıkabilme becerilerinin değerlendirilmesi açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Her bireyin tükenmişlik yaşama ihtimalinin var olduğu kabul edilmekle birlikte, belirli özelliklere sahip bireylerin bu riski diğerlerine göre daha fazla taşıdığı söylenebilir. Bu özellikler arasında; A tipi kişilik, dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma gibi özellikler sayılabilir (50).

### ***Çevresel Faktörler***

Çalışma koşulları ve çalışma ortamının özellikleri, işin niteliği ve aşırı iş yükü, çalışanlar arasındaki ilişkiler, işveren ile çalışanın taleplerinin birbiri ile çatışması tükenmişliğe neden olan en önemli çevresel faktörlerdir. Aşırı iş yükünün ve çatışmanın olduğu iş yerlerinde tükenmişlik riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Hizmet verilen kişi sayısı arttıkça verilen hizmetin hem kalitesi düşmekte hem de miktarı azalmaktadır. Tükenmişliğin ilerleyen seviyelerinde bu kişiler, hizmet verdiği insanlara bağırarak ya da kovmak gibi uç hareketlerde bulunabilirler (51).

## **Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik sinsi ve yavaş başlayan ve sürekli ilerleyen, kronik bir durumdur. Tükenmişlik durumu gelişmesinin öncesinde; genellikle iş ya da sınav baskısı, stres yaratan olayların üst üste gelmesi veya aileden, sevdiklerinden birinin hastalığı gibi bazı çevresel koşullara rastlanır. Tükenmişlik yaşayan kişi, mesleki doyumsuzluk ve yorgunluk duyguları yaşadığını fark eder ve bu sebeple işe gitmekten kaçınır, tahammülsüzlük meydana gelir, kendinden şüphe etmeye başlar ve benlik imajına uygun olmayan davranışlar sergiler (52).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişiler eleştirici, kızgın, eleştirilere kapalı ve insanlara itici gelen garip davranışlar sergileyebilirler. Tükenmişlik yaşayanlarda görülen temel belirtiler; işe duyulan ilginin kaybı, duygularda aşınma ve iş ile birey arasındaki uyumsuzluk şeklinde gözlenmektedir (49). Yukarıdaki ifadelerde de görüldüğü gibi, tükenmişlik yaşayan kişiler kendilerini sürekli gergin olarak tanımlamakta ve sinirlilik, duyarsızlık ve keskin tutumların en baskın duyguları olduğunu belirtmektedirler. Bu tür duygular, insanların, okullarında, işyerinde, aileleriyle ve hizmet sunduğu insanlarla yani buldukları hemen her ortamda ilişkilerini olumsuz yönde değiştirmeye başlamaktadır. Tükenmişliğin belirtileri; fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç ayrı başlık altında incelenebilir. Bu belirtiler aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları olarak da düşünülebilir.

### ***Fiziksel Belirtiler***

İşlerini severek yapan insanlar, bazı dönemlerde gün içerisinde çok yoğun çalışmalarına rağmen ertesi gün işlerine aynı tempoyla devam edebilmektedirler. Tükenmiş insanların çoğu iş yaşamına böyle başlamışlardır (53). Lakin bu kişilerin, tükenmişlik sürecinde hem fiziksel hem de ruhsal olarak sahip oldukları tüm enerjileri tüketebilir ve bu tükeniş ise kişide fiziksel olarak ciddi rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Tükenmişliğin fiziksel belirtileri genelde yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrıları, mide-bağırsak rahatsızlıkları, tansiyon yükselmesi, uyku bozuklukları şeklinde sıralanır. Bu tip yakınmaların sürekli olması, ciddi bir tükenmişlik sendromunun habercisi olabilir (49,54).

### ***Psikolojik Belirtiler***

Maslach ve arkadaşlarına göre; tükenmişlik yaşayan insanlar, arkadaşlarından uzaklaşmakta ve insanlarla ilişki kurmada sorunlar yaşamaktadırlar (55). Engellenmişlik hissi ve sınırlılık tükenmişliğin belirgin özelliklerindedir. Kişi, hedeflerine ulaşmanın önüne geçildiğini düşündüğü için kendisini engellenmiş hisseder. Eğer kişi, işi üzerindeki kontrolünü kaybetmiş veya işini yapmak için gereken kaynaklardan yoksun bir durumda ise, karşısına çıkan engelleri aşmakta zorluk çekecektir. Buna ilaveten kişi, beklediği ödülleri de alamıyorsa, kendisini yetersiz hissetmesi ve sonuç olarak tükenmiş hissetmesi kaçınılmaz olacaktır (56). Tükenmişliği körükleyen diğer duygular da korku ve kaygıdır . Korku ve kaygı , çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunu kaybettiği ve iş çevresinin belirsizlik içinde olduğu durumlarda ortaya çıkar. Kişilerin diğerleriyle rekabet içerisinde olmaları veya işlerini kaybetme ve gelecek korkusu yaşamaları halinde iyi çalıştığı şeklinde yaygın bir görüş olsa da aslında bu tarz bir ortam çalışanların dikkatini dağıtan , onların işlerine daha az ilgi, bağlılık göstermelerine ve işe yönelik enerjilerinde düşmeye sebep olan durumlardır (57).

Tükenmişlik; sonuçta anksiyete ve depresyona kadar ilerleyebilen tehlikeli psikolojik durumlara neden olabilir. Bu durumlara alınganlık, apatik görünme, özgüvende düşme, başarısızlık hissetme ve suçluluk duyma gibi duygular örnek verilebilir.

### ***Davranışsal Belirtiler***

Davranışsal belirtiler, ciddi bir boyuta ulaşan tükenmişliğin göstergesidir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzun süre saklamaya çalışmış bir kişi için; tükenmişlik duygusu, kişinin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluğa neden olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişilerde; çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, aşırı alınganlık, yalnız kalma isteği, işe geç gitme ya da gitmeme, işyerinde işi yavaşlatma, evlilik çatışmaları ve boşanma, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir (58).

## **Tükenmişlik Modelleri**

Tükenmişlik sendromu ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında zaman zaman farklı araştırmacıların farklı modeller geliştirdiği görülebilir. Farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen en önemli tükenmişlik modelleri Tablo 3'te sıralanmıştır. Literatürde yaygın olarak kabul gören ve bu çalışmamızda da kullandığımız Maslach tükenmişlik modeli ayrıntılı olarak incelenecektir.

**Tablo 3. Tükenmişlik Modelleri**

---

Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli
Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli
Meier Tükenmişlik Modeli
Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli
Cherniss Tükenmişlik Modeli
Pines Tükenmişlik Modeli
Golembiewski Tükenmişlik Modeli
Maslach Tükenmişlik Modeli

---

### ***Maslach Tükenmişlik Modeli***

Maslach modeline göre tükenmişlik; iş hayatlarında yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışan bireylerin, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Maslach'ın tükenmişlik modelinde “duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarısızlık” olmak üzere üç farklı boyuttan bahsedilmektedir. Bu üç boyut kavramsal olarak birbirinden ayrı ancak birbiri ile ilişkilidir. Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir (58,59) (EK-3).

*Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)* : Bireyin çalıştığı iş sebebiyle aşırı yüklenmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışanlarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı,

merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal olarak yoğun bir iş temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak meydana gelmektedir. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok dikkat çeken ve araştırılanı, duygusal tükenme boyutudur. Ancak duygusal tükenme, tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli değildir (60).

*Duyarsızlaşma (Depersonalization)* Maslach modelinde bahsedilen ikinci boyut duyarsızlaşmadır. Duyarsızlaşma; bireyin hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun bir şekilde katı soğuk ve ilgisiz tutum ve davranışlar göstermesine neden olur. Bu davranış katı, soğuk ve ilgisiz şekillerde kendini gösterir. Duygusal tükenme yaşayan birey, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az seviyeye indirir (60). Maslach'a göre tükenmişliğin üç boyutundan duyarsızlaşma alt boyutu en problemlili boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından "hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt" olarak tanımlanmıştır (60). Duyarsızlaşma insanlara birer cansız nesne gibi davranmaya iter ve sıklıkla ilişkide bulunulan insanlardan bahsedilirken, kişi isimleri yerine, nesne isimlerini kullanmak şeklinde kendini gösterir. Uzaklaşmanın artmasıyla, hem diğerlerinin gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum hem de duygularına aldırılmama durumu oluşmaktadır (61).

*Kişisel Başarı (Personal Accomplishment)* Kişisel başarı; problemin üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli görme olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarısızlık ise, kişinin kendini işinde başarısız ve yetersiz olarak algılamasıdır. Kişinin başkaları için geliştirdiği olumsuz düşünceler, kendisi için de olumsuz düşünceler geliştirmesine neden olur. Kişi, kimse tarafından sevilmediği, hastalarıyla ilgilenmede yetersiz kaldığı, engellerin üstesinden gelemeyeceği, işinde başarılı olamadığı gibi duygulara kapılabilir. Kişisel başarısızlık hissi düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, sorunların üstesinden gelmede yetersizlik, benlik saygısında azalma gibi belirtileri içerir (62).

Maslach, tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom olarak kavramlaştırmış ve üç boyutta ifade etmiştir :

- a) Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- b) İş ve hizmet verilenlerden soğuma,
- c) Kendi kendinden şüphelenmeye varan ruhsal yorgunluk (63).

### **Tükenmişliğin Sonuçları**

Tükenmişlik yalnızca bireyi değil, aynı zamanda bireyin ilişkide olduğu herkesi olumsuz olarak etkilemektedir.

Tükenmişlik yaşayan kişinin yaşadığı duygusal yorgunluk beraberinde fiziksel yorgunluğu da getirmektedir ve bu durumda olan çalışanlar için sabah kalkıp yeni bir güne başlamak oldukça zor olmaktadır ve bu yorgunluk hissini esas kaynağı kişinin yaşadığı gerginliktir. Uzun süreler devam eden yorgunluk ve gerginlik; soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma ihtimalini ve psikosomatik şikayetleri arttırmakta ve bu tip rahatsızlıkların uzun süre atlatılamamasına neden olmaktadır (64).

Tükenmişlik bireyin bedensel sağlığının yanı sıra ruh sağlığıyla da ilgilidir. Tükenmişlik, kişisel başarı duygusunda ve bireyin benlik saygısında azalmayı beraberinde getirir. Bazı araştırma bulguları, tükenmişliğin tek başına ruhsal bir hastalık şekli olduğu varsayımını desteklemektedir ve tükenmişliğin ruhsal çöküntüye sebep olabileceğinin daha kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir (42).

Tükenmişliğin çalışma hayatına etkileri; azalan mesleki başarı, hizmet sunulanlara yetersiz ilgi, işe devamsızlık ve iş değiştirme isteği şeklinde sıralanabilir. Tükenmişliğin belki de en görünür etkisi, bireyin iş performansındaki değişimdir. Tükenmiş kişiler, işlerini daha kötü yaparlar ve tüm benliklerini işlerine vermektense, daha az çaba gösterirler (49).

Tükenmişliğin gelişiminden sonra; işi boş verme, işi başkasına yükleme, işe gelmeme, eş ve arkadaşlardan uzaklaşma, iş doyumsuzluğu, izin süresini uzatma gibi gelişmeler olabilmektedir (65). İşten uzaklaşma, işe geç gelme, işten erken ayrılma, işe gelmeme, sık sık iş değiştirme gibi tükenmişlik eğilimleri gösteren çalışan, örgütün performansını düşürecek ve örgütün verimli çalışmasını zora sokacaktır (66).

Sonuç olarak kişinin mesleki başarısının azalması, örgüt başarısını da önemli şekilde etkiler. Tükenmişlik kişinin hastaları ve meslektaşları ile verimli bir şekilde çalışma kapasitesini azaltır (67).

Tükenmişliğin iş hayatı üzerinde oluşturduğu bir diğer olumsuz etki de hastalara karşı yetersiz ilgi gösterilmesidir. İnsanlarla çalışmanın getirdiği duygusal gerginlik, kişilerin diğer insanlarla daha az iletişim kurmalarına sebep olur ve ek olarak tükenmişlik yaşayan çalışanlar, bireysel çatışmalar oluşturarak ve işlerin yapılmasını engelleyerek iş arkadaşlarının üzerinde olumsuz bir etki de bırakabilirler. Bu nedenle, tükenmişliğin bulaşıcı bir olgu olduğu söylenebilir (42).

Tükenmişliğin etkileri kişinin yalnızca çalışma hayatını kapsamamakta, kişinin bireysel olarak yıpranmasına sebep olduğu gibi, aynı zamanda özel hayatında da sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Önemli bir sonuç olarak kişinin ailesi de kişinin yaşadığı sorunlardan doğrudan etkilenmektedir. Duygusal tükenme ve insanlara karşı duyarsızlaşma işten dolayı kaynaklanabilir, fakat etkilerini tükenmişlik yaşayan bireyin ailesi ve arkadaşları güçlü bir şekilde hissedebilir. Sonuç olarak aile üyeleri kendilerini yalnız ve değersiz hissetmekte, çalışan kişinin başka bireylere gösterdiği ilgiyi kıskanmakta ve kişiyi sürekli suçlamaktadırlar. Bu ve bunun gibi durumlar aile içi çatışmalar oluşmasına ve aile bireylerinin birbirlerinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Bireyler, işlerinde başarılı olmak için aile hayatlarından ödün vermekte, başka bir deyişle iş hayatındaki başarı, aile huzurunun bozulması pahasına gerçekleşmektedir (67). Fakat aile hayatı ile çalışma hayatı arasında bir denge ve uyum var olduğu sürece gerçek başarının mümkün olacağı da unutulmamalıdır.

### **Hekimlerde Ruh Sağlığı ve Tükenmişlik**

Hekimlerde özellikle mezun olduktan sonraki ilk seneler, depresyon riskinin en yüksek olduğu dönem olarak bildirilmektedir. Genel populasyon için bildirilen %15 kadar olan depresyon sıklığı hekimlerde %38'e kadar çıkabilmektedir. Firth-Cozen ve arkadaşları ileriye yönelik izlem çalışmalarında mezuniyetin birinci yılında depresyon sıklığını %28, sekizinci yılda %18 olarak saptamışlardır. Buna ek olarak fazla çalışma, nöbet ve vardiya çalışmasının depresif etkileri konusundaki çalışmaların sonuçları

çelişkilidir. Uykusuzluğun, fazla çalışma ve depresyon ilişkisinde önemli bir etmen olduğunu gösteren çalışmalar vardır (68).

Araştırmalar, doktorların depresyon, anksiyete, tükenmişlik de dahil olmak üzere genel toplumdan çok daha yüksek ruhsal sağlık sorunları oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (68).

Hollanda’da 2400 doktor üzerinde yapılan bir çalışmada, iş stresinin olumsuz etkilerinin önlenmesinin iş doyumunu arttırdığı ve bu süreçte de yönetsel önlemlerin kişisel düzeyde alınacak önlemlerden daha önemli olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre “kötü yönetim” ve “kişilerin destek hissetmemesi” iş memnuniyetini azaltan önemli faktörlerdir. Aynı çalışmada çalışma koşullarının iş stresi, memnuniyet ve tükenme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (69).

Hekimlerde yüksek tükenme düzeylerinin görülmesi hastalar açısından da ciddi bir durumdur. Hekimlerin tükenmiş olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları hastaların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına sebep olabilir. Bu nedenle hekimlerin sağlık açısından tam bir iyilik halinde olmaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (70).

Hekimlere hissettikleri desteği verebilmek için ihtiyaçlarının bilinmesi önemlidir. McManus ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin ihtiyaçlarını gözden geçirirken onlara karar verme mekanizmalarında imkanların verilmesi, kontrol ve otonomilerine ihtiyaç gösterilmesi ve değerli oldukları duygusunun hissettirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (71).



## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, Denizli ilinde sağlık hizmeti veren Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin Covid-19 pandemisi sürecinde tükenmişliklerinin incelenmesi, pandemi ile ilişkili takıntı ve anksiyetelerinin değerlendirilmesi; yaş, cinsiyet, medeni durum, görev süresi, çalıştığı branş ve unvan, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, çalışma şartları, sigara kullanımı gibi sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu tez araştırmasında Denizli ilinde görev alan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin pandemi sürecinde tükenmişlik, Covid-19 ilişkili takıntı ve anksiyete düzeylerinin yüksek olabileceği ve pandemi ile ilişkili daha fazla hasta ile daha kritik koşullarda bir arada bulunan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin tükenmişlik, takıntı ve anksiyete düzeylerinin diğer cerrahi branş hekimlerinden daha yüksek olabileceği hipotezi sınanmıştır.

### Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı tüm kamu ve özel hastanelerde çalışmakta olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimleri, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan cerrahi bilimlerde görev yapan araştırma görevlisi hekimler ve öğretim üyesi hekimler oluşturdu. Örnekleme yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlandı.

### Çalışmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

*Çalışmaya dahil edilme kriterleri:* Hekimlerin Covid-19 pandemisi sürecinde Denizli il sınırlarında yer alan kamu, özel ya da üniversite hastanelerinde görev alması, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ya da cerrahi branşlardan birine mensup olması, Türkçe bilmesi, yapılan araştırmaya katılmayı kabul etmesi, soruların tamamına cevap vermiş olması şeklindedir.

*Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:* Araştırmaya katılmayı reddetmesi, Türkçe bilmemesi, dahili branşlara mensup olmasıdır.

### **Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya katılan doktorlara tıp yazını taranarak oluşturulan 20 soruluk bir sosyodemografik veri anket formu uygulanmıştır. Bu anket formu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çalıştıkları kurum, meslek tanımı, çalıştıkları cerrahi branş, kronik tıbbi ve psikiyatrik hastalık varlığı, Covid-19 pandemisi sürecinde çalışma yeri ve şekli, pandemi sürecindeki yaşam koşulları ve yaşam koşullarındaki değişiklikler, sigara ve alkol kullanımları sorgulanmıştır. Ayrıca katılımcıların Covid-19 pandemisi sürecinde hastalıkla ilgili çalışma ve enfeksiyona maruziyetlerini sorgulayan 7 soruluk bir anket oluşturulmuştur. Buna ek olarak, 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), 4 sorudan oluşan Covid-19 ile Takıntı Ölçeği (OCS; Obsession with Covid-19 Scale) ve 5 sorudan oluşan Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (CAS; Coronavirus Anxiety Scale) içeren anket formları kullanıldı. Altı bölümden oluşan toplam 58 soruluk bir anket formu oluşturuldu.

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu 30116787-020/31806 sayılı kararı ile izin alındı. Ardından anket formu Google Formlar (Google LLC, 2014) (70) üzerinde oluşturuldu. Oluşturulan online anket formunun bağlantısı, ilgili branş hekimlerinin e-posta adreslerine Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi ve Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Merkez Müdürlüğü aracılığı ile iletildi.

### ***Sosyodemografik Veri Formu***

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, mesleki olarak çalışılan süre, medeni durum, çalışılan kurum, unvan, branş, sigara ve alkol kullanımı ,yaşam koşulları , kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı ve pandemi sırasında çalışma şekli,görev alınan yerler, mevcut yaşam koşullarında yapılan değişiklikler, sosyal destek, sigara ve alkol kullanımında yapılan değişiklikler olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. (EK-1) Ayrıca araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen, katılımcıların Covid-19

enfeksiyonuna maruziyetlerini değerlendirmek maksatlı soruların yer aldığı 7 soruluk bir anket eklendi. (EK-2)

### ***Maslach Tükenmişlik Ölçeği***

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (EK-3) 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir ve bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (71).

Ölçek, tükenmişliği duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı hissi (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmekte olup toplam 22 maddedir (71).

$$\text{Duygusal Tükenme} + \text{Duyarsızlaşma} - \text{Kişisel Başarı} = \text{Tükenmişlik}$$

### **Şekil 1. Maslach Tükenmişlik Modeli (72)**

Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde “duygusal tükenme” (DT), (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde “duyarsızlaşma” (DY) ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Duygusal tükenme alt ölçeği kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını, duyarsızlaşma alt ölçeği kişinin hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun bir şekilde davranmasını, kişisel başarı alt ölçeği ise insanlarla çalışan bir kişide yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar. Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. DT ve DY alt ölçekleri olumsuz, KB alt ölçeği ise olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve DY puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir (Bkz.Şekil 1. Maslach Tükenmişlik Modeli (72)) Değerlendirmeler sırasında alınan

MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır. Bunun nedeni Türkiye’de doktorlara yönelik yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır (73).

Ergin 1993 yılında MTÖ’nün Türkçeye uyarlanması çalışmasında yapmış olduğu geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin sonucunda ölçeğin üç alt boyutuna ilişkin bulunduğu Cronbach’s Alpha katsayıları: DT 0,83; D 0,65; KB 0,72 olarak bulunmuş (77). Cronbach’s Alpha katsayısı 0-1 arası dağılım gösterir.  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  güvenilir değil,  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  düşük güvenilirlikte,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1$  yüksek derecede güvenilir demektir (74).

### ***Covid-19 ile Takıntı (Obsesyon) Ölçeği***

Covid-19 ile Takıntı Ölçeği (OCS) (EK-4) Covid-19 hakkında ısrarcı ve rahatsız edici düşünmenin öz bildirim ruhsal sağlık tarama aracıdır. Covid-19 krizi bir kişinin hayatının neredeyse her yönünü etkilediğinden, OCS, klinisyenlerin ve araştırmacıların Covid-19 ile ilgili düşünce kalıpları tarafından işlevselliği bozulmuş bireylerin etkili bir şekilde tanınmasına yardımcı olmak için geliştirilmiştir (75).

OCS, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan iki büyük yetişkin örneklem ( $n = 775$ ;  $n = 398$ ) üzerinde geliştirildi. OCS, sağlam faktöryel (tek faktörlü) ve yapısal (koronavirüs anksiyetesi, dinsel kriz, alkol / ilaç ile başa çıkma çabası, aşırı umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkili) geçerlilik ile birlikte güvenilir ( $> .83$ ) bir araçtır (75).

OCS’nin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Evren ve ark. tarafından yapılmış olup Türkiye için geçerli ve güvenilir bir testtir (Cronbach’s alpha = 0.80) (76).

OCS'nin her bir maddesi, son iki haftadaki deneyimlere dayanarak 0'dan (hiç değil) 4'e (neredeyse her gün) 5-puanlık bir ölçekte derecelendirilmiştir. Bu ölçeklendirme biçimi DSM-5’in kesişen belirti ölçeği ile tutarlıdır. OCS toplam puanı  $\geq 7$  olması koronavirüs ile ilişkili işlevsiz düşünmeyi gösterir. Belirli bir madde üzerindeki yüksek puanlar veya yüksek toplam ölçek puanı ( $\geq 7$ ), bireyin daha ileri değerlendirme ve/veya tedavi gerektirebilecek sorunlu belirtilerini gösterebilir.

Çalışmamızda da OCS değerlendirilirken kesme noktası Evren'in yaptığı gibi 0-6 puan ile 7 ve üzeri puan olarak alınmıştır. Buna göre OCS puanı 7 ve üzerinde olanlar koronavirüs ile ilgili işlevsiz düşünmeye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir (76).

### ***Koronavirüs Anksiyete Ölçeği***

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (CAS) (EK-5) koronavirüs kriziyle ilişkili işlevsel olmayan anksiyete için kendi bildirimli bir ruhsal sağlık tarama aracıdır. Önemli sayıda insan, bulaşıcı bir hastalık salgını sırasında klinik olarak önemli korku ve anksiyete yaşadığından, CAS, klinisyenlere ve araştırmacılara, koronavirüs ile ilgili anksiyete nedeniyle işlevselliği bozulmuş bireylerin etkili bir şekilde tanınmalarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir (77).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden yetişkinlerdeki bağımsız çalışmalar, CAS'ın sağlam faktöryel (tek-faktör; sosyodemografikler arasında değişmezlik) ve yapısal (kaygı, depresyon, intihar düşüncesi ve madde/alkolle başa çıkma ile korele) geçerliliği olan güvenilir bir ölçektir (>0.90) (77).

OCS'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Evren ve ark. tarafından yapılmış olup Türkiye için geçerli ve güvenilir bir testtir (Cronbach's alpha = 0.90)(76).

CAS'ın her bir maddesi, son iki haftadaki deneyimlere dayanarak 0'dan (hiç değil) 4'e (neredeyse her gün) 5-puanlık bir ölçekte derecelendirilmiştir. Bu ölçeklendirme biçimi DSM-5'in kesişen belirti ölçeği ile tutarlıdır. CAS toplam puanı  $\geq 9$ , olması koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteyi gösterir. Belirli bir madde üzerindeki yüksek puanlar veya yüksek toplam ölçek puanı ( $\geq 9$ ), bireyin daha ileri değerlendirme ve / veya tedavi gerektirebilecek sorunlu belirtilerini gösterebilir. Çalışmamızda da CAS değerlendirilirken kesme noktası Evren'in yaptığı gibi 0-8 puan ile 9 ve üzeri puan olarak alınmıştır. Buna göre CAS puanı 9 ve üzerinde olanlar

koronavirüs ile ilgili işlevsiz anksiyeteye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir (76).

### **İstatistiksel Yöntemler**

Veriler SPSS 25.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında Bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (post hoc: Tukey Testi) ve Bağımsız gruplarda t testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi (post hoc: Bonferroni düzeltmeli mann whitney u testi) kullanılmıştır. Sayısal değerler arasındaki ilişki incelemesi için ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm incelemelerde  $p \leq 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan Denizli ilinde görev yapmakta olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanları ile cerrahi branş uzmanlarının oluşturduğu 200 hekimin sosyodemografik değişkenleri ve Covid-19 üzerine değerlendirme formundan elde edilen bilgiler ile Maslach Tükenmişlik Envanteri, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ve Covid-19 ile Takıntı Ölçeğinden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin dağılımları Tablo 4’de verilmiştir.

**Tablo 4. Demografik Veriler**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş Aralığı</b>	<29	60	30,0
	30-39	83	41,5
	40-49	45	22,5
	50 ve üzeri	12	6,0
	Toplam	200	100
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	133	66,5
	Kadın	67	33,5
	Toplam	200	100
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>	0-5	66	33,0
	5-15	77	38,5
	15-25	43	21,5
	25 ve üzeri	14	7,0
	Toplam	200	100
<b>Çalışılan Kurum</b>	Üniversite Hastanesi	128	64,0
	Devlet Hastanesi	61	30,5
	Özel Hastane	11	5,5
	Toplam	200	100
<b>Unvan</b>	Asistan Hekim	97	48,5
	Uzman Hekim	80	40,0
	Öğretim Üyesi	23	11,5
	Toplam	200	100

**Tablo 4 (devam). Demografik Veriler**

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yerleşim Yeri</b>	Belde-İlçe	11	5,5
	İl Merkezi	189	94,5
	Toplam	200	100
<b>Branş</b>	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	64	32,0
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	10	5,0
	Çocuk Cerrahisi	3	1,5
	Genel Cerrahi	16	8,0
	Göğüs Cerrahisi	4	2,0
	Göz Hastalıkları	10	5,0
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	23	11,5
	Kalp ve Damar Cerrahisi	12	6,0
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	10	5,0
	Ortopedi ve Travmatoloji	20	10,0
	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	12	6,0
	Üroloji	16	8,0
	Toplam	200	100
<b>Çalışma Şekli</b>	Çalışmıyorum	8	4,0
	Nöbet	30	15,0
	Nöbet+Mesai	121	60,5
	Normal Mesai	41	20,5
	Toplam	200	100
<b>Görev Yeri</b>	Poliklinik	123	61,5
	Yoğun Bakım	62	31,0
	Ameliyathane	166	83,0
	Acil Servis	29	14,5
	Yataklı Servis	20	10,0
	Diğer	8	4,0
<b>Yaşam Koşulları</b>	Yalnız	92	46
	Aile ile	108	54
	Toplam	200	100
<b>Yaşam Koşullarında Yapılan Değişiklik</b>	Evet	28	14,0
	Hayır	172	86,0
	Toplam	200	100



**Tablo 4 (devam). Demografik Veriler**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Medeni Durum</b>	Evli	109	54,5
	Bekar	79	39,5
	Boşanmış-Dul	12	6,0
	Toplam	200	100
<b>Aile , arkadaş ve çevreden görülen Sosyal Destek</b>	Yok	6	3,0
	Az - Yetersiz	46	23,0
	İyi – Yeterli	115	57,5
	Çok	33	16,5
	Toplam	200	100
<b>Sigara Kullanımı</b>	Yok	112	56,0
	Var	74	37,0
	Bırakmış	14	7,0
	Toplam	200	100
<b>Pandemi sürecinde sigara kullanımındaki değişiklik</b>	Değişiklik olmadı	159	79,5
	Azalttım	14	7
	Artırdım	19	9,5
	Bıraktım	8	4
	Toplam	200	100
<b>Alkol Kullanımı</b>	Yok	73	36,5
	Var	127	63,5
	Toplam	200	100
<b>Pandemi sürecinde alkol kullanımındaki değişiklik</b>	Değişiklik olmadı	150	75
	Azalttım	32	16
	Artırdım	18	9
	Toplam	200	100
<b>Bilinen Kronik Hastalık</b>	Yok	165	82,5
	Var	35	17,5
	Toplam	200	100
<b>Geçmişte bilinen psikiyatrik hastalık varlığı</b>	Yok	188	94
	Anksiyete	5	2,5
	Depresyon	7	3,5
	Toplam	200	100
<b>Bugün mevcut psikiyatrik hastalık varlığı</b>	Yok	187	93,5
	Anksiyete	7	3,5
	Depresyon	6	3
	Toplam	200	100

Katılımcıların 67'si (%33,5) kadın ve 133'ü (%66,5) erkektir. 60'ı (%30) 29 yaşın altında , 83'ü (%41,5) 30-39 yaş, 45'i (%7,5) 40-49 yaş, 12'si (%6) 50 yaş ve üzeri olmak üzere 4 ayrı yaş grubu vardır. Katılımcıların 128'i (%64) üniversite hastanesinde, 61 'i (%30,5) devlet hastanesinde, 11'i özel hastanede görev yapmakta olup 23'ü (%11,5) öğretim üyesi, 97'si (%48,5) asistan hekim ve 80'i (%40) uzman hekimdir. Katılımcıların branşlarına bakıldığında 64'ü (%32) Anesteziyoloji ve Reanimasyon, 10'u Beyin ve Sinir Cerrahisi, 3'ü (%1,5) Çocuk Cerrahisi, 16'sı (%8) Genel Cerrahi , 4'ü (%2) Göğüs Cerrahisi , 10'u (%5) Göz Hastalıkları, 23'ü (%11,5) Kadın Hastalıkları ve Doğum, 12'si (%6) Kalp ve Damar Cerrahisi, 10'u (%5) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 20'si (%10) Ortopedi ve Travmatoloji , 12'si (%6) Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi , 16'sı ,(%)8 Üroloji hekimisi olarak görev yapmaktaydı.

Katılımcıların Covid-19 üzerine değerlendirmeleri Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Covid-19 Üzerine Değerlendirme**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Covid-19 hastalarıyla aktif olarak çalışma durumu</b>	Evet	85	42,5
	Hayır	115	57,5
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile izolasyon ya da karantina uygulanma durumu</b>	Evet	58	29
	Hayır	142	71
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile hastaneye yatırılma/televizyon alma durumu</b>	Evet	16	8
	Hayır	184	92
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 test sonucu</b>	Test Yapılmadı	47	23,5
	Negatif	128	64
	Pozitif	25	12,5
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan / tedavi alan aile bireyi</b>	Yok	183	91,5
	Var	17	8,5
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan / tedavi alan yakın arkadaş</b>	Yok	63	31,5
	Var	137	68,5
	Toplam	200	100
<b>Covid-19 pandemisi sürecinde, eskisine göre daha fazla tükenmişlik hissi</b>	Hayır	68	34
	Evet	132	66
	Toplam	200	100

Katılımcıların 85'i (%42,5) Covid-19 hastaları ile aktif çalışırken 115'i (%57,5) aktif çalışmıyordu. 58'ine (%29) Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile karantina uygulanmış olup 16'sı (%8) hastaneye yatış/tedavi gerektirmişti. Katılımcıların Covid-19 PCR testi sonucuna göre 25'i (%12,5) Covid-19 tanısı almıştı. Yakın arkadaşlarından Covid-19 tanısı alan katılımcılarımızın sayısı 137 (%68,5) di. Katılımcıların 132'si (%66) pandemi sürecinde kendisini eskisine göre daha fazla tükenmiş hissettiğini beyan etmiştir.

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri , OCS ve CAS puanları Tablo 6'de verilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS puanları**

	<b>DT</b>	<b>DY</b>	<b>KB</b>	<b>OCS</b>	<b>CAS</b>
<b>n</b>	200	200	200	200	200
<b>A.O ± S.S.</b>	17.25 ± 7.84	6.92 ± 4.02	16.14 ± 5.57	5.82 ± 3.75	2.2 ± 3.12
<b>Med (min - maks)</b>	17 (1 - 36)	6 (0 - 19)	16 (4 - 31)	5 (0 - 16)	1 (0 - 17)

n: sayı , A.O.: Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Med: Median

Katılımcıların kesim noktasına göre OCS puanlarının dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Katılımcıların OCS puanları**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>OCS</b>		
<b>7 altı</b>	188	94,0
<b>7 ve üzeri</b>	12	6,0
<b>Total</b>	200	100,0

Tabloya göre katılımcıların 188'inin (%94) koronavirüs ile takıntı ölçeğinden düşük puan alarak koronavirüsle ilişkili düşük takıntı düzeylerine sahip olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların sadece 12 si (%6) koronavirüs ile ilişkili işlevsiz düşünmeye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların kesim noktasına göre CAS puanlarının dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Katılımcıların CAS puanları**

		n	%
CAS	9 altı	121	60,5
	9 ve üzeri	79	39,5
	<b>Total</b>	200	100,0

Tabloya göre katılımcıların 121'i (%60) koronavirüs anksiyete ölçeğinden düşük puan alarak koronavirüs ile ilişkili düşük anksiyete düzeylerine sahip olduğu gösterilmiştir. Katılımcıların 79'u (%39,5) koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 9. Yaş Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS	
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	
Yaş Aralığı	<29 (n=60) (1)	16,83 ± 6,95	6,68 ± 3,94	13,6 ± 4,61	5,37 ± 2,9	1,47 ± 2,4
	30-39 (n=83) (2)	18,55 ± 7,32	7,46 ± 3,78	17,18 ± 5,49	6,67 ± 4,15	2,34 ± 2,89
	40-49 (n=45) (3)	18,07 ± 8,66	7,02 ± 4,61	16,67 ± 5,74	5,67 ± 3,81	3,24 ± 4,24
	50 ve üzeri (n=12) (4)	7,17 ± 5,08	3,92 ± 2,15	19,58 ± 5,66	2,75 ± 2,42	0,92 ± 1,31
	Gruplar arası P	0.0001* (kw=21,524)	0,012* (kw=10,999)	0.0001* (kw=20,312)	0,007* (kw=11,98)	0,018* (kw=10,073)
	(1>4, 2>4, 3>4)	(2>4)	(1<2, 1<4)	(2>4)	(1>3)	

kw: kruskal wallis

Tablo 9'da yaş grupları incelendiğinde; Duygusal tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ,OCS ve CAS puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

50 yaş ve üzeri yaş grubunda DT puanı diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde düşüktür. 30-39 yaş grubunun DY puanı 50 yaş ve üzeri yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. 29 yaş ve altı yaş grubunun KB puanı 30-39 yaş grubu ve 50 yaş ve üzeri yaş grubun KB puanından anlamlı şekilde düşüktür.

Yaşa göre OCS puanlarına baktığımızda 30-39 yaş grubunun OCS puanı 50 ve üzeri yaş grubunun puanından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. 29 yaş ve altı yaş grubunun CAS puanı 40-49 yaş grubunun CAS puanından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür.

**Tablo 10. Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		<b>DT</b>	<b>DY</b>	<b>KB</b>	<b>OCS</b>	<b>CAS</b>
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b> (n=133)	15,98 ± 7,75	6,74 ± 3,98	16,35 ± 5,74	5,51 ± 3,61	1,65 ± 2,39
	<b>Kadın</b> (n=67)	19,76 ± 7,44	7,27 ± 4,09	15,72 ± 5,22	6,43 ± 3,97	3,27 ± 4,01
	Gruplar arası p	0,004* (z=-2,894)	0,41 (z=-0,824)	0,621 (z=-0,494)	0,094 (z=-1,675)	0,001* (z=-3,235)

Tablo 10’da cinsiyete göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde kadın cinsiyette duygusal tükenme erkek cinsiyete göre yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. DY ve KB puanları arasında cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Cinsiyete göre OCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiş olup kadın cinsiyette CAS puanı erkeklerden daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 11. Meslekte Geçirilen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		<b>DT</b>	<b>DY</b>	<b>KB</b>	<b>OCS</b>	<b>CAS</b>
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>	<b>0-5 yıl</b> (n=66) (1)	17,2 ± 6,87	6,52 ± 3,61	13,76 ± 4,76	5,73 ± 3,14	1,67 ± 2,86
	<b>5-15 yıl</b> (n=77) (2)	18,44 ± 7,42	7,87 ± 4,09	17,36 ± 5,53	6,32 ± 4,26	2,25 ± 2,74
	<b>15-25 yıl</b> (n=43) (3)	17,49 ± 9,55	6,67 ± 4,29	17,23 ± 5,57	5,81 ± 3,9	3,12 ± 4,17
	<b>25 yıl ve üzeri</b> (n=14) (4)	10,14 ± 5,02	4,29 ± 3,34	17,21 ± 6,24	3,5 ± 1,87	1,57 ± 1,74
	Gruplar arası p	0,003* (F=4.693) (1>4, 2>4, 3>4)	0,009* (kw=11,6) (3>4)	0,001* (kw=17,408) (1<3, 1<2)	0,08 (kw=6,759)	0,121 (kw=5,821)

kw: kruskal wallis

Tablo 11’de meslekte geçirilen süreye göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde 25 yıl ve üzerinde çalışan grubun DT puanı diğer gruplardan düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. 25 yıl ve üzerinde çalışan grubun DY puanında 0-5 yıl ve 5-15 yıl çalışan grupla anlamlı bir fark görülmezken 15-25 yıl çalışan gruptan daha düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır. 0-5 yıl çalışan grubun KB puanı 5-15 ve 15-25 yıl çalışan gruptan düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır.

Gruplar arasında OCS ve CAS puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 12. Çalışılan Kuruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	<b>DT</b>	<b>DY</b>	<b>KB</b>	<b>OCS</b>	<b>CAS</b>
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Çalışılan Kurum</b>					
<b>Üniversite Hastanesi</b> (n=128) (1)	17,27 ± 7,36	7,04 ± 4,06	16,04 ± 5,73	5,8 ± 3,79	1,71 ± 2,57
<b>Devlet Hastanesi</b> (n=61) (2)	18 ± 8,61	7,21 ± 3,93	15,82 ± 5,09	5,98 ± 3,58	3,11 ± 3,89
<b>Özel Hastane</b> (n=11) (3)	12,73 ± 7,96	3,82 ± 2,79	19 ± 5,92	5,18 ± 4,49	2,73 ± 3,2
Gruplar arası p	0,111 (kw=4,394)	0,024* (kw=7,428) (1>3, 2>3)	0,286 (kw=2,504)	0,532 (kw=1,263)	0,039* (kw=6,464) (1<2)

kw: kruskal wallis

Tablo 12’de çalışılan kuruma göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde özel hastanede çalışan hekimlerin DY puanı diğer gruplardan daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışılan kuruma göre OCS puanında anlamlı fark görülmemiş olup üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin CAS puanı devlet hastanesinde çalışan hekimlerden daha düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tablo 13. Ünvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Asistan Hekim</b> (n=97) (1)	18,26 ± 6,87	7,51 ± 3,89	14,92 ± 4,89	6,09 ± 3,76	1,84 ± 2,78
<b>Uzman Hekim</b> (n=80) (2)	17,4 ± 8,43	6,64 ± 3,96	16,51 ± 5,3	5,93 ± 3,91	3 ± 3,65
<b>Ünvan Öğretim Üyesi</b> (n=23) (3)	12,43 ± 8,11	5,39 ± 4,41	19,96 ± 7,27	4,3 ± 2,79	0,91 ± 1,31
Gruplar arası p	0,005* (F=5,385) (1>3, 2>3)	0,037* (kw=6,584) (1>3)	0,007* (kw=9,868) (1<3)	0,089 (kw=4,831)	0,01* (kw=9,131) (1<2, 2>3)

kw: kruskal wallis

Tablo 13’de ünvana göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde öğretim üyesi grubunun DT puanı diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşüktür. Yine öğretim üyesi grubunun DY puanı asistan hekim grubuna göre anlamlı şekilde düşük olup uzman hekimlerle anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca öğretim üyesi grubunun KB puanı asistan hekim grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir.

Ünvana göre OCS puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Uzman hekim grubunda CAS puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir.

**Tablo 14. Yerleşim Yerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Belde-İlçe</b> (n=11)	15,82 ± 5,55	6,91 ± 2,26	14,73 ± 4,82	4,45 ± 2,42	4,27 ± 2,61
<b>Yerleşim Yeri İl Merkezi</b> (n=189)	17,33 ± 7,95	6,92 ± 4,1	16,22 ± 5,61	5,9 ± 3,8	2,07 ± 3,11
Gruplar arası p	0,521 (z=-0,641)	0,736 (z=-0,338)	0,436 (z=-0,779)	0,253 (z=-1,144)	0,003* (z=-3,002)

Tablo 14’te yerleşim yerine göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır.

Yerleşim yerine göre OCS puanında anlamlı fark saptanmazken il merkezinde yaşayan hekimlerin CAS puanı anlamlı derecede düşüktür.

**Tablo 15. Çalışma Şekline Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Pandemi sürecinde çalışmıyor</b> (n=8) (1)	8,25 ± 3,37	4,13 ± 1,55	10 ± 4,75	5,63 ± 1,3	0,63 ± 1,41
<b>Nöbet</b> (n=30) (2)	18 ± 7,12	7,33 ± 3,78	17,57 ± 5,39	5,33 ± 3,97	1,77 ± 2,3
<b>Çalışma Şekli</b> <b>Nöbet+Mesai</b> (n=121) (3)	19,27 ± 7,47	7,42 ± 4,01	15,7 ± 4,88	6,39 ± 3,95	2,71 ± 3,56
<b>Normal Mesai</b> (n=41) (4)	12,46 ± 6,86	5,66 ± 4,16	17,56 ± 6,79	4,54 ± 2,92	1,29 ± 1,95
Gruplar arası p	0.0001* (F=13,548) (1<2, 1<3, 2>4, 3>4)	0,011* (kw=11,068) (1<3, 3>4)	0,006* (kw=12,481) (1<2, 1<3, 1<4)	0,048* (kw=7,886) (3>4)	0,072 (kw=6,997)

kw: kruskal wallis

Tablo 15'te pandemide hekimlerin çalışma şekline göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde pandemi sürecinde çalışmayan grubun KB puanı diğer tüm gruplardan anlamlı şekilde düşük, DT puanı nöbet ve nöbet+mesai grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür. Normal mesai grubunun DT puanı da nöbet ve nöbet+ mesai grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür. Nöbet+Mesai grubunun DY puanı pandemi sürecinde çalışmayan gruptan ve normal mesai grubundan anlamlı şekilde yüksektir.

Çalışma şekline göre gruplar arasında CAS puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Normal mesai grubunun OCS puanı Nöbet+Mesai grubundan anlamlı şekilde düşüktür.

**Tablo 16. Yaşam Koşullarında Yapılan Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Yaşam koşullarında yapılan değişiklik</b> <b>Evet</b> (n=28)	19,82 ± 8,99	7,86 ± 4,68	16,36 ± 4,92	5,61 ± 3,75	2,75 ± 4,15
<b>Hayır</b> (n=172)	16,83 ± 7,58	6,76 ± 3,89	16,1 ± 5,68	5,85 ± 3,76	2,1 ± 2,92
Gruplar arası p	0,126 (z=-1,532)	0,265 (z=-1,114)	0,667 (z=-0,431)	0,836 (z=-0,207)	0,649 (z=-0,455)

Tablo 16'da yaşam koşullarında yapılan değişikliğe göre tükenmişlik düzeyleri , OCS ve CAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.



**Tablo 17. Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Evli</b> (n=109) (1)	17,45 ± 8,23	6,64 ± 4,12	17,15 ± 5,82	5,95 ± 3,78	2,69 ± 3,64
<b>Bekar</b> (n=79) (2)	17,37 ± 6,53	7,47 ± 3,93	14,29 ± 4,67	6,03 ± 3,74	1,62 ± 2,3
<b>Medeni Durum</b> <b>Boşanmış/Dul</b> (n=12) (3)	14,58 ± 11,66	5,75 ± 3,41	19,08 ± 5,35	3,25 ± 2,7	1,5 ± 1,83
Gruplar arası P	0,659 (kw=0,836)	0,218 (kw=3,043)	0,001* (kw=14,014) (1>2, 3>2)	0,041* (kw=6,37) (1>3,2>3)	0,266 (kw=2,649)

kw: kruskal wallis

Tablo 17’de medeni duruma göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde Bekar grubun KB puanı diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşüktür. DT ve DY puanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Medeni duruma göre CAS puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup Boşanmış/Dul grubun OCS puanı diğer gruplara göre anlamlı şekilde düşüktür.

**Tablo 18. Sosyal Desteğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Yok</b> (n=6) (1)	17,17 ± 9,97	7 ± 4,15	16,17 ± 8,4	7,17 ± 4,79	5,5 ± 5,68
<b>Aile , Arkadaş ve Çevreden Görülen</b> <b>Az- Yetersiz</b> (n=46) (2)	18,13 ± 8,31	7,91 ± 4,23	17,57 ± 5,3	7 ± 4,86	3,57 ± 3,99
<b>İyi - Yeterli</b> (n=115) (3)	16,95 ± 7,79	6,81 ± 3,98	15,62 ± 5,35	5,28 ± 2,97	1,63 ± 2,48
<b>Sosyal Destek</b> <b>Çok</b> (n=33) (4)	17,06 ± 7,17	5,88 ± 3,7	15,94 ± 6	5,82 ± 3,98	1,64 ± 2,22
Gruplar arası P	0,728 (kw=1,305)	0,154 (kw=5,26)	0,171 (kw=5,011)	0,367 (kw=3,164)	0,001* (kw=17,415) (2>3)

kw: kruskal wallis

Tablo 18’de sosyal desteğe göre gruplar arasında tükenmişlik düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır.

Sosyal desteğe göre gruplar arasında OCS puanında anlamlı fark görülmemiş olup iyi yeterli sosyal destek gören grubun CAS puanı az-yetersiz sosyal destek gören gruptan anlamlı derecede düşüktür.

**Tablo 19. Sigara Kullanımına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS	
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	
<b>Sigara Kullanımı</b>	<b>Yok</b> (n=112) (1)	18,27 ± 7,56	7,12 ± 4,15	15,88 ± 5,49	5,88 ± 3,63	2,24 ± 3,49
	<b>Var</b> (n=74) (2)	16,72 ± 7,3	7 ± 3,79	16,31 ± 5,73	6,15 ± 3,97	2,26 ± 2,71
	<b>Bırakmış</b> (n=14) (3)	11,86 ± 10,56	4,86 ± 3,86	17,29 ± 5,51	3,57 ± 2,87	1,5 ± 1,7
	Gruplar arası P	0,033* (kw=6,827) (1>3)	0,053 (kw=5,885)	0,7 (kw=0,713)	0,056 (kw=5,776)	0,635 (kw=0,907)

kw: kruskal wallis

Tablo 19’da sigara kullanımına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde DT puanında sigara kullanmayan grupta bırakmış gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. DY ve KB puanında gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Sigara kullanımına göre OCS ve CAS puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 20. Sigara Kullanımında Yapılan Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS	
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	
<b>Sigara Kullanımında Yapılan Değişiklik</b>	<b>Değişiklik Olmadı</b> (n=148) (1)	17,38 ± 7,57	6,83 ± 3,98	15,43 ± 5,34	5,66 ± 3,07	1,88 ± 2,98
	<b>Azalttım</b> (n=14) (2)	15,36 ± 6,08	6,5 ± 3,59	20,36 ± 4,77	4,71 ± 3,15	3,21 ± 2,94
	<b>Arttırdım</b> (n=19) (3)	18,58 ± 9	7 ± 4,42	16,58 ± 5,93	6,21 ± 4,12	4,42 ± 3,06
	<b>Yeni Başladım</b> (n=8) (4)	16,63 ± 7,52	9,5 ± 2,78	18,13 ± 4,7	12 ± 5,95	1,88 ± 1,55
	Gruplar arası p	0,786 (kw=1,062)	0,176 (kw=4,939)	0,004* (kw=13,429) (1<2)	0,029* (kw=8,989) (1<4, 2<4)	0,0001* (kw=18,924) (1<3)

kw: kruskal wallis

Tablo 20’de pandemi sürecinde sigara kullanımında yapılan değişikliğe göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde sadece sigara kullanımında değişiklik olmayan grubun KB puanı sigara kullanımını azaltan gruba göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. DT ve DY puanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sigara kullanımına yeni başlayan grubun OCS puanı sigara kullanımında değişiklik olmayan gruba ve sigara kullanımını azaltan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sigara kullanımını arttıran grubun CAS puanı sigara kullanımında değişiklik olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 21. Geçmişte Bilinen Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
	<b>Yok</b> (n=188)	17,02 ± 7,68	6,79 ± 4,06	16,1 ± 5,61	5,72 ± 3,74	2,06 ± 2,97
<b>Geçmişte Bilinen Psikiyatrik Hastalık Varlığı</b>	<b>Anksiyete</b> (n=5)	24,4 ± 9,48	9 ± 0,71	17,2 ± 1,79	6,6 ± 3,05	3,2 ± 1,92
	<b>Depresyon</b> (n=7)	18,14 ± 9,79	8,71 ± 3,73	16,29 ± 6,55	8 ± 4,32	5 ± 5,86
	Gruplar arası p	0,185 (kw=3,371)	0,096 (kw=4,696)	0,751 (kw=0,574)	0,207 (kw=3,145)	0,134 (kw=4,014)

kw: kruskal wallis

Tablo 21’de geçmişte bilinen psikiyatrik hastalık varlığına göre tükenmişlik düzeyleri , OCS ve CAS puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 22. Bugün Mevcut Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Bugün Mevcut Psikiyatrik Hastalık</b>	<b>Yok</b> (n=187) (1)	16,95 ± 7,57	6,68 ± 3,95	16,14 ± 5,6	5,67 ± 3,72	2,03 ± 2,88
	<b>Anksiyete</b> (n=7) (2)	23,29 ± 11,98	10,29 ± 2,69	18 ± 3,51	8,43 ± 4,35	4,71 ± 5,77
	<b>Depresyon</b> (n=6) (3)	19,5 ± 9,07	10,33 ± 4,8	13,83 ± 6,18	7,33 ± 3,08	4,5 ± 4,64
	Gruplar arası p	0,259 (kw=2,702)	0,006* (kw=10,291) (1<2)	0,339 (kw=2,162)	0,063 (kw=5,534)	0,092 (kw=4,765)

kw: kruskal wallis

Tablo 22’de bugün mevcut psikiyatrik hastalık varlığına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde mevcut psikiyatrik hastalığı olmayan grubun DY puanı Anksiyetesi olan gruptan anlamlı şekilde düşüktür. DT ve KB puanlarında gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Mevcut psikiyatrik hastalık varlığına göre OCS ve CAS puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

**Tablo 23. Bilinen Kronik Tıbbi Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	<b>Yok</b> (n=165)	16,95 ± 7,96	7,27 ± 4,09	15,78 ± 5,67	5,84 ± 3,73	2,08 ± 3,05
	<b>Var</b> (n=35)	18,63 ± 7,2	5,23 ± 3,2	17,83 ± 4,75	5,71 ± 3,92	2,71 ± 3,43
	Gruplar arası p	0,251 (t=-1,151)	0,008* (z=-2,659)	0,023* (z=-2,274)	0,661 (z=-0,439)	0,098 (z=-1,654)

Tablo 23’de bilinen kronik tıbbi hastalık varlığına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında DT puanı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kronik hastalığı olan grubun DY puanı kronik hastalığı olmayan gruptan anlamlı derecede düşük iken KB puanı aynı gruptan anlamlı derecede yüksektir.

Kronik tıbbi hastalık varlığına göre OCS ve CAS puanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 24. Alkol Kullanımına Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Alkol Kullanımı</b>	<b>Yok</b> (n=73)	16,53 ± 8,24	6,41 ± 4,19	16,78 ± 5,54	5,14 ± 3,52	2,14 ± 3,1
	<b>Var</b> (n=127)	17,65 ± 7,6	7,2 ± 3,91	15,76 ± 5,57	6,21 ± 3,83	2,23 ± 3,14
	<b>Gruplar arası p</b>	0,332 (t=-0,972)	0,106 (z=-1,618)	0,193 (z=-1,301)	0,076 (z=-1,776)	0,935 (z=-0,081)

Tablo 24’te alkol kullanımına göre tükenmişlik düzeyleri , OCS ve CAS puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 25. Pandemi Sürecinde Alkol Kullanımındaki Değişikliğe Göre Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Alkol Kullanımında Değişiklik</b>	<b>Değişiklik Olmadı</b> (n=150) (1)	16,71 ± 7,69	6,42 ± 3,86	15,65 ± 5,65	5,69 ± 3,78	1,79 ± 2,87
	<b>Azaltım</b> (n=32) (2)	16,72 ± 7,46	8,13 ± 3,89	18 ± 4,99	5,72 ± 2,95	3,13 ± 3,06
	<b>Arttırdım</b> (n=18) (3)	22,61 ± 8,07	8,89 ± 4,68	16,89 ± 5,29	7,11 ± 4,64	3,94 ± 4,25
	<b>Gruplar arası p</b>	0,009* (F=4,814) (0-2, 1-2)	0,01* (kw=9,223) (1<2)	0,039* (kw=6,501) (1<2)	0,485 (kw=1,446)	0,001* (kw=13,212) (1<2, 2<3)

kw: kruskal wallis

Tablo 25’te pandemi sürecinde alkol kullanımındaki değişikliğe göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde alkol kullanımını arttıran grubun DT puanı alkol kullanımında değişiklik olmayan ve alkol kullanımını azaltan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir. Alkol kullanımını azaltan grubun DY ve KB puanları alkol kullanımında değişiklik olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir.

Pandemi sürecinde alkol kullanımındaki değişikliğe göre OCS puanında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Alkol kullanımını azaltan grubun CAS puanı alkol kullanımında değişiklik olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek, alkol kullanımını arttıran gruba göre anlamlı şekilde düşüktür.

**Tablo 26. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Görev Yerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Poliklinik</b>	<b>Hayır</b> (n=77)	17,88 ± 7,51	6,17 ± 3,58	16,18 ± 5,59	6,3 ± 3,52	2,79 ± 3,25
	<b>Evet</b> (n=123)	16,85 ± 8,04	7,38 ± 4,22	16,11 ± 5,57	5,52 ± 3,87	1,82 ± 2,99
	Gruplar arası p	0,364 (t=0,911)	0,102 (z=-1,633)	1 (z=0)	0,04* (z=-2,056)	0,006* (z=-2,769)
<b>Yoğun Bakım</b>	<b>Hayır</b> (n=138)	16,2 ± 7,31	6,94 ± 4	15,78 ± 5,49	5,61 ± 3,57	1,69 ± 2,7
	<b>Evet</b> (n=62)	19,56 ± 8,52	6,85 ± 4,1	16,94 ± 5,69	6,29 ± 4,1	3,32 ± 3,68
	Gruplar arası p	0,005* (z=-2,784)	0,973 (z=-0,033)	0,11 (z=-1,597)	0,275 (z=-1,092)	0,0001* (z=-3,858)
<b>Ameliyathane</b>	<b>Hayır</b> (n=34)	18 ± 6,8	7,65 ± 4,13	15,68 ± 5,63	6,56 ± 3,44	3,32 ± 3,72
	<b>Evet</b> (n=166)	17,09 ± 8,04	6,77 ± 3,99	16,23 ± 5,56	5,67 ± 3,8	1,96 ± 2,94
	Gruplar arası p	0,671 (z=-0,425)	0,184 (z=-1,329)	0,669 (z=-0,427)	0,113 (z=-1,586)	0,006* (z=-2,766)
<b>Acil</b>	<b>Hayır</b> (n=171)	17,22 ± 7,88	6,98 ± 4,07	15,96 ± 5,73	6,11 ± 3,84	2,19 ± 3,13
	<b>Evet</b> (n=29)	17,38 ± 7,69	6,52 ± 3,75	17,17 ± 4,4	4,1 ± 2,58	2,24 ± 3,12
	Gruplar arası p	0,591 (z=-0,537)	0,528 (z=-0,631)	0,167 (z=-1,381)	0,011* (z=-2,54)	0,779 (z=-0,281)
<b>Servis</b>	<b>Hayır</b> (n=180)	17,28 ± 7,82	6,91 ± 4,03	16,39 ± 5,54	5,84 ± 3,83	2,29 ± 3,22
	<b>Evet</b> (n=20)	16,95 ± 8,2	7 ± 4,03	13,8 ± 5,42	5,6 ± 2,95	1,3 ± 1,84
	Gruplar arası p	0,628 (z=-0,485)	0,969 (z=-0,039)	0,047* (z=-1,984)	0,867 (z=-0,168)	0,23 (z=-1,201)
<b>Diğer / İdari</b>	<b>Hayır</b> (n=192)	17,16 ± 7,4	6,94 ± 3,92	15,94 ± 5,55	5,78 ± 3,65	2,11 ± 3,08
	<b>Evet</b> (n=8)	19,38 ± 15,71	6,38 ± 6,32	20,75 ± 3,73	6,88 ± 5,96	4,13 ± 3,72
	Gruplar arası p	0,392 (z=-0,855)	0,177 (z=-1,351)	0,01* (z=-2,569)	0,544 (z=-0,607)	0,143 (z=-1,463)

Tablo 26’da Covid-19 pandemisi sürecinde hekimlerin görev aldıkları yerlere göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde ; poliklinikte çalışan hekimlerin DT, DY ve KB puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Poliklinikte çalışan hekimlerin OCS ve CAS puanları çalışmayanlardan anlamlı şekilde düşüktür

Yoğun bakımda çalışan hekimlerin DT puanı çalışmayan hekimlere göre anlamlı şekilde yüksek olup, DY ve KB puanlarında anlamlı fark yoktur. Yoğun bakımda çalışan hekimlerin OCS puanında çalışmayan hekimlere göre anlamlı fark bulunmamış olup CAS puanı anlamlı şekilde yüksektir.

Ameliyathanede çalışan hekimlerin çalışmayan hekimlere göre tükenmişlik puanları arasında ve OCS puanında anlamlı fark yoktur. Ameliyathanede çalışan hekimlerin CAS puanı çalışmayan hekimlerden anlamlı şekilde düşüktür.

Pandemi sürecinde acilde görev alan hekimlerin acilde görev almayan hekimlere göre tükenmişlik puanları arasında ve CAS puanı arasında anlamlı fark yoktur. Acilde görev alan hekimlerin OCS puanı görev almayan hekimlere göre anlamlı şekilde düşüktür.

Pandemi sürecinde yataklı servislerde görev alan hekimlerin tükenmişlik skorlarından KB puanı görev almayan hekimlere göre anlamlı şekilde düşük saptanmış olup DT ve DY puanları arasında anlamlı fark yoktur. Servislerde görev alan hekimlerin OCS ve CAS puanlarında da görev almayanlara göre anlamlı fark yoktur.

Pandemi sürecinde hastanede idare gibi diğer alanlarda hizmet veren hekimlerin tükenmişlik skorlarından KB puanı anlamlı şekilde düşük saptanmış olup DT ve DY puanlarında anlamlı fark yoktur. OCS ve CAS puanlarında da anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 27. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimleri ile Cerrahi Branş Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Anesteziyoloji ve Reanimasyon</b> (n=64)	18,48 ± 8,93	6,55 ± 4,23	17,25 ± 5,67	6,44 ± 4,14	3,47 ± 3,68
	18,5 (1 - 36)	7 (0 - 17)	17 (7 - 29)	7 (0 - 16)	2 (0 - 17)
<b>Branş Cerrahi Branşlar</b> (n=136)	16,66 ± 7,23	7,09 ± 3,92	15,61 ± 5,46	5,53 ± 3,53	1,6 ± 2,63
	17 (1 - 33)	5 (0 - 19)	15 (4 - 31)	5 (0 - 16)	0 (0 - 15)
Gruplar arası p	0,151 (z=-1,436)	0,394 (z=-0,853)	0,038* (z=-2,076)	0,11 (z=-1,597)	0,0001* (z=-4,343)

Tablo 27'de Branşa göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin KB puanı diğer cerrahi branş hekimlerine göre anlamlı şekilde yüksek saptanmış olup DT ve DY puanları arasında anlamlı fark görülmemiştir.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin OCS puanları arasında anlamlı fark saptanmamış olup Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin CAS puanı diğer cerrahi branş hekimlerine göre anlamlı şekilde yüksektir.



**Tablo 28. Branşa göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

	DT	DY	KB	OCS	CAS
	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Anesteziyoloji ve Reanimasyon (n=64)</b> (1)	18,48 ± 8,93	6,55 ± 4,23	17,25 ± 5,67	6,44 ± 4,14	3,47 ± 3,68
<b>Beyin ve Sinir Cerrahisi (n=10)</b> (2)	13 ± 7,59	4,8 ± 3,43	16,9 ± 9,02	5,8 ± 3,46	1,8 ± 3,36
<b>Çocuk Cerrahisi (n=3)</b> ***	21,33 ± 3,79	3 ± 0	23 ± 4,58	6,67 ± 7,23	0,67 ± 0,58
<b>Genel Cerrahi (n=16)</b> (3)	18,94 ± 5,37	9,69 ± 3,96	14,94 ± 3,91	4,75 ± 1,77	1,88 ± 2,63
<b>Göğüs Cerrahisi (n=4)</b> ***	20,75 ± 8,66	9 ± 5,42	15,5 ± 3,7	1,5 ± 1,29	0,25 ± 0,5
<b>Göz Hastalıkları (n=10)</b> (4)	14,5 ± 5,6	5 ± 1,89	17,4 ± 5,42	5,4 ± 2,95	1,3 ± 2,26
<b>Kadın Hastalıkları ve Doğum (n=23)</b> (5)	17,26 ± 7,36	7,48 ± 4,79	16,09 ± 5,12	4,61 ± 2,93	2,3 ± 3,52
<b>Kalp ve Damar Cerrahisi (n=12)</b> (6)	15,08 ± 4,36	7,67 ± 2,87	14,5 ± 4,17	5,58 ± 2,07	1,5 ± 3,12
<b>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (n=10)</b> (7)	15,1 ± 4,77	7,1 ± 2,77	14,8 ± 4,61	6,8 ± 2,86	2 ± 3,23
<b>Ortopedi ve Travmatoloji (n=20)</b> (8)	19,1 ± 7,54	6,4 ± 4,54	16,15 ± 5,31	4,9 ± 3,4	1,45 ± 2,31
<b>Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (n=12)</b> (9)	24,25 ± 5,74	9,25 ± 2,56	18,42 ± 1,68	10 ± 5,86	1,67 ± 1,44
<b>Üroloji (n=16)</b> (10)	8,69 ± 3,94	5,75 ± 2,77	10,88 ± 5,67	4,94 ± 2,05	0,81 ± 1,72
Gruplar arası p	0,0001* (kw=40.556) (5-10, 1-10, 3-10, 8-10, 9-10)	0,007* (kw=22.625) (3-4, 2-3, 3- 10)	0,233 (kw=10,477)	0,081 (kw=14,013)	0,007* (kw=22.825) (1-10)

kw: kruskal Wallis \*p<0,05 \*\*\*Göğüs cerrahisi ve çocuk cerrahisi hekim sayısı yetersiz olduğundan gruplar arası karşılaştırmada dışlanmıştır.

Tablo 28’de branşları tek tek ele aldığımızda tükenmişlik düzeylerinde üroloji hekimlerinin DT puanı Anesteziyoloji, Genel Cerrahi, Kadın Doğum, Ortopedi ve Plastik Cerrahi hekimlerine göre anlamlı şekilde düşüktür. Genel Cerrahi hekimlerinin DY puanı Göz Hastalıkları , Beyin Cerrahisi ve Üroloji hekimlerinden anlamlı şekilde yüksektir.

Branşlar arasında OCS puanı açısından anlamlı fark saptanmamış olup Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin CAS puanı Üroloji hekimlerinden anlamlı derecede yüksektir.

**Tablo 29. Covid-19 Hastalarıyla Aktif Olarak Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Covid-19 Hastalarıyla Aktif Olarak Çalışma</b>	<b>Hayır</b> (n=115)	15,93 ± 7,27	6,56 ± 3,6	15,87 ± 5,57	5,47 ± 3,69	1,25 ± 2,1
	<b>Evet</b> (n=85)	19,02 ± 8,26	7,4 ± 4,5	16,49 ± 5,57	6,29 ± 3,8	3,47 ± 3,77
	Gruplar arası p	0,003* (z=-2,929)	0,283 (z=-1,074)	0,393 (z=-0,854)	0,074 (z=-1,788)	0,0001* (z=-5,11)

Tablo 29’da Covid-19 hastalarıyla aktif olarak çalışma durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde aktif olarak çalışan grubun DT puanı aktif olarak çalışmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir. DY ve KB puanlarına göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Covid-19 hastalarıyla aktif olarak çalışma durumuna göre kıyaslandığında CAS puanı aktif olarak çalışan grupta anlamlı şekilde yüksektir, OCS puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 30. Covid 19 Enfeksiyonu Şüphesi/Ön Tanısı/Tanısı ile İzolasyon ya da Karantina Uygulanması Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>İzolasyon ya da Karantina Uygulanması</b>	<b>Hayır</b> (n=142)	16,48 ± 8,13	6,8 ± 4,06	16,06 ± 5,73	5,52 ± 3,84	1,7 ± 2,83
	<b>Evet</b> (n=58)	19,12 ± 6,78	7,19 ± 3,94	16,31 ± 5,18	6,55 ± 3,43	3,41 ± 3,47
	Gruplar arası p	0,016* (z=-2,414)	0,555 (z=-0,59)	0,668 (z=-0,429)	0,018* (z=-2,37)	0,0001* (z=-3,72)

Tablo 30’da Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile izolasyon ya da karantina uygulanması durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde izolasyon ya da karantina uygulanan grubun DT puanı uygulanmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir. DY ve KB puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile izolasyon ve karantina uygulanması durumuna göre izolasyon ve karantina uygulanan grubun OCS ve CAS puanı uygulanmayan gruba göre anlamlı bir şekilde yüksektir.

**Tablo 31. Covid-19 Enfeksiyonu Şüphesi/Tanısı/Ön Tanısı ile Hastaneye Yatırılma/Tedavi Alma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Hastaneye Yatırılma/Tedavi Alma</b>	<b>Hayır</b> (n=184)	17,09 ± 7,95	6,87 ± 3,96	16,16 ± 5,74	5,92 ± 3,76	2,13 ± 3,11
	<b>Evet</b> (n=16)	19,06 ± 6,26	7,44 ± 4,7	15,81 ± 2,95	4,63 ± 3,46	3 ± 3,2
	<b>Gruplar arası p</b>	0,214 (z=-1,242)	0,747 (z=-0,322)	0,942 (z=-0,072)	0,253 (z=-1,144)	0,157 (z=-1,414)

Tablo 31’de Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile hastaneye yatırılma/tedavi alma durumuna göre tükenmişlik düzeyleri , OCS ve CAS puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 32. Covid- 19 (PCR) Testi Yapılması ve Sonucuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>PCR Testi Yapılması ve Sonucu</b>	<b>Yapılmadı</b> (n=47) (1)	17,89 ± 10,1	6,36 ± 5,13	18,77 ± 5,85	4,89 ± 4,3	2,11 ± 3,94
	<b>Negatif</b> (n=128) (2)	16,34 ± 7,04	7,15 ± 3,6	15,03 ± 5,29	6,05 ± 3,5	1,89 ± 2,51
	<b>Pozitif</b> (n=25) (3)	20,68 ± 5,86	6,76 ± 3,73	16,84 ± 4,74	6,36 ± 3,75	3,92 ± 3,72
	<b>Gruplar arası p</b>	0,011* (kw=9,012) (2<3)	0,181 (kw=3,42)	0,001* (kw=14,373) (1>2)	0,028* (kw=7,148) (1<3)	0,003* (kw=11,518) (1<3, 2<3)

kw: kruskal wallis

Tablo 32’de Covid-19 (PCR) testi yapılması ve sonucuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde Covid-19 (PCR) testi pozitif çıkan grubun DT puanı Covid-19 (PCR) testi negatif çıkan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir. DY puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Covid-19 (PCR) testi yapılmayan grubun KB puanı Covid-19 (PCR) testi negatif çıkan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir.

Covid-19 (PCR) testi yapılması ve sonucuna göre sonucu negatif çıkan grubun OCS puanı Covid-19 (PCR) testi yapılmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir. Covid-19 (PCR) testi sonucu pozitif çıkan grubun CAS puanı Covid-19 (PCR) testi yapılmayan ve Covid-19 (PCR) testi sonucu negatif çıkan gruba göre anlamlı şekilde yüksektir.

**Tablo 33. Ailedeki Bireylerde Covid-19 Nedeniyle Hastaneye Yatan/Tedavi Alan Birey Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Ailede</b>	<b>Hayır</b> (n=183)	17,12 ± 7,9	6,94 ± 4,12	16,11 ± 5,68	5,58 ± 3,74	1,94 ± 2,94
	<b>Evet</b> (n=17)	18,59 ± 7,18	6,65 ± 2,8	16,41 ± 4,2	8,41 ± 2,81	4,94 ± 3,7
<b>Hastaneye Yatan/Tedavi Alan Birey</b>	Gruplar arası p	0,298 (z=-1,042)	0,968 (z=-0,04)	0,769 (z=-0,294)	0,0001* (z=-3,597)	0,001* (z=-3,385)

Tablo 33’de ailedeki bireylerde Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan/edavi alan birey varlığına göre tükenmişlik düzeyleri kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ailedeki bireylerde Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan/edavi alan birey varlığına göre OCS ve CAS puanı hastaneye yatmayan/edavi almayan gruba kıyasla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 34. Yakın Arkadaşlardan Covid-19 Nedeniyle Hastaneye Yatan/Tedavi Alan Birey Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Yakın Arkadaşlardan Covid-19 Nedeniyle Hastaneye Yatan/Tedavi Alan</b>	<b>Hayır</b> (n=63)	15,4 ± 7,46	6,68 ± 3,95	17,24 ± 5,68	5,49 ± 4,5	2,08 ± 2,74
	<b>Evet</b> (n=137)	18,09 ± 7,89	7,02 ± 4,06	15,63 ± 5,46	5,97 ± 3,36	2,25 ± 3,28
<b>Gruplar arası p</b>		0.023* (t=-2.285)	0,796 (z=-0,258)	0,049* (z=-1,964)	0,069 (z=-1,819)	0,997 (z=-0,004)

Tablo 34’de yakın arkadaşlardan Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan/televi alan birey varlığına göre tükenmişlik düzeyleri kıyaslandığında hastaneye yatan/televi alan grubun DT puanı hastaneye yatmayan/televi almayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek, KB puanı anlamlı şekilde düşüktür. DY puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yakın arkadaşlardan Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan/televi alan birey varlığına göre OCS ve CAS puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 35. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Eskisine Göre Kendini Daha Fazla Tükenmiş Hissetme Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri, OCS ve CAS Puanları**

		DT	DY	KB	OCS	CAS
		A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.	A.O ±S.S.
<b>Eskisine Göre Kendini Daha Fazla Tükenmiş Hissetme</b>	<b>Hayır</b> (n=68)	12,47 ± 7,11	5,38 ± 3,21	16,37 ± 6,82	4,06 ± 2,61	1,49 ± 2,18
	<b>Evet</b> (n=132)	19,7 ± 7,04	7,7 ± 4,17	16,02 ± 4,82	6,73 ± 3,93	2,56 ± 3,46
<b>Gruplar arası p</b>		0.0001* (z=-6,505)	0.0001* (z=-3,79)	0,883 (z=-0,147)	0.0001* (z=-4,818)	0,018* (z=-2,372)

Tablo 35’te Covid-19 pandemisi sürecinde eskisine göre kendini daha fazla tükenmiş hissetme durumuna göre tükenmişlik düzeyleri kıyaslandığında kendini daha fazla tükenmiş hisseden grubun DT ve DY puanı hissetmeyen gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. KB puanına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eskisine göre kendini daha fazla tükenmiş hissedenden grubun OCS ve CAS puanı hissetmeyen gruba göre anlamlı şekilde yüksektir.

OCS ve CAS ile tükenmişlik alt ölçeklerinin korelasyonları Tablo 36’da incelenmiştir.

**Tablo 36. OCS ve CAS ile Tükenmişlik Alt Ölçeklerinin Korelasyonları**

		<b>DY</b>	<b>KB</b>	<b>OCS</b>	<b>CAS</b>
<b>DT</b>	r	,535**	,132	,326**	,285**
	p	,000	,063	,000	,000
<b>DY</b>	r		-,046	,201**	,166*
	p		,518	,004	,019
<b>KB</b>	r			-,074	,111
	p			,298	,117
<b>OCS</b>	r				,373**
	p				,000

Tablo 36’da OCS ve CAS ile tükenmişlik alt ölçeklerinin korelasyonlarını incelediğimizde;

Duygusal tükenme puanları ile OCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde ilişki mevcuttur. Duygusal tükenme puanları ile CAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki mevcuttur.

Duyarsızlaşma puanları ile OCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki mevcuttur. Duyarsızlaşma puanları ile CAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki mevcuttur.

Kişisel başarı puanları ile OCS ve CAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcut değildir.

## TARTIŞMA

Covid-19 pandemisi sürecinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile birlikte ameliyathanede görev alan cerrahi branş hekimlerinin anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirme amacıyla yapılan bu çalışmada ortaya çıkan veriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Pandeminin başlangıcından bu yana yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda ameliyathanede çalışan doktora yönelik tükenmişlik, koronavirüs ilişkili takıntı ve anksiyete düzeylerini değerlendiren bir araştırmaya rastlanmadığından konu benzer konular üzerinde tamamlanmış diğer araştırma bulgularıyla tartışılmıştır.

Halihazırda çalışma koşulları, ortamları ve mesleki sorumluluklarla birlikte salgın sürecinde yaşadıkları riskler ve endişeleri göz önünde bulundurulduğunda tükenmişlik, anksiyete ve obsesyon yönünden Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin risk grubunda olacağını düşünerek yaptığımız bu çalışmada pandemi sürecinde Denizli ilinde görev yapan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin DT, DY ve KB puanları en düşük ve en yüksek değerler ile median değer göz önüne alındığında düşük - orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları söylenebilir (bkz. Tablo 6). Koronavirüs anksiyete ölçeği (CAS) kesme noktası baz alındığında ilgili doktorlar koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından düşük riskli olarak değerlendirilebilir (bkz. Tablo 6. Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri , OCS ve CAS puanları). Covid-19 ile takıntı ölçeği (OCS) kesme noktası baz alındığında ilgili doktorlar koronavirüs ile ilişkili işlevsiz takıntıya bağlı ruh sağlığında bozulma açısından düşük riskli olarak değerlendirilebilir (bkz. Tablo 6).

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde bakanlığın açıkladığı verilere göre ülkemizde henüz Covid-19 salgını pik seviyelere ulaşmamıştı. Benzer tarihlerde, Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olan faktörleri araştırmak amacıyla yapılan küresel bir anket çalışmasında, pik vaka sayılarına ulaşan ülkelerde (ör:Amerika Birleşik Devletleri) henüz pik vaka sayılarına ulaşmayan ülkemize göre tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek bulunduğu gösterilmiştir (78).

Bu da çalışmamızda tükenmişlik düzeylerinin neden beklediğimiz ölçüde yüksek çıkmadığının bir açıklaması olabilir. Yine aynı çalışmada yazarlar, çıkan bu sonucu aynı zamanda düşük-orta gelir seviyesine sahip ülkelerde çalışan sağlık çalışanlarının daha yoğun ve zor şartlarda, eksik ekipmanla çalışmaya alışık olmalarına da bağlamışlardır (78). Gelişmiş ülkelere kıyasla yüksek nüfus yoğunluğuna, eksik personel ve eksik malzeme ile elinden gelen en iyi hizmeti vermeye çalışan, zorluklarla mücadele etmeye alışık olan sağlık çalışanlarımız bu sayede pandemi koşullarına daha hızlı adapte olmuş olabilirler.

Araştırmamızda Covid-19 hastalarıyla aktif olarak çalışıp çalışmadıklarını sordüğümüz katılımcılarımızın çoğunluğu (n:115,%57,5) Covid-19 hastalarıyla aktif çalışmadığını bildirdi. Çalışmamızda Covid-19 hastalarıyla aktif çalışan hekim oranının düşük kalması, çalışmamızın genelinde tükenmişlik, koronavirüs ilişkili takıntı ve anksiyete düzeylerinin beklediğimizden düşük çıkmasında bir başka neden olabilir. Zerbini ve arkadaşları, pandemi sürecinde Almanya'da hemşireler üzerinden yürüttüğü bir çalışmada Covid-19 hastalarıyla aktif çalışanların çalışmayanlara göre oldukça yüksek tükenmişlik puanlarına sahip olduklarını, anksiyete gibi psikolojik semptomlara yatkınlıklarını belirtmişlerdir (79).

Çalışmamızda 50 yaş ve üzeri yaş grubunda duygusal tükenmenin diğer yaş gruplarından düşük olduğu saptanmıştır. Yine 50 yaş ve üzeri yaş grubunda duyarlılık 30-39 yaş grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür. Özyurt ve arkadaşlarının 596 doktorla yaptığı çalışmada yaş arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığını bildirdiği çalışma da bizim bulgularımızı desteklemektedir (80). Yine Erol ve arkadaşlarının eğitim araştırma hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan 117 doktor ile yaptığı çalışmada da meslekte geçirdikleri süre ve yaş ile tükenmişlik düzeyleri arasında ters ilişki olduğu belirtilmiştir (81).

Çalışmamızda 29 yaş altı yaş grubunda kişisel başarı puanının 30-39 yaş grubundan ve 50 yaş ve üzeri yaş grubundan anlamlı şekilde düşük çıktığı görülmüş olup bu da genç yaştaki doktorlarda tükenmişliğin daha fazla görüldüğünü desteklemektedir. İleri yaşın tükenmişlikten koruyucu bir faktör olduğunu savunan araştırmacılar, genç ve tecrübesiz çalışanların işlerinin gerektirdikleri ile mücadele etmeyi henüz bilememelerinden dolayı tükenmişliğe karşı dayanıksız olduklarını ve



olgunlaşmayla birlikte stresli durumlar ile nasıl baş edeceklerini öğreniyor olmaları ile açıklamaktadır(82).

Katılımcılar cinsiyete göre iki gruba ayrılarak incelendiğinde, kadın cinsiyette duygusal tükenmenin ve koronavirus anksiyete ölçeği puanının erkek cinsiyete göre yüksek bulunduğu görülmüş olup kadınların stres yaratan uyaranlara erkeklere göre daha şiddetli yanıt vermesi bu yüksek puanların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir (83,84). Bir çalışmada kadınların tükenme düzeyinin yüksek olması, kadınların tükenmişliğinin erkeklerden farklı olarak işteki etmenlerin yanısıra iş dışı etmenler tarafından da belirleniyor olmasına bağlanmıştır (85). Pandemi şartlarındaki birçok belirsizlik ve aile nedenli kaygılar iş dışı etmenler olarak görülebilir.

Katılımcılar meslekte geçirdikleri sürelerle göre incelendiğinde, 25 yıl ve üzeri çalışan grubun DT puanının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır. 25 yıl ve üzeri çalışan grubun DY puanında 0-5 yıl ve 5-15 yıl çalışan grupla anlamlı bir fark görülmezken 15-25 yıl çalışan gruptan daha düşük saptanmıştır. 0-5 yıl çalışan grubun KB puanı ise 5-15 ve 15-25 yıl çalışan gruptan daha düşük saptanmıştır. Çalışmamızda meslek hayatında uzun yıllar geçirmiş olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri mesleğinin daha erken dönemindeki hekimlere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (86). Taycan ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada da mesleki deneyimi 1-5 yıl arasında olanların kişisel başarı puanlarının daha deneyimli çalışanlara göre düşük çıktığı, yani bu çalışanların kişisel başarı duygularının daha düşük olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (84). Bu sonuç kişisel başarı alt boyutu için çalışmamızı destekler niteliktedir. Ayrıca, Kebapçı ve Akyolcu'nun çalışmasında mesleki deneyimi fazla olan çalışanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma değerlerinin düşük olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (87). Literatürde bunun aksini belirten çalışmalar da mevcuttur. Günüşen ve Üstün'ün yapmış olduğu bir çalışmada mesleki deneyimi az olan çalışanların kişisel başarı hislerinin yüksek olduğu sonucunu çıkarmışlardır (88). Bizim çalışmamızdaki sonuçların bu şekilde olması, mesleğin ilk yıllarında olan ve yüksek tükenmişlik düzeylerine rastlanan asistan hekim grubunun yüksek katılım oranıyla çalışmaya dahil olması ve meslekte uzun yıllar çalışan hekim grubuna öğretim üyelerinin dahil olması ile açıklanabilir.

Ayrıca, Ergin'in çalışmasında da vurguladığı gibi, bizim çalışmamızda meslekte geçen süre arttıkça tükenmişlik düzeyinin azalmasının sebebi olarak işe yeni başlayanların kıdemli hekimlere göre daha fazla hasta ile karşılaşmaları, daha fazla rutin işler yapmaları, mesleki doyumu sağlayacak bazı özelliklere sahip olmamaları ve bu tarz işleri yapmamaları, üstlerindeki denetim ve baskının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir (89).

Çalışmamızda çalışılan kuruma göre duyarsızlaşma, Devlet Hastanesi ile Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerde Özel Hastanede çalışan hekimlerden yüksek çıkmıştır. Çankaya'nın çalışmasında özel hastanede çalışan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları normal düzeyde çıkarken kişisel başarı puanları ise düşük düzeyde çıkmıştır (90). Buradaki farklılığın nedeni, Sağlık Bakanlığı'nın öncelikle Devlet Hastanelerini ve Üniversite Hastanelerini pandemi hastanesi ilan etmesi sonucunda özel hastanede çalışan hekimlerin Covid-19 şüpheli veya tanımlı hastalarla daha az karşılaşması olabilir. Ayrıca çalışmamızda Devlet Hastanesinde çalışan hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerden yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni henüz kesin tedavisi bilinmeyen bir hastalıkla mücadele eden hekimlerin Üniversite Hastanelerinde güncel bilimsel verilere hızla ulaşması ve protokollere hızla ayak uydurması, ayrıca araştırma görevlisi hekimlerin öğretim üyeleriyle birlikte çalışmanın verdiği güven ve bu bilinmezliklerle dolu süreçte yalnız olmama hissi ile açıklanabilir.

Katılımcıları ünvanına göre incelediğimizde öğretim üyelerinin DT ve DY alt ölçeklerinde diğer katılımcılardan düşük, KB ölçeğinde diğer katılımcılardan yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu durum yaşın ve tecrübenin artması ile birlikte çalışanların kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri, iş doyumlarının arttığı şeklinde yorumlanabilir. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında öğretim üyelerinde DT ve DY puanları araştırma görevlilerine göre anlamlı şekilde düşük saptanmış olup bizim çalışmamızla benzer sonuca ulaşılmıştır (86). Toker'in 2011 yılında Türkiye'deki farklı üniversitelerde (94 devlet ve 31 vakıf üniversitesi) görev yapan 648 akademisyen üzerinde yaptığı çalışmada Prof. Dr. ve Doç. Dr. unvanı ile görev yapanların Arş. Gör. Dr. unvanı ile görev yapanlara göre DT

ve DY puanlarının düşük, KB puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (91). Polatçı ve Ardıç tarafından 2008 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesinde görev yapan 202 akademisyen üzerinde yapılan çalışmada Arş. Gör. Dr. ünvanı ile görev yapanların diğer akademik ünvanla görev yapanlara göre DT ve DY puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken, KB puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bunun sebebini bazı araştırmacılar kariyer yolunun ilk basamaklarında olmaya bağlamışlardır (72).

Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinde tükenmişlik seviyelerinin yüksekliğinin önemli bir nedeni de riskli alanlarda ön saflarda çalışıyor olmaları olabilir. Uzun çalışma saatleri boyunca kişisel koruyucu ekipmanlar ile Covid-19 hastalarıyla birebir temas halinde bulunuyor ve artan iş yükünü sırtlanıyor olmaları tükenmişliği artıran faktörler arasında sayılabilir.

Uzman hekim grubunda CAS puanının diğer gruplardan anlamlı bulunduğu çalışmamızda bu durum yukarıda da bahsettiğimiz gibi uzman hekimlerin pandemi sürecinde daha yalnız hissediyor olabilecekleri ve üniversite hastanelerindeki gibi aktif eğitim faaliyetleri olmaksızın sahada pandemi hastanelerinde çalışıyor olmaları ile açıklanabilir. Nedenleri daha net ortaya koymak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıları çalışma şekline göre incelediğimizde çalışma saati arttıkça tükenmişlik alt puanlarının arttığını görmekteyiz. Buna göre nöbet + mesai şeklinde çalışan grubun DT ve DY puanları en yüksektir. Yapılan bir çalışmada 8 saatten fazla çalışanların, 8 saatten daha az çalışanlara göre duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (92). Benzer şekilde günlük ortalama çalışma süresi 9 saat ve üzerinde olanlarda, 8 saat ve altında olanlara göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (93). Aynı zamanda pandemi sürecinde çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puanı diğer tüm gruplardan düşük bulunmuştur. Tüm hekimlerin özveriyle çalışarak üstesinden gelmeye çalıştığı pandemi sürecine katkı sunamamak, mesleğinde yeterlilik hissi ve zorlukların üstesinden gelmenin vereceği tatmin duygusunu yaşayamamak anlamına gelmekte ve bu grubu tükenmişliğe yatkın hale getirmekte olabilir.

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde bekar hekimlerin kişisel başarı alt ölçek puanları diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Bekar hekimlerin toplumsal sorumluluklarını da kendi başlarına yerine getirmeye çalıştığı, bu nedenle sorunların üstesinden gelmede zaman zaman zorlanabileceği ve bunun da kişisel başarıda düşüklüğe neden olabileceği düşünülebilir (94). Maslach ve Jackson evlilerde bekarlara göre daha az tükenmişlik görüldüğünü tespit etmiştir (59). Tükenmişlik belirtilerinin evlilerde daha az görülmesi, eşlerin birbirlerine destek olarak tükenmişlik yaşama riskini azaltması ile açıklanabilir ve evliliğin kişilerarası ilişkiler ve stresle başa çıkma deneyimi kazandırdığı bildirilmektedir (89). Bizim çalışmamızın sonuçları da literatürdeki bu çalışmalarla benzerdir. Literatürde boşanmış – dul insanların anksiyete, obsesyon gibi psikiyatrik sorunlarla daha fazla karşılaştığı (95) söylenmesine karşın bizim çalışmamızda boşanmış – dul hekimlerde OCS puanı diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni bizim çalışmamızda sadece Covid-19 ilişkili takıntı düzeyini ölçen OCS ölçeğini kullanmış olmamız olabilir.

Pandemi sürecinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcılar aile ve çevrelerinden gördükleri desteğin pandemi süreciyle başa çıkmalarına yardımcı olduğuna yüksek oranda katılıyorlardı (96). Bizim çalışmamızda katılımcıların aile çevrelerinden gördükleri sosyal destek tükenmişlik düzeylerinde anlamlı farklılığa yol açmazken; iyi-yeterli sosyal destek gördüğünü ifade eden katılımcıların CAS puanı az-yetersiz sosyal destek gördüğünü ifade eden katılımcıların CAS puanından düşük bulunması sosyal desteğin koronavirüs ilişkili anksiyetenin azalmasıdaki önemini gösterebilir. Alnazly ve arkadaşlarının Covid-19 pandemisi sürecinde Ürdünlü sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada, yeterli sosyal desteğin stres ve anksiyetenin üstesinden gelmek için önemini vurgulamıştır (97).

Sigara ve alkol kullanımının tükenmişlik sendromu ile ilişkisi kabul gören ve farklı araştırmalarda incelenen bir durumdur (98). Çalışmamızda pandemi sürecinde sigara kullanmayan grupta sigarayı bırakan gruba göre DT alt puanı yüksek bulunmuş olup tükenmişliğin diğer alt gruplarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sigara kullanımını azaltan grubun KB alt puanı ise sigara kullanımında değişiklik olmayan gruptan yüksek bulunmuştur. Beyhan ve arkadaşları, Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki

Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinde tükenmişliği araştırdıkları çalışmalarında, sigara kullanan anesteziistlerde DT alt puanını yüksek bulmuşlar ve sigara kullanımının tükenmişliği artırdığını söylemişlerdir (99) . Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da tükenmişliğin sigara ve alkol kullanımını artırdığı ifade edilmiştir (100). Bizim çalışmamızda sigara kullanımıyla tükenmişlik arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ancak sigara kullanımını azaltan hekimlerin KB alt puanının yüksek olması, özellikle akciğer tutulumu ile seyreden Covid-19 hastalığı sürecinde hastalıkla savaşmada yeterlilik ve kişisel bir başarı olarak hissedilmesiyle açıklanabilir. Pandemi esnasında sigaraya yeni başlayan hekimlerin olması ve bu grubun OCS puanının diğer gruplardan yüksek bulunması dikkate değerdir. Pandemi sürecinde hastaneye yatan popülasyonda aktif sigara kullananların genel popülasyona göre düşük kalması dikkat çekici bulunmuş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştı (101). Yapılan meta analizlerle sigara içenlerde hastalığın daha ciddi seyrettiği ortaya konmuşsa da (102) hastalıktan korunmak için çaresiz hissedilen koronavirüs ile ilişkili takıntı seviyeleri yüksek hekimlerin sigara içmeye başlaması, akılcı görünmese de bir savunma biçimi olarak düşünülebilir.

Pandemi sürecinde alkol kullanımında artış olan hekimlerin DT alt puanı yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımının tükenmişlik düzeyleriyle doğru orantılı arttığını gösteren çalışmalar bu bulgumuzu destekler niteliktedir (100). Sigara kullanımını azaltan grupla benzer şekilde alkol kullanımını azaltan grubun KB alt puanı alkol kullanımında değişiklik olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca alkol kullanımını azaltan grubun koronavirüs ilişkili anksiyete puanı alkol kullanımını artıran gruptan düşüktür. Anksiyete düzeylerinin alkol kullanımını artırması da beklenen bir durum olup literatürde bizim bulgularımızı destekleyen yayınların yanı sıra anksiyete ve alkol kullanımı ilişkisinin sanılandan daha kompleks olduğu ve alkol kullanımının da anksiyete düzeylerini artırabileceği yönünde yayınlar da mevcuttur (103).

Katılımcılar kronik hastalık durumlarına göre incelendiğinde kronik hastalığı olan grubun DY alt puanı kronik hastalığı olmayan gruptan düşük, KB alt puanı ise yüksek bulunmuş olup kronik hastalığı olan hekimlerin daha az tükenmiş olduğu sonucu çıkmaktadır. Bedensel bir hastalığın duygusal tükenmeyi artırdığını ve kişisel

başarıyı azaltıcı bir faktör olarak saptayan çalışmalar mevcuttur(104,105). Covid-19 salgınında komorbid kronik hastalıklara sahip olmanın hastalığın prognozunu kötüleştirdiği bir çok yayında ortaya konmuşken (106) bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan doktorların tükenmişlik düzeylerinin daha düşük çıkması, Covid-19 ilişkili anksiyete ve takıntı düzeylerinde ise kronik hastalığı olmayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması dikkat çekicidir. Kronik hastalıkların daha çok ileri yaşlarda mevcut olması ve bizim çalışmamızda ileri yaş grubunun daha önce tartışıldığı üzere tükenmişlik düzeyleri düşük bulunan deneyimli uzman hekimler ve öğretim üyelerinden oluşması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (n:188 , %94) geçmişte ve günümüzde psikiyatrik hastalığı yoktur. Bu nedenle anlamlı bir kıyaslama yapılamamıştır.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin pandemi sürecindeki tükenmişlik düzeylerini, koronavirüs ilişkili anksiyete ve takıntı düzeylerini incelemek amacıyla yaptığımız çalışmamıza başlarken anesteziistlerin havayolu enstrümantasyonu, pandemi yoğun bakımlarda Covid-19 temaslı hastalarla olan yakın teması, kişisel koruyucu ekipman ile daha uzun saatler çalışmak durumunda kalmaları gibi faktörler neticesinde tükenmişlik düzeylerinin ve koronavirüs ilişkili anksiyete düzeylerinin diğer cerrahi branş hekimlerinden yüksek olacağı hipotezini kurmuştuk. Branşlara göre puanları incelediğimizde DT ve DY puanları arasında anlamlı bir fark göremezken KB puanı diğer cerrahi branş hekimlerinden anlamlı bir şekilde yüksek bulundu. Literatürde anesteziistlerde tükenmişlik sendromunun yaygın görülmesiyle ilgili çok sayıda yayın mevcut olup (4,6,8,17,99), pandemi sürecinde de anesteziistler de tükenmişliğin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (14,96,107). Çalışmamızda çıkan sonuçlar anesteziistlerin kriz yönetimi ve kritik hasta bakımında daha tecrübeli olmaları, pandemi yoğun bakımlarda hava yolu entübasyonu ve kritik hasta bakımı gibi günlük çalışma pratiklerinde hali hazır da yer alan süreçleri yönettikleri için yeterlilik ve üstesinden gelme duygularını diğer hekimlerden daha fazla yaşadıkları düşünülebilir. Aynı zamanda normal çalışma rutinlerinden çıkarak pandemi servisi, pandemi acil servisi gibi birimlerde hizmet vermek durumunda kalan diğer cerrahi branş hekimlerinin, tecrübeli olmadıkları bir alanda tehlikeli bir

hastalıkla mücadeleye başlaması onların tükenmişlik risklerini daha fazla artırıyor olabilir. Bunun yanında anestezi uzmanlarının diğer cerrahi branş hekimlerinden yüksek koronavirüs ilişkili anksiyete yaşıyor olmaları sürecin yönetimindeki rollerinin getirdiği sorumluluk, sürecin bilinmezliği ve bulaş açısından en kritik alanlarda yer almaları dolayısıyla kendine ve ailesine taşıma konusundaki endişeleri, anksiyete düzeylerinin artmasına neden oluyor olabilir. Wuhan’da yapılan bir çalışmada Covid-19 hastalarıyla yakın temasta bulunan anestezi uzmanlarında genel anksiyete düzeylerinin arttığı bulunmuştur (108). Pediatrik anestezi uzmanları üzerinde yapılan bir çalışmada da işinden daha az tatmin olan, daha fazla sosyal izole olan anestezi uzmanlarında anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde arttığı saptanmıştır (109).

Çalışmamıza katılan cerrahi branşları kendi arasında incelediğimizde Üroloji hekimlerinin DT alt puanının diğer cerrahi branş hekimlerinden düşük çıkması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup göze çarpmaktadır. North ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde üroloji hekimlerinde tükenmişlik düzeyleri diğer cerrahi branşlara göre düşük bulunmuştur (110). Bizim çalışmamızda sonucun bu şekilde çıkmasının nedeni üroloji hekimlerinin pandemi ilişkili birimlerde daha az çalışması olabilir. Cerrahi branşlar arasında tükenmişliğin diğer alt birimlerinde, OCS ve CAS puanlarında anlamlı farklılık görülmemesi, Denizli ilinde görev yapan cerrahi branş hekimlerinin pandemi şartlarında benzer çalışma koşullarını sürdürdüğü ve benzer risklerle karşılaştığını düşündürülebilir.

Pandemi sürecinde kimi hastaneler normal işleyişine devam ederken kimi hastaneler de özellikle hasta sayılarının pik yaptığı dönemlerde pandemi hastanesi ilan edilerek pandemiye neden olan hastalığı taşıyanların tedavisi için özel olarak görevlendirildi ve organize edildi (2). Denizli ilinde öncelikle Devlet Hastaneleri pandemi hastanesi ilan edildi, akabinde salgının ilerlemesiyle birlikte Üniversite Üstanesi de pandemi hastanesi ilan edildi. Bu süreçte hekimler branşları ne olursa olsun pandemi ilişkili acil servis, yataklı servis ve yoğun bakımlarda görevlendirilerek hizmet verdi. Çalışmamıza katılan çoğu hekim birden fazla birimde görev yapmış olduğunu göz önünde bulundurarak birimleri kendi içinde inceledik. Sonuçlara göre yoğun bakımda görev alan hekimlerin duygusal tükenmişlik alt puanı yoğun bakımda görev almayan hekimlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Buna paralel

şekilde yoğun bakımlarda görev alan hekimlerde koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Azoulay ve arkadaşlarının Covid-19 salgını sırasında yoğun bakım uzmanları ile yaptığı bir araştırmada belirgin yüksek anksiyete ve tükenmişlik düzeyleriyle karşılaşması çalışmamızı destekler niteliktedir (111). Çalışmamızda pandemi yoğun bakımlarda çalışan hekimlerin büyük çoğunluğu anesteziistlerdi ve bazı cerrahi branş hekimlerinden de pandemi yoğun bakımlarda görevlendirme nedeniyle çalışan hekimler vardı. Anesteziistlerde tükenmişlik düzeylerini diğer branşlardan anlamlı olarak farklı bulmadığımız çalışmamızda yoğun çalışan hekimlerin çalışmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek tükenmişlik düzeyi, diğer cerrahi branş hekimlerinden yoğun bakımda görevlendirilenlerin kendilerini yetersiz görmeleri, aşına olmadıkları işlem ve prosedürlerle uğraşmak zorunda kalmaları, kişisel koruyucu ekipmanlarla uzun saatler çalışmak durumunda kalmaları gibi nedenlerle açıklanabilir. Torrente ve arkadaşları İspanya’da pandemi sürecinde görev alan sağlık çalışanları arasında yaptıkları bir çalışmada pandemi ilişkili alanlarda çalışanların tükenmişlik düzeylerinin standart servislerde görev yapanlara göre ikiye katlandığını söylemişlerdir (112) . Wu ve arkadaşları bunun tam tersine standart servislerinde görev yapan hemşire ve doktorların, pandemi servislerinde görev yapanlardan daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduğunu bulmuşlardır (113). Bunun nedeni çalışmanın uygulandığı onkoloji servislerindeki iş yoğunluğunun daha fazla olması olabilir.

Çalışmamızda pandemi sürecinde pandemi servislerde görev alan hekim sayısı tüm katılımcıların %10’unu oluşturmakla birlikte bu grupta tükenmişliğin kişisel başarı alt puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuş olup bu da tükenmişliğin arttığını göstermektedir ve yoğun bakımlarda görev alan hekimlerde tükenmişliğin yüksek bulunması ile benzer şekilde açıklanabilir.

Ameliyathane de görev yapan hekim grubu aslında çalışmamızın çıkış noktasını da oluşturmaktadır ve hedef katılımcılarımızın büyük çoğunluğu ameliyathaneler de görev yapmaktadır ( n:166 , %84) . Pandemi sürecinde ameliyathaneler de görev yapan hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyi, ameliyathaneler de görev almayan hekimlerden düşük bulunmuştur. Tükenmişlik düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ameliyathane ortamında her



ne kadar koronavirüs test sonuçları olmadan acil ameliyatlar alınıyor ve tüm ameliyathane ekibi risk altında kalıyor olsa da elektif cerrahiler Covid-19 taraması ile ameliyathaneye alınıyor, Covid -19 testi pozitif olan elektif cerrahi operasyonlar erteleniyordu. Bu nedenle ameliyathaneler hastanenin poliklinik, pandemi servisi ve yoğun bakım gibi diğer alanlarına göre daha izole ve güvenilir alanlar olarak değerlendirilmiş olabilir. Aynı zamanda hekimler, ameliyathane ortamında zaten en temel kişisel koruyucu ekipmanlar ile çalışmaya alıştıktır ve bu ekipmanlara daha kolay ulaşabilir haldedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu (n:115, %57,5) Covid-19 hastalarıyla aktif çalışmıyordu. Covid-19 hastalarıyla aktif çalışan hekim oranının düşük kalması, çalışmamızın genelinde koronavirüs ilişkili takıntı ve anksiyete düzeylerinin düşük çıkmasında bir sebep olabilir.

Covid-19 hastalarıyla aktif çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeylerini incelediğimizde aktif çalışan hekimlerin duygusal tükenme alt puanları yüksek bulunmuştur. Yine koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri de benzer şekilde covid-19 hastalarıyla aktif çalışmayan hekimlerden yüksektir. Bu sonuçlar, pandemi döneminde yapılan birçok çalışmada ortaya konmuş sonuçlarla uyumludur (107-109) .

Covid-19 enfeksiyonu şüphesi, ön tanısı veya tanısı ile izolasyon ya da karantina uygulanan hekimlerde de DT alt puanı yüksek bulunmuştur. Genellikle çalışılan hastanede Covid-19 tanılı bir hasta ya da çalışma arkadaşıyla temas sonrası ortaya çıkan bu durum, hekimlerde işi tarafından tüketilme, işi nedeniyle hayati tehlike duyma hissini arttırmış olabilir. Yine karantina uygulanan hekimlerde OCS ve CAS puanları da karantina uygulanmayan hekimlerden yüksek olup karantina uygulamasının koronavirüs ilişkili anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini arttırdığı görülmektedir. Enfeksiyon önleme için uygulanan karantina ve izolasyonun ruh sağlığı sonuçlarını araştıran bir sistematik inceleme; uygulanan karantina ve izolasyonun anksiyete, depresyon, takıntı gibi ruh sağlığı problemlerine neden olduğu sonucunu ortaya koymuştur (114). Bu sonuç da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Covid-19 tanısında önemli bir araç olan, yeni ortaya çıkan virüsün genetik materyalini tanımlayarak tanı koyduran RT-PCR testi (115), sağlık çalışanlarına da hem tanı hem de şüpheli temas sonrası sıkça uygulanmıştır. Sensitivitesinin akciğerin bilgisayarlı tomografi görüntülemesi ile karşılaştırıldığında düşük olduğunu gösteren ve yanlış negatif sonuçlardan bahseden yayınlar olsa da (116) , uygulama kolaylığı ve hızlı sonuç vermesi nedeniyle pandemide en çok kullanılan tanı yöntemlerinden biri olmuştur. Çalışma grubumuzda PCR testi pozitif çıkan hekimlerin tükenmişliği DT alt puanı yüksek bulunmuş olup izolasyon uygulanan hekimlerle benzer sonuç vermiştir. Benzer şekilde PCR testi sonucu pozitif çıkan hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeylerinin yüksek bulunmuş olup hastalığı taşıyan, prognozu öngöremeyen ve yakınlarına bulaş kaygısı taşıyan, kendini toplumdan ve çalışma hayatından da izole eden hekimlerde anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin artması beklenen bir durum olabilir (116) .

Aile bireylerinde Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan - tedavi alan hekimlerin sayısı oldukça düşük olup (n:17, %8,5) çıkan sonuçlarda tükenmişlik açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşamamıştır. Ancak Covid-19 nedeniyle hastanede yatan - tedavi gören arkadaşı bulunan hekimlerin sayısı oldukça yüksektir (n:137 , %68,5). Bu hekimlerin tükenmişliğinin DT alt puanı yüksek bulunmuş, KB alt puanı ise düşük bulunmuştur. Pandemide birlikte mücadele ettikleri arkadaşlarının hastalığı taşıması ve tedavi gerektiren şekilde ağır geçirdiğini gören hekimler, pandemi ile savaşta başarısızlık hissine kapılıyor ve umutsuzluk yaşıyor olabilir. Bu da tükenmişlik düzeylerinde artışa sebebiyet verebilir.

Katılımcıların öznel bir şekilde tükenmişlik düzeylerini de öğrenmeyi amaçladığımız çalışmamızda, pandemi sürecinde kendini daha tükenmiş hissettiğini belirten hekimlerin tükenmişlik düzeyleri beklendiği şekilde yüksek bulundu. Duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt puanları anlamlı şekilde yüksek bulunan grubun kişisel başarı puanlarında ise kendini daha tükenmiş hissetmeyen grupla anlamlı bir farklılık yoktu. Bu sonuç kendini daha tükenmiş hisseden hekimlerin de pandemi sürecinde hastalara sağlık hizmeti sunarak yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygusunu henüz yitirmediklerini gösterebilir. Pandemi öncesine göre kendini daha tükenmiş hisseden hekimlerin aynı zamanda koronavirüs ilişkili anksiyete ve

takıntı düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Bu da daha önce bahsedildiği gibi literatürle uyumlu ve beklenen bir sonuçtur (108).

OCS ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde, OCS puanları arttıkça DT ve DY puanları da doğru orantılı olarak artmış, KB puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülememiştir. Tükenmişlik düzeyleri arttıkça koronavirüs ilişkili takıntı düzeylerinin de artması beklenen bir durumdur.

CAS ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde, CAS puanları arttıkça DT ve DY puanları da doğru orantılı olarak artmış, KB puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Tükenmişlik düzeyleri arttıkça koronavirüs ilişkili anksiyete düzeylerinin de artması beklenen bir durumdur.

## **Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Bu araştırma sadece Denizli ilinde görev yapmakta olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinde uygulanmış olup sonuçlarını Türkiye'deki diğer benzer gruplara ya da farklı branşlara uyarlamak doğru bir yaklaşım olmayabilir. Ülkedeki diğer sağlık çalışanlarını da kapsamak için daha geniş örneklemlerle daha büyük ve yeni bir çalışma daha güncel ve daha doğru sonuçlar sunabilir.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı ölçeklerin yüz yüze görüşmeler yerine çevrimiçi olarak yapılmış olmasıdır. Katılımcılarla uzun süreli yakın temasın pandemi döneminde hastalığın yayılma riskini artırabileceği göz önünde bulundurularak, bu dönemde çevrimiçi ölçek uygulanmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmüştür. Çevrimiçi formların daha büyük bir örnekleme ulaşması mümkün iken yanıtlanma oranları düşük kalabilmektedir.

Covid-19 pandemisi süreci halen devam ederken yapılmış olan çalışmamızda yanıtlar kısa ve sınırlı bir zamanda toplanmış olup sonuçlar pandemi sürecinin tamamına genellenemeyecektir. Pandemi süreci sona erdiğinde süreçle ilişkili değişkenler de ortadan kalkacağından geçmişe yönelik daha sağlıklı bir değerlendirme yapılabilecektir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 pandemisi sürecinde Denizli ilinde ameliyathane ve yoğun bakımlarda görev alan Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri ile cerrahi branş hekimlerinin anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışmanın genel sonuçları şöyledir;

- Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri düşük – orta düzeydedir. Pandemi sürecinin erken döneminde yaptığımız çalışmamızda, sürecin henüz katılımcıların tükenmişlik düzeylerinde artışa neden olmadığını düşündürmektedir.
- Çalışmaya katılan hekimlerin Covid-19 nedeniyle takıntı (obsesyon) ve anksiyete düzeyleri düşük bulunmuş olup koronavirüs ile ilişkili işlevsiz düşünmeye bağlı ruh sağlığında bozulma açısından düşük riskli olarak değerlendirmişlerdir.
- Çalışmamızda 50 yaş ve üzeri yaş grubun tüm alt ölçeklerde diğer yaş gruplarından daha az tükenmiş oldukları bulundu. Tükenmişlik oranı genç hekimlerde daha yüksektir.
- Meslekte daha kısa süredir çalışan hekimlerin tükenmişlik oranı daha yüksektir.
- Kadın hekimler, erkeklere göre yüksek tükenmişlik oranına ve koronavirüs ilişkili anksiyete riskine sahiptir.
- Devlet Hastanesinde ve Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerde duyarsızlaşma puanı özel hastanede çalışan hekimlerden yüksek bulunmuştur. Ayrıca Devlet Hastanesinde çalışan hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerden yüksektir.
- Öğretim üyeleri tükenmişliğin tüm alt puanlarına göre asistan ve uzman hekimlerden daha az tükenmişlik oranına sahiptir. Uzman hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri öğretim üyeleri ve asistan hekimlerden yüksektir.
- Hekimlerin çalışma saatleri arttıkça tükenmişlik oranları artmaktadır.

- Bekar hekimlerin kişisel başarı alt ölçek puanı evli ve boşanmış/dul hekimlerden yüksek bulunmuştur. Bekar hekimlerde tükenmişlik oranı yüksektir.
- Aile ve çevrelerinden yeterli sosyal destek görmeyen hekimlerde koronavirüs ilişkili anksiyete oranı yüksektir.
- Sigara kullanmayan hekimlerin sigarayı bırakanlara göre duygusal tükenme oranı yüksektir. Pandemi sürecinde sigara kullanmaya yeni başlayan hekimlerin koronavirüs ilişkili takıntı düzeyleri yüksek, sigara kullanımını arttıran hekimlerin koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri yüksektir.
- Pandemi sürecinde alkol kullanımını arttıran hekimlerde duygusal tükenme oranı yüksektir. Alkol kullanımının artması yüksek tükenmişliğin bir göstergesi olabilir. Alkol kullanımını arttıran hekimlerde koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyi de yüksektir.
- Çalışmamızda Anesteziyoloji ve Ranimasyon hekimlerinin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt puanlarında diğer cerrahi branş hekimleriyle anlamlı fark saptanmazken kişisel başarı alt puanı diğer cerrahi branşlardan yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak hipotezimizin aksine Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri diğer cerrahi branş hekimlerinden düşük bulunmuştur. Ancak hipotezimizi destekler şekilde koronavirüs anksiyete düzeyleri cerrahi branş hekimlerinden yüksek bulunmuştur.
- Pandemi sürecinde yoğun bakımlarda görev alan hekimlerde tükenmişlik oranları yüksektir. Aynı zamanda yoğun bakımlarda görev alan hekimlerde koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri de yüksek bulunmuştur.
- Pandemi sürecinde ameliyathanelerde görev alan hekimlerde koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyi düşük bulunmuştur.
- Covid-19 hastaları ile aktif çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri ve koronavirüs ile ilişkili anksiyete düzeyleri yüksektir.

- Covid-19 enfeksiyonu, şüphesi, ön tanısı ile izolasyon ya da karantina uygulanan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri, koronavirüs ile takıntı ve anksiyete düzeyleri yüksektir.
- Covid-19 tanısı için yapılan PCR testi pozitif olup Covid-19 tanısı alan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur.
- Arkadaşları Covid-19 nedeniyle hastanede yatan ya da tedavi alan hekimlerin tükenmişlik oranları yüksektir.
- Kendisini pandemi öncesine göre daha tükenmiş hissedenen hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, koronavirüs ilişkili takıntı ve anksiyete düzeyleri de yüksektir.
- Koronavirüs ile takıntı düzeyi yüksek olan katılımcıların duygusal tükenme puanları ve duyarsızlaşma puanları da yüksek bulunurken, kişisel başarı puanlarıyla ilişki bulunmamıştır.
- Koronavirüs ilişkili anksiyete düzeyi yüksek olan katılımcıların duygusal tükenme puanları ve duyarsızlaşma puanları da yüksek bulunurken, kişisel başarı puanlarıyla ilişki bulunmamıştır.

Tükenmişlik sendromunun doktorlarda, özellikle anesteziistlerde sık görüldüğü bilinmektedir. Mesleğinin doğası gereği insanlarla yakın temas halinde çalışan doktorlar, özellikle pandemi döneminde hem tükenmişlik hem de anksiyete ve takıntı gibi ruhsal problemler açısından ciddi risk altındadır. Bu çalışmada geçerlilik ve güvenilirlikleri kabul edilen üç ölçeğin kullanılması, Covid-19'un hekimler üzerindeki psikolojik etkilerinin önemli bir değerlendirmesini verebilir. Covid-19'un uzun vadeli ruh sağlığı etkisinin tam olarak ortaya çıkması uzun zaman alabilir ve bu etkiyi yönetmek için ortak çaba gerekir. Ruh sağlığı bozukluğu açısından yüksek riskli hekimlerin erken tespiti, onlara zamanında ve verimli destek sağlanmasına yardımcı olacaktır. Sağlık çalışanları Covid-19'a karşı hummalı bir savaş yürütürken, kurumlar bu bireyleri duygusal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek muazzam stresle karşı karşıya kaldıkları için var güçleriyle desteklemelidir. Danışmanlık, davranışsal stratejiler ve sosyal destek gibi önlemlerle özellikle Covid-

19'a karşı ön cephede savaşmakta olan hekimlerin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesinin ve tükenmişliğin önüne geçilmelidir. Mesleğe yeni başlayan, çalışma hayatı kısa, mesleki tecrübesi az olan hekimler pandemi sürecinde özellikle desteklenmelidir. Üniversite hastanelerinde araştırma görevlisi hekimlerin çalışma koşulları iyileştirilmeli, çalışma saatleri azaltılmalı, yoğun geçen nöbetlerin ardından dinlenmek ve sosyal destek gördükleri aile ve çevrelerine vakit ayırabilmeleri için çalışma periyotları uygun şekilde düzenlenmelidir. Devlet hastanelerinde pandemiyle mücadele eden hekimlere yönelik, hastane yönetimleri ve sağlık teşkilatları tarafından gerekli iyileştirmeler ve eğitimler ivedilikle sağlanmalıdır.

Pandemi süreci sona erdiğinde bu süreçle ilgili değişkenlerin de söz konusu olmadığı (aşılamanın tamamlanması, aşı etkinliklerinin ve güvenilirliklerinin ortaya konması, olası çalışma şekli değişikliklerinin azalması, enfekte olma riskinin ortadan kalkması vb.) ilerleyen bir zamanda geçmişe yönelik yüz yüze yapılan daha geniş örneklemliler ve büyük bir alışma, Pandemi süreciyle ilgili sorulara daha sağlıklı cevaplar verebilir.



## KAYNAKLAR

1. C. Wang, P.W. Horby, F.G. Hayden, et al., A novel coronavirus outbreak of global health concern, *Lancet* (2020)
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Sayfası <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi:03.03.2021
3. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 302–11.
4. Job stress and burnout among Academic Career Anaesthesiologists at an Egyptian University Hospital T. Shams and R. El-Masry
5. Sultan Qaboos Uni Med J, 13 (2013), pp. 287-295 Occupational stress and burnout in anaesthesia A.S. Nyssen, I. Hansez, P. Baele et al. *Br J Anaesth*, 90 (2003), pp. 333-337
6. Burnout: when there is no more fuel for the fire N. Walt S *Afr J Anaesth Analg*, 19 (2013), pp. 135 136
7. Occupational hazards and diseases related to the practice of anesthesiology D. Volquind, A. Bagatini, G.M.C. Monteiro et al. *Rev Bras Anesthesiol*, 63 (2013), pp. 227-232
8. Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117:182--93
9. Yılmaz B. Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2018, 2:21- 42.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Sayfası <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66393/covid-19-salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi.html>. 26 Eylül 2020.
11. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet*, 2020,7, 547–560.

12. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 2020, 1-4.
13. Banerjee, D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry research*.288, 112966.
14. Li XY, Wang J, Zhang RX, et al. Psychological Status Among Anesthesiologists and Operating Room Nurses During the Outbreak Period of COVID-19 in Wuhan, China. *Front Psychiatry*. 2020;11:574143. Published 2020 Dec 3. doi:10.3389/fpsy.2020.574143
15. Sinha A, Singh A, Tewari A. The fatigued anesthesiologist: a threat to patient safety. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*.2013;29:151–159.
16. Milenović M, Matejić B, Vasić V, Frost E, Petrović N, Simić D. High rate of burnout among anaesthesiologists in Belgrade teaching hospitals: results of a cross-sectional survey. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33:187–19
17. Burnout in Anesthesiology Providers: Shedding Light on a Global Problem Milenovic, Miodrag S. MD, PhD\*; Matejic, Bojana R. MD, PhD†; Simic, Dusica M. MD, PhD‡; Luedi, Markus M. MD, MBA§ *Anesthesia & Analgesia*: February 2020 - Volume 130 - Issue 2 - p 307-309
18. Ph, D. (2020). *Managing Anxiety in Anesthesiology and Intensive Care Providers during the Covid-19 Pandemic : An Analysis of the Psychosocial Response of a Front-Line Department*.
19. Chan, H. L. Y., Tsui, S. K. W., & Sung, J. J. Y. (2003). Coronavirus in severe acute respiratory syndrome (SARS). *Trends in Molecular Medicine*, 9(8), 323–325.
20. Corman, V. M., Lienau, J., & Witzernath, M. (2019). Coronaviruses as the cause of respiratory infections. *Internist*, 60(11), 1136–1145.
21. Zhou, P., Yang, X. Lou, Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L. et.al. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273.
22. Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R. et.al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199–1207.
23. Castro Filho, E. C., Castro, R., Fernandes, F. F., Pereira, G., & Perazzo, H. (2020). *Gastrointestinal endoscopy during the COVID-19 pandemic: an updated review*

- of guidelines and statements from international and national societies. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(2), 440-445.e6.
24. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., et. al. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1061–1069.
  25. Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., et. al.(2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720.
  26. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36–37
  27. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13:78–87
  28. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 731– 754.
  29. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (Ek Sayı:1): E5-E13.
  30. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526
  31. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
  32. Öztürk O, Uluşahin, A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı. Nobel Basım Evi, 2015. p: 366
  33. Türkiye Psikiyatri Derneği. Obsesif- Kompulsif Bozukluk. <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk>. 20 Ağustos 2020.
  34. Kıvrıcık Akdede BB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16:13-9.
  35. Pişgin İ, Özen DŞ. Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2: 117-131.

36. Wu KK, Chan SK Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. 2005;18(1):39-42.
37. Alsubaie S, Temsah MH, Al-Eyadhy AA, Gossady I, Hasan GM, Al-rabiaah A, et al. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives. *J Infect Dev Ctries*. 2019;13(10):920-926.
38. Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, Hunter JJ, Goldbloom D, Balderson K, et al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosom Med*. 2004;66(6):938-942.
39. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010;10(1):322.
40. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2006:17-93.
41. Pines AM. A psychoanalytic existential approach to burnout: Demonstrated in the cases of a nurse, a teacher and a manager. *Psychotherapy* 2001;39(1):103-113.
42. Maslach C, Zimbardo PG. Burnout - The Cost of Caring. New Jersey, Prentice Hall 1982:74-82.
43. Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa çıkma yolları. İstanbul, Remzi Kitabevi 1997:25.
44. Güler Z, Başpınar N, Gürbüz H. İş Yaşamında Stres ve Kamu Kurumlarındaki Sekreterler Üzerinde Bir Uygulama. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1332.
45. Altutaş E. Stres Yönetimi. İstanbul, Alfa Basın Dağıtım 2003:13-16.
46. Rowshan A. Stres Yönetimi. İstanbul, Sistem Yayıncılık 2002:11-12.
47. Telman N, Ünsal P. Çalışan Memnuniyeti. İstanbul, Epsilon Yayınları 2004:12.
48. Çelikkol A. Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Yayın 2001:130.
49. Maslach C, Leither MP. The Truth about Burnout. San Francisco, Prentice-Hall 1997:74-76.

50. Torun A. Stres ve Tükenmişlik. İstanbul, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997:44.
51. Yörükoğlu S. Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008:93.
52. Kırlangıç Ç, Olcay M. Tükenmişlik. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık 1995:21.
53. Freudenberg HJ, Richelson G. Burn-Out; How to Beat the High Cost of Success. New York, Bantam Boks 1981:43.
54. Potter BA. Overcoming Job Burnout. California, Roning Publishing 1998:6-15.
55. Birdir K, Tepeci M. Otel genel müdürlerinde tükenmişlik sendromu ve tükenmişliğin genel müdürlerin işlerini değiştirme eğilimlerine etkileri. Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi 2003;2:93-106
56. Lewandowski CA. Organizational Factors Contributing to Worker Frustration: The Precursor to Burnout. Journal of Sociology and social Welfare 2003;30:587-611.
57. Potter BA. Overcoming Job Burnout: How to renew Enthusiasm for Work. California, Ronin Publishing 1995:2.
58. Johnson AB, Gold V, Knepper D. Frequency and intensity of professional burnout among teachers of the mildly handicapped. College-Student Journal 1984;18(3):261-266.
59. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. CA, Press Palo Alto 1986:27-29.
60. Maslach C. Burnout: A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome: Current Reserch, Theory and Interventions .Park Ridge, III, London House Management 1981:31-52.
62. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relation 1982:283-305.
63. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2(1):99-113.
64. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psycholog 2001;52:397-422.
65. Girgin G. İlkokul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenlerin analizi ve bir model önerisi (İzmir ili kırsal ve kentsel yöre

- karşılaştırması). (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. İzmir 1995.
66. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout And Patient Satisfaction. *Medical Care* 2004;42:1157-1166.
  67. Örmən U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Anabilim Dalı Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1993.
  68. Firth-Cozens J. A perspective on stress and depression. Understanding doctors' performance. Radcliffe Publishing. Oxford 2006.
  69. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, Haes HCJM. Stres, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists. *CMAJ* 2003;168:271-5.
  70. Google Formlar Web Sitesi , <https://docs.google.com/forms/> , Erişim Tarihi: 15.06.2020
  71. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(1):28-33.
  72. Polatçı S, Ardıç K. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2):69-96.
  73. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies* 2000;38:201-207.
  74. Özdamar K. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2002
  75. Lee, S. A. (2020). How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional? *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.06785>.
  76. Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., Kutlu, N. (2020). Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies* (In press) <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.177496986>.
  77. Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* 44: 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

78. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, et al. (2020) Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. PLOS ONE 15(9): e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
79. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. Ger Med Sci. 2020 Jun 22;18:Doc05. doi: 10.3205/000281. PMID: 32595421; PMCID: PMC7314868.
80. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med 2006;99:161–169.
81. Erol A, Sarıççek A, Uzunseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:241- 247.
82. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. Kriz ve Müdahale Kitabı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara 2000:199-214.
83. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği, Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
84. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, İstanbul 2006;101.
85. Serinken M, Ergör A, Çımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 2003;18(4):293-299.
86. Marakoğlu K, Armutlukuyu M. Tıp fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi 2014.
87. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011; 11(2):59-67.
88. Günüşen N, Üstün B. Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. DEUHYO ED. 2010;3(1):40-51.

89. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Ankara  
22–25 Eylül 1992:143–154.
90. Çankaya, M. (2017). Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması, *International Journal of Academic Value Studies*, 3(9), 1-15.
91. Toker B. Öğretim elemanlarında tükenmişlik: Türkiye’deki üniversitelerde ampirik bir çalışma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 2011;12(1):114-27.
92. Oğuzberk M. , Aydın A. Burnout in Mental Health Professionals. *J Clin Psy.* 2008; 11(4): 167-179
93. Erol, Almıla & Akarca, Funda & Değerli, Vermi & Sert, Engin & Delibas, Dursun & Gulpek, Demet & Mete, Levent. (2012). Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri*. 15. 103-110.
94. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması. *İlköğretim-Online Dergisi* 2003;2(1):2–9.
95. Karamustafalıoğlu O. , Yumrukçal H. Depression and anxiety disorders. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2011; 45(2): 65-74
96. O’Brien, J.M., Goncin, U., Ngo, R. et al. Professional fulfillment, burnout, and wellness of anesthesiologists during the COVID-19 pandemic. *Can J Anesth/J Can Anesth* 68, 734–736 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12630-021-01916-4>
97. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL (2021) Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLOS ONE* 16(3): e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
98. Kütükçü, E , Kocataş, S . (2019). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Sigara İçme Durumları Arasındaki İlişki . *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* , 1 (3) , 84-102 .
99. Beyhan, S., Güneş, Y., Türktan, M., & Özcengiz, D. (2013). Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*, 41, 7-13.
100. Yıldız, A , Çiçek, İ , Şanlı, M . (2018). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi . *Celal*



Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , 5 (3) , 126-132 .  
Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/cbusbed/issue/39368/440233>

101. Usman MS, Siddiqi TJ, Khan MS, et al. Is there a smoker's paradox in COVID-19? *BMJ Evidence-Based Medicine* Published Online First: 11 August 2020. doi: 10.1136/bmjebm-2020-111492
102. Roengrudee Patanavanich, MD, LLM, PhD, Stanton A Glantz, PhD, Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 22, Issue 9, September 2020, Pages 1653–1656, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa082>
103. Schuckit, M.A.; Hesselbrock, V. Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151, 1723–1724.
104. Haran S, Özgüven HD, Ölmez S, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi* 1998;6(1):75–79
105. Gül ŞK, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A, Bıçakçı BC. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi.
106. Wang, X., Fang, X., Cai, Z., Wu, X., Gao, X., Min, J., Wang, F. (2020). Comorbid chronic diseases and acute organ injuries are strongly correlated with disease severity and mortality among COVID-19 patients: a systemic review and meta-analysis. *Research*, 2020.
107. O'Brien, J.M., Goncin, U., Ngo, R. et al. Professional fulfillment, burnout, and wellness of anesthesiologists during the COVID-19 pandemic. *Can J Anesth/J Can Anesth* 68, 734–736 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12630-021-01916-4>
108. Li XY, Wang J, Zhang RX, et al. Psychological Status Among Anesthesiologists and Operating Room Nurses During the Outbreak Period of COVID-19 in Wuhan, China. *Front Psychiatry*. 2020;11:574143. Published 2020 Dec 3. doi:10.3389/fpsyt.2020.574143
109. Margolis, Rebecca D. , Strupp, Kim M. , Beacham, Abbie O. , Yaster, Myron et. al. The effects of COVID-19 on pediatric anesthesiologists: A survey of the members of the Society for Pediatric Anesthesia, *Anesthesia & Analgesia*: January 12, 2021 - Volume - Issue - 10.1213/ANE.0000000000005422

110. North, Amanda & Mckenna, Patrick & Sener, Alp & McNeil, Brian & Franc-Guimond, Julie & Meeks, William & Schlossberg, Steven & Gonzalez, Christopher & Clemens, J Quentin. (2017). Burnout in Urology - Findings from the 2016 AUA Annual Census. *Urology Practice*. 5. 10.1016/j.urpr.2017.11.004.
111. Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R. et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann. Intensive Care* 10, 110 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
112. Torrente M, Sousa PA, Sánchez-Ramos A, et al To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic *BMJ Open* 2021;11:e044945. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044945
113. Wu Y, Wang J, Luo C, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 2020.
114. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health*. (2020) DOI:10.4178/epih.e2020038
115. Sharfstein JM, Becker SJ, Mello MM. Diagnostic Testing for the Novel Coronavirus. *JAMA*. 2020;323(15):1437–1438. doi:10.1001/jama.2020.3864
116. C. Long, H. Xu, Q. Shen, X. Zhang, B. Fan, C. Wang, et al. Diagnosis of the coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT? *Eur J Radiol*, 126 (2020), 10.1016/j.ejrad.2020.108961

## EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1)Yaşınız

<29            30-39            40-49            50-59            >60

2)Cinsiyetiniz

Kadın            Erke

3)Meslekteki kaçınıcı yılınızdasınız?

0-5            5-15            15-25            25-35            35

4)Çalıştığı Kurum:

Üniversite Hastanesi            Devlet Hastanesi            Özel Hastane

5)Meslek tanımı:

Asistan Hekim            Uzman Hekim            Öğretim Üyes

6)Yerleşim Yeri:

Belde- İlçe            İl Merkezi

7 ) Branşınız

Anesteziyoloji ve Reanimasyon            Beyin ve Sinir Cerrahisi

Çocuk Cerrahisi            Genel Cerrahi            Göğüs Cerrahisi

Göz Hastalıkları            Kadın Hastalıkları ve Doğum            Kalp ve Damar Cerrahisi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları            Ortopedi ve Travmatoloji

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi            Üroloji

8)COVID-19 Pandemisi sürecinde çalışma şekliniz :

Pandemi sürecinde çalışmıyorum            Nöbet

Nöbet+Mesai

Normal Mesai

9) COVID-19 Pandemisi sürecinde hangisi/hangilerinde görev yaptınız (birden fazla işaretlenebilir)

Poliklinik

Yoğun Bakım

Ameliyathane

Acil

10)Yaşam Koşulları

Yalnız

Aile

Yurt

11)Pandemi sürecinde yaşam koşullarında değişiklik yaptınız mı?

(Ör: Ailemin yanından ayrılıp yalnız yaşamaya başladım)

Evet

Hayır

12)Medeni Durum

Bekar

Evli

Boşanmış/Dul

13)Bu süreçte ailenizden, arkadaşlarınızdan, çevrenizden sosyal destek gördünüz mü?

Yok

az – yetersiz

iyi-yeterli

çok

14)Sigara kullanımınız var mı?

Yok

Var

Bırakmış

15)Pandemi sürecinde sigara kullanımınızda bir değişiklik oldu mu?

Azalttım

Arttırdım

Bıraktım

Yeni başladım

16)Alkol kullanımınız var mı?

Yok

Var

Bırakmış

17)Pandemi sürecinde alkol kullanımınızda bir değişiklik oldu mu?

Azalttım

Arttırdım

Bıraktım

Yeni başladım

18)Bilinen Kronik Tıbbi Hastalığınız var mı?

Yok Var -----

19)Geçmişte destek/tedavi aldığınız psikiyatrik hastalığınız var mı?

Yok Var -----

20)Bugün destek/tedavi aldığınız psikiyatrik hastalığınız var mı?

Yok Var-----

## **EK-2 COVID-19 ENFEKSİYONU (7 SORU)**

1) Şu anda COVID-19 hastalarıyla aktif olarak çalışıyor musunuz?

Hayır Evet

2) Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile size izolasyon ya da karantina uygulandı mı?

Hayır Evet

3) Covid-19 enfeksiyonu şüphesi/ön tanısı/tanısı ile hastaneye yatırıldınız mı/tedavi aldınız mı?

Hayır Evet

4) Size Covid -19 testi (PCR) yapıldı mı, sonucunuz nedir?

Test yapılmadı Negatif Pozitif

5) Ailenizdeki bireylerde Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan / tedavi alan kimse oldu mu?

Yok Var

6) Yakın arkadaşlarınızda Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan / tedavi alan kimse oldu mu?

Yok Var

7) Covid-19 pandemisi sürecinde, eskisine göre kendinizi daha fazla tükenmiş hissediyor musunuz?

Hayır Evet

### EK-3 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	1	2	3	4	5
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5

#### EK-4. COVID-19 ile Takıntı Ölçeği (OCS)

<b>OCS</b>						
<u>Son 2 hafta</u> boyunca aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadınız?		Hiç	<i>Nadir, bir veya iki günden az</i>	<i>Birkaç gün</i>	<i>7 günden fazla</i>	<i>Son 2 haftada neredeyse her gün</i>
1.	Koronavirüse yakalamış olabileceğim şekilde rahatsız edici düşüncelerim oldu.	0	1	2	3	4
2.	Gördüğüm bazı kişilerin koronavirüslü olabileceğine dair rahatsız edici düşüncelerim vardı.	0	1	2	3	4
3.	Koronavirüs hakkında düşünmeyi durduramadım.	0	1	2	3	4
4.	Koronavirüs hakkında rüya gördüm.	0	1	2	3	4
Column Totals		_____	_____ +	_____ +	_____ +	_____ +
		_____ +	_____ +	_____ +	_____ +	_____ +
Toplam Puan _____						



