

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**FARKLI UZMANLIK ALANLARINDA ÇALIŞAN
HEKİMLERDE PANDEMİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞMANIN
RUHSAL ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ÖNDER DEMİR

DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLFİZAR VARMA

DENİZLİ - 2022

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**FARKLI UZMANLIK ALANLARINDA ÇALIŞAN
HEKİMLERDE PANDEMİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞMANIN
RUHSAL ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ÖNDER DEMİR

DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLFİZAR VARMA

DENİZLİ- 2022

Çalışmamın tüm süreçlerinde emeğini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanı hocam Prof. Dr. Gülfizar VARMA'ya, uzmanlık eğitimim boyunca öğretimime katkılarının yanı sıra hayata dair de çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU, Prof. Dr. Osman ÖZDEL, Prof. Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA, Doç. Dr. Ayşenur İNCİ KENAR, Doç. Dr. Bengü YÜCENS, Doç. Dr. Tuğçe Toker UĞURLU, Dr. Öğr. Üyesi Osman TOPAK'a; tezimin istatistiksel analizinde katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Hande ŞENOL ve Dr. M. Suat ALIKMA'ya, asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma, bu süreçte ilgi ve anlayışlarıyla bana sürekli destek olan değerli eşim Gülay ve oğlum Erdem'e, beni emekleriyle bugüne getiren aileme teşekkür ederim.

Dr. Önder DEMİR

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
ÖZET.....	XI
SUMMARY	xiii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.....	6
TANIM VE PANDEMİ AÇISINDAN TARİHÇE	6
Pandemi Nedir?.....	6
Tarihteki salgınlar	6
COVID-19 PANDEMİSİ	8
Coronavirus Salgınları	8
Coronavirüsler	8
COVID-19 Epidemiyoloji.....	9
COVID-19 Bulaşma yolları.....	10
COVID-19 Kliniği.....	11
COVID-19 için Korunma Yöntemleri	11
COVID-19 PANDEMİSİNİN RUHSAL ETKİLERİ.....	12
Pandeminin Toplumsal Alanda Ruhsal Etkileri	12
Pandeminin Sağlık Çalışanlarına Ruhsal Etkileri.....	15
PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE DURUMLAR	18
Depresif Bozukluklar.....	18
Anksiyete Bozuklukları	19
Stres.....	19
Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	21
Tükenmişlik.....	24
İş Tatmini.....	29
GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	34
ARAŞTIRMANIN TARİHİ	34
ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	34

ETİK.....	34
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	34
Sosyodemografik Veri Formu.....	35
Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği	35
Minnesota Doyum Ölçeği	35
Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	36
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi	36
İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	37
BULGULAR	38
HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	38
Branş ve risk grupları.....	38
Yaş	39
Cinsiyet	39
Medeni Durum	39
Ek Hastalık Durumu	40
Birlikte Yaşanılan Kişiler.....	40
Sigara İçme.....	40
HEKİMLERİN SALGIN SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ	40
COVID-19 Deneyimleri.....	40
Ekipman Durumu	41
ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER	41
Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği	41
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Kontrol Listesi	47
Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	48
Minnesota İş Doyum Ölçeği.....	49
Risk Gruplarının Ölçek Puanları.....	51
Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar	51
TARTIŞMA	54
KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	54
DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES	54
TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ	57
TÜKENMİŞLİK.....	62
MESLEKİ TATMİN	64

ÇALIŞMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI	66
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	86

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
CoV	Koronavirus
COVID-19	Koronavirus Hastalığı
SARS (CoV)	Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu) (Koronavirüsü)
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
MERS (CoV)	Middle East respiratory syndrome (orta doğu solunum sendromu) (Koronavirüsü)
MÖ	Milattan Önce
MS	Milattan Sonra
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
RNA	Ribonükleik Asit
ICTV	International Committee on Taxonomy of Viruses (Uluslararası Virus Taksonomi Komitesi)
µm	Mikrometre
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation (Yaygın Damar içi pıhtılaşması)
SSS	Santral Sinir Sistemi
PSS	Periferik Sinir Sistemi

HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
HPA	Hipotalamus-hipofiz-adrenal
ICD	International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)
DASÖ-21	Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği
MDÖ	Minnesota (iş)Doyum Ölçeği
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
TKL-5	DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Belirtileri Kontrol Listesi
DT	Duygusal Tükenme
DUY	Duyarsızlaşma
KB	Kişisel Başarı
KLP	Konsültasyon Liyezyon Psikiyatri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hekimlerin Branşlara Göre Dağılımı.....	38
Tablo 2. Hekimlerin Risk Gruplarına Göre Dağılımları	38
Tablo 3. Hekimlerin Cinsiyetleri	39
Tablo 4. Hekimlerin medeni durumları	39
Tablo 5. Hekimlerin Ek Hastalık Durumları.....	40
Tablo 6. Hekimlerin Birlikte Yaşadığı Kişiler.....	40
Tablo 7. Hekimlerin Temas Durumları.....	41
Tablo 8. Hekimlerin Karantina Durumları.....	41
Tablo 9. Cinsiyete Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları	42
Tablo 10. Cinsiyet ile depresyon, anksiyete, stres ilişkisi	43
Tablo 11. COVID-19 pozitif temas Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları	44
Tablo 12. Karantina Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Anksiyete Puanları	44
Tablo 13. Karantina durumu ile Anksiyete ilişkisi	45
Tablo 14. Risk Gruplarına Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları	46
Tablo 15. Risk Grupları ile Depresyon, Anksiyete, Stres İlişkisi	46
Tablo 16. Risk Grupları TKL-5 puanları	47
Tablo 17. Cinsiyete göre TKL-5 puanları.....	47
Tablo 18. Karantina Durumuna göre TKL-5 puanları.....	48
Tablo 19. Risk Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları.....	49
Tablo 20. Risk Gruplarına Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Puanları.....	50
Tablo 21. Risk Gruplarının Ölçek Puanları	50
Tablo 22. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar	53

ÖZET

Farklı Uzmanlık Alanlarında Çalışan Hekimlerde Pandemi Kliniğinde Çalışmanın Ruhsal Etkileri

Dr. Önder DEMİR

COVID-19 Dünya Savaşlarından buyana küresel ölçekte yaşanmış en büyük kriz olmuştur. Yaşanılan bu denli büyük bir krizin bir viral salgın olması ise şüphesiz ki krizin çözümünde başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına büyük görev düşmesine neden olmuştur. Hekimler bir savaş stratejisi içerisinde yeniden cepheye konuşlandırılmış, tüm dünyada görev tanımları ve hiyerarşileri belirsiz bir süre değişmiştir. Doğal olarak yaşanmış bu seferberlik sürecinin hekimler üzerinde psikolojik etkileri olması kaçınılmazdır. Çalışmamızda hekimleri bu değişen görev tanımlarına göre gruplandırarak, bu süreçte yaşadıkları depresif belirtiler, kaygı ve stres belirtileri, travma sonrası stres belirtileri, tükenmişlik belirtileri ile birlikte yaşadıkları iş tatminleri incelenmiştir.

Çalışmamız, Denizli ilinde görev alan hekimlere online olarak Depresyon anksiyete stres-21 ölçeği (DASÖ-21), DSM-5 için travma sonrası stres belirtileri kontrol listesi (TKL-5), Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ), Minnesota doyum ölçeği (MDÖ) verilmiştir. Pandemi sürecinde primer COVID-19 hastası takip edenler (enfeksiyon hastalıkları, anestezi ve yoğun bakım, göğüs hastalıkları ve pediatri) çok riskli, görevlendirme ile pandemi birimlerinde çalışanlar orta riskli ve rutin görevlerinde çalışanlar az riskli olarak üç gruba bölünerek kıyaslanmıştır. Çalışmamıza katılan ve tüm anketleri dolduran 320 hekim alınmıştır.

Çalışmamızda pandemi servislerinde çalışan (çok ve orta riskli) hekimlerde, pandemi servislerinde çalışmamış hekimlere göre depresyon, anksiyete, stres, travma sonrası stres belirtileri ve tükenmişlikleri yüksek çıkarken, iş doyumları daha az saptanmıştır. Çalışmamızda kadın olmanın depresif, anksiyete ve stres belirtileri açısından ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca karantina süreci yaşayan hekimlerde anksiyete ve travma sonrası stres belirtilerinde anlamlı yükselme tespit edilmiştir. Çok riskli grupta depresyon anlamlı olarak fazla saptanmışken, travma sonrası stres belirtileri görevlendirme ile çalışan hekimlere göre daha az saptanmıştır.

Pandemi benzeri süreçlerde hekimlerin ruh sağlığını korumak, tükenmişlik yaşamalarının önüne geçmek, işlerinden doyum almalarını sağlamak sağlık sisteminin verimli çalışması bakımından önemlidir. Benzeri durumlarda özellikle ön saflardaki hekimlere, kadın hekimlere özen gösterilmesi, karantina yaşayan hekimlere sosyal ve psikolojik destek verilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: pandemi, hekim, depresyon, anksiyete, stres, travma, tükenmişlik, iş doyumunu, risk

SUMMARY

The Mental Effects of Working in the Pandemic Clinic in Physicians Working in Different Specialties

Dr. Önder DEMİR

COVID-19 has been the biggest global crisis since the World Wars. The fact that such a huge crisis is a viral epidemic has undoubtedly caused a great deal of responsibility to health workers, especially physicians, in the solution of the crisis. Physicians were re-deployed to the front in a war strategy, and their job descriptions and hierarchies changed indefinitely all over the world. It is inevitable that this natural mobilization process will have psychological effects on physicians. In our study, physicians were grouped according to these changing job descriptions, and their depressive symptoms, anxiety and stress symptoms, post-traumatic stress symptoms, burnout symptoms and job satisfaction were examined.

In our study, physicians working in Denizli province were given online depression anxiety stress-21 scale (DASS-21), posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5, Maslach burnout scale (MBS), and Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ). During the pandemic process, those who primarily treated COVID-19 patients (infectious diseases, anesthesiology and intensive care, pulmonology and pediatrics) were divided into three groups as high risk, those working in pandemic units by assignment as medium risk, and those working in routine duties as low risk. 320 physicians who participated in our study and filled out all the questionnaires were recruited.

In our study, physicians working in pandemic services (high and moderate risk) had higher levels of depression, anxiety, stress, post-traumatic stress symptoms and burnout, while their job satisfaction was lower than physicians who did not work in pandemic services. In our study, it was determined that being a woman was associated with depressive, anxiety and stress symptoms. In addition, a significant

increase in anxiety and post-traumatic stress symptoms was detected in physicians who were in quarantine. While depression was found to be significantly higher in the multi-risk group, post-traumatic stress symptoms were found to be lower than those of the physicians working on assignment.

It is important for a quality healthcare system to protect the mental health of physicians, to prevent burnout, and to ensure that they are satisfied with their work during pandemic-like processes. In similar situations, it is necessary to pay special attention to the physicians on the front lines, female physicians, and to provide social and psychological support to the physicians living in quarantine.

GİRİŞ

Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'nin en kalabalık şehirlerinden biri olan Wuhan kentinde (Hubei, Çin) etiyojisi bilinmeyen bir grup pnömoni hastası tanımlanmıştır (1). Bu hastaların en belirgin olarak görüntülemelerde bilateral akciğerlerde tutulum, kuru öksürük, nefes darlığı, ateş semptomları ile başvurduğu belirtilmiştir. Vakaların tümü, balık ve kümes hayvanları, yarasalar, dağ sıçanları ve yılanlar da dahil olmak üzere çeşitli canlı hayvan türlerinin ticaretinin yapıldığı Wuhan'ın Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (2). Çin Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından 9 Ocak 2020 tarihinde insan havayolu epitel hücrelerinin ileri incelemesiyle bu hastalığın etkeninin daha önce insanlarda görülmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olduğu açıklanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs Şiddetli Akut Solunum Sendromu Corona Virusa (SARS CoV) yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (3). Süreçte tüm dünyaya yayılmaya başlayan enfeksiyon Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 30.01.2020 günü hastalık "Uluslararası Öneme Sahip 6. Toplum Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan edilmiş ve 11.02.2020 tarihinde yine DSÖ tarafından COVID-19 şeklinde tanımlanmıştır. Dünyada vaka sayılarındaki ciddi artışla beraber COVID-19 hastalığına ilişkin 11.03.2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir (4). Ülkemizde ilk COVID-19 vakasının 11 Mart 2020 tarihinde görüldüğü açıklanmıştır (3). Pandemi ilan edilmesinden buyana geçen sürede 21.05.2022 tarihi itibarıyla dünya genelinde vaka sayısı 525 milyon, toplam vefat eden sayısı 6,28 milyon olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de ise 21.05.2022 tarihi itibarıyla toplam vaka sayısı 15,1 milyon, toplam vefat sayısı 98918 olarak belirlenmiştir (5).

Pandeminin ilanıyla birlikte dünyanın dört bir yanındaki ülkelerde acil durum karantina uygulamaları ve hastalığın yayılmasını önlemeye yönelik önlemlerin alınmasıyla hastalığın sağlık, iş ve günlük yaşamın diğer yönleri üzerindeki etkisi toplumlar ve bireyler tarafından daha fazla hissedilmeye başlandı (6). Pandemi tüm dünyada siyaseti, eğitimi, sosyal hayatı, çevreyi ve iklimi tüm yönleriyle etkisi altına bıraktı. Aynı zamanda küresel tedarik zincirleri ve üretim üzerinde benzeri görülmemiş etkilere sebep olarak global ekonomi üzerinde de ciddi olumsuzluklara

sebeptir. Hastalık salgınıyla mücadele için ilk etapta bilinen tek etkili eylem planı, bir dizi çalışma ve sistematik inceleme tarafından bildirildiği üzere, nüfus üzerinde son derece kısıtlayıcı sosyal mesafe önlemleri uygulamak oldu (7). Bu sosyal mesafe önlemlerinin sosyal hayata; yüz yüze eğitimin kısıtlanması, spor müsabakalarına ara verilmesi, iş yerlerinin kapatılması ile birlikte artan işsizlik gibi yansımaları oldu (8). Virüs salgınıyla ilgili belirsizlikler ve korkuların yanı sıra kitlesel karantinalar ve ekonomik durgunluğun intiharın artmasına ve intiharla ilişkili ruhsal bozukluklara yol açacağı tahmin edilmektedir. Örneğin, McIntyre ve Lee, işsizlikle bağlantılı Kanada intihar vakalarında 418'den 2114'e tahmin edilen bir artış bildirmiştir. Yukarıdaki sonuç (yani artan intihar yörüngesi) ABD, Pakistan, Hindistan, Fransa, Almanya ve İtalya'da da rapor edilmiştir (9).

Pandemi sürecinden toplumun her kesimi etkilenmiş ancak en çok yıpranan kuşkusuz ki sağlık çalışanları olmuştur. Dünyanın çoğu yerinde askeri tarzda geçici hastaneler inşa edilirken, hekimlerin “cepheye yeniden konuşlandırılmasından” söz edilmekte ve karmaşık istatistiksel verilerin (vaka, ölüm...) günlük takibi yapılmaktadır. CNN, salgının medeniyetimiz üzerindeki etkisini II. Dünya Savaşı'na benzetmiştir (10). Başından beri sağlık çalışanları hem fiziksel hem de psikolojik baskı altındadır. Birçok ülke için bu, sağlık sektöründeki halihazırda mevcut psikolojik patoloji ve düşük moral düzeyini arttırmıştır (11). Çoğu sağlık çalışanları bu bulaşıcı hastalığı ve pandemiyi kontrol etme çabalarına dahil olmak zorunda kalmıştır. Yüksek baskı ve belirsiz koşullar altında hızla çalışan sağlık çalışanları, COVID-19 hastalarını tedavi ederken artan iş yükleri ve yüksek yoğunluklu işlerle ilgili zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Sürekli doğrulanmış COVID-19 vakalarının mevcudiyeti ve yüksek sıcaklıklı ortamlarda kişisel koruyucu ekipmanların (KKE) zorunlu kullanımı, yeterli dinlenme süresinin olmaması sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere katkıda bulunmuştur (12). Şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve orta doğu solunum sendromu (MERS) gibi diğer bulaşıcı hastalıkları inceleyen önceki çalışmalar, sağlık çalışanlarının salgın sırasında ciddi duygusal stres yaşayabileceğini göstermiştir (13). Ayrıca bulaşıcı hastalık salgınları, sağlık çalışanlarının salgından sonra bile tükenmişlik, travmatik stres ve diğer akıl sağlığı semptomları yaşama olasılığını artırabilmektedir (14). SARS salgını sırasında yapılan birçok çalışmada, yüksek riskli bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarında diğerlerine

göre daha fazla stres yanıtı, travma sonrası stres bulgusu ve tükenmişlik olduğu tespit edilmiştir (15). Yine SARS döneminde sağlık çalışanlarının çoğunluğu, kendilerinin ve yakınlarının enfeksiyon kapmalarından korktuklarını bildirmiş, iş yükünde artış belirtmiş, toplumdan dışlandıkları duygusuna kapılmıştır (16). Toplu karantina, hastanelerde, yatarak ve ayakta tedavilerde, büyük üçüncü basamak bakım merkezlerinde, toplum temelli hastanelerde, birinci basamak ortamlarında, bakım evlerinde, yardımcı yaşam tesislerinde ve tüm izolasyon ünitelerinde çalışan sağlık çalışanlarında toplu histeri, korku ve endişe duygusuna neden olabileceği bilinmektedir. COVID-19'un ortaya çıkmasıyla birlikte sağlık çalışanları, yüksek enfeksiyon riski, bulaşmadan korunmak için yetersiz ekipman, izolasyon, bitkinlik ve aile ile temas eksikliği dahil olmak üzere fiziksel ve psikolojik baskı altında kalmışlardır (17). Bu tür ortamların sağlık çalışanları arasında yaygın zihinsel sağlık sorunlarına ve psikososyal sorunlara yol açmasına rağmen çoğu sağlık uzmanının genellikle sistematik bir zihinsel sağlık hizmeti almadığı ortaya konmuştur (18).

COVID-19 pandemisinin halen tam anlamıyla sona ermemesi (yeni varyantlar, aşı uygulanma oranları...), her ne kadar sosyal hayatta tedbirlerin (tam ve kısmi kapanmalar) gevşemiş gibi görünmesine rağmen, yeni varyantların ortaya çıkması ile uluslararası hava yolu ulaşımında tekrar kısıtlamalar gündeme gelebilmektedir. Süreçte sağlık çalışanlarının ruhsal olarak etkilenmişliği ile alakalı çalışmalar devam etmektedir. Hastalık ve etkileri konusunda bir çok bilinmezlik olması, hastalık etkenine yönelik doğrudan ve kesin bir tedavi seçeneğinin henüz olmaması, ciddi fiziksel hastalığa hatta ölüme yol açabilmesi, hasta olduğunda ya da hastalık riski söz konusu olduğunda izolasyon ve karantina uygulamalarına maruz kalınması, virüsün insandan insana bulaşmasından dolayı yakın temas içinde bulunduğumuz kişilerden ve sevdiklerimizden uzak durma gerekliliği, hasta olduğumuzda ve hastalığı bulaştırdığımızda yaşanması olası utanç ve suçluluk duyguları virüsün ruhsal etkilerini ve yaşanan stresi arttırmaktadır. Kişisel koruyucu ekipman temin edememe korkusu, COVID 19 taşıyan hastalar ile yakın temas içinde olma, çevrelerine (aile, arkadaş, meslektaş) virüs bulaştırmaktan korkma, belirsizlik ve damgalanma sağlık çalışanlarındaki stresi daha da arttırmaktadır. Bu korkuların ve tepkilerin bazıları gerçekçi tehlikelerden kaynaklanırken, birçok tepki ve davranış bilgi eksikliğinden, söylentilerden ve yanlış bilgilendirmeden kaynaklanmaktadır. Chong MY ark 2004

yılında SARS salgını sırasında yaptıkları araştırmada, salgının ilk aşamasında enfeksiyon hızla yayıldığı zaman, sağlık alışanlarında aşırı kırılđanlık, belirsizlik ve değersizlik algısı, somatik ve bilişsel kaygı belirtileri (tükenmişlik) saptanırken, ‘onarım’ safhasında, enfeksiyon kontrol altına alınırken, depresyon ve kaçınma tespit edilmiştir. İlk aşamadaki sağlık çalışanlarının işlerinin onları tedavi aşamasındakilere kıyasla daha yüksek bir riske soktuğunu, ayrıca işyerinde daha fazla stres ve daha fazla hasta olma korkusu yaşadıklarını saptamışlardır (19). Tan ve ark 2020 yılında Singapur’da yaptıkları çalışma, primer görevli sağlık çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarına kıyasla göre daha düşük travmatizasyon skorlarına sahip olduklarını göstermektedir (20).

Pandemi ile mücadelede birçok hekim ve sağlık çalışanı primer görev alanlarının dışında pandemi kliniklerinde (traj poliklinikleri, pandemi servisleri) görev almıştır. Enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve yoğun bakım hekimleri bu konuda bilgi, beceri ve deneyim sahibi iken diğer uzmanlık alanlarında çalışan hekimler için bu durum geçerli değildir. Enfeksiyon ile mücadelede tanı ve tedavi sürecinde deneyimi olmayan hekimlerin bu süreçte daha fazla stres ve kaygı yaşadığı, yaptığı işle ilgili yetersizlik duygularını daha çok yaşamış olabileceği söylenebilir (kaynak). Daha önceki benzer senaryolarda yapılan çalışmalarda salgın devam ederken, psikolojik sıkıntıya duyarlı savunmasız sağlık çalışanlarını desteklemek için önemli klinik stratejilere ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Bu alışmalar psikolojik destek, danışmanlık hizmetleri ve meslektaşlar arasında destek sistemlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğunu göstermiştir. Sağlık alışanları ve profesyonellerin – yüksek stres ortamı altında çalışan – duygusal ve davranışsal tepkileri aşırı (öngörülemeyen ve belirsiz) stres karşısında doğal olarak artış gösterebilir ve bu nedenle strese adaptasyon modeline dayalı danışmanlık ve psikoterapi erken ve hızlı müdahale görevi görebilmektedir. Sağlık alışanlarında ruh sağlığı sorunlarının ele alınması, salgının daha iyi önlenmesi ve kontrolü için önemlidir (21).

Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemi kliniklerinde çalışan farklı uzmanlık bölümlerindeki sağlık çalışanlarının psikolojik etkilenme düzeylerinin araştırılmasıdır. Çalışmada hekimlerde COVID 19 pandemi kliniğinde çalışmış olmalarının yarattığı depresif belirtiler, kaygı belirtileri, stres belirtileri, tükenmişlik, mesleki doyum ve travma sonrası stres belirtilerinin saptanması ve farklı uzmanlık

alanlarına göre karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu etkilerin incelenmesiyle elde edilecek veriler, hekimlerin ruhsal durumlarının korunmasına ilişkin tedbirlerin alınması ve takip eden dönemlerde yaşanabilecek benzer durumlara yönelik kılavuz oluşturulmasında yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmadaki hipotezler;

1. Farklı uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerde COVID 19 pandemisiyle ilişkili depresif belirtiler, kaygı belirtileri, stres belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, tükenmişlik alanlarında ve mesleki doyumlarında farklı düzeyde etkilenim görülebileceği,

2. Yüksek riskli grupta çalışan hekimlerin (enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve yoğun bakım) bu konuda bilgi, beceri ve deneyim sahibi iken diğer uzmanlık alanlarında çalışan hekimler için bu durum geçerli değildir. Enfeksiyon ile mücadelede tanı ve tedavi sürecinde deneyimi olmayan hekimlerin bu süreçte daha fazla stres, kaygı ve yaptığı işle ilgili yetersizlik duygularını daha çok yaşamış olabileceği,

3. Diğer taraftan yüksek risk grubundaki hekimlerin pandemi kliniklerinde daha uzun süre çalışmış olabileceği, pandemiyle mücadelede iş yükünün ve taşıdıkları sorumluluğun ve hastalık/ölüm riskiyle karşılaşma olasılıklarının daha yüksek olabileceği ve bu durumun psikolojik açıdan daha fazla etkilenmeye yol açabileceği olarak özetlenebilir.

GENEL BİLGİLER

TANIM VE PANDEMİ AÇISINDAN TARİHÇE

Pandemi Nedir?

Pandemi, Eski Yunanca'da "tüm" anlamına gelen "pan" ile "yerel halk, kalabalıklar" anlamına gelen "demos" kelimelerinin birleşiminden oluşmuş olup bir enfeksiyöz salgınının kıtaları dahi aşır önemli derecede yaygın bir bölgeyi ve geniş bir insan kitlesini etkisi altına alması anlamına gelmektedir (22). 17. ve 18. Yüzyıllarda çeşitli bağlamalarda epidemi ve pandemi kelimeleri belirsiz bir şekilde birbirlerinin yerine kullanılmıştır. Pandeminin bilinen ilk kullanımı 1666 yılında "Bir Pandemik veya Endemik veya daha doğrusu bir Yerel Hastalık (bir Countrey'de her zaman hüküm süren bir hastalık)" olarak anılır. İki yüzyıl sonra, 1828'de epidemiyolog ve sözlükbilimci Noah Webster'ın Webster's Dictionary'nin ilk baskısında salgın ve pandemi eşanlamlı terimler olarak listelenmiştir. 1831-1832 yılları arasında kolera salgını Asya'dan Avrupa'ya yayılınca ve süreçte mikrobik etkenlerin keşfi, korunma yöntemleri, tedavi yöntemleri, aşının gelişimi ile birlikte "pandemi" kelimesi zamanla spesifik anlamına kavuşmaya başlamıştır (23).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), pandemi tanımı için daha önceleri 6 aşamalı bir sınıflandırma kullanılırken, Şubat 2020'de bir DSÖ sözcüsü, (pandemi için) resmi bir kategori olmadığını açıklamıştır (24).

Tarihteki salgınlar

İnsanlık tarihi boyunca çok sayıda ölüme sebep olan bir çok salgın kayıt altına geçmiştir (25). MÖ 430-426 yılları arasında yaşayan Atina vebası ilk salgın hastalık olarak tahmin edilmektedir. Peloponez Savaşı sırasında tifo, Atina birliklerinin dörtte birini ve nüfusun dörtte birini öldürmüştür. Bu hastalık Atina'nın egemenliğini ölümcül bir şekilde zayıflatmıştır, ancak hastalığın saf virülansı daha geniş yayılmasını engellemiştir; yani, konakları yayabileceklerinden daha hızlı bir oranda öldürmüştür. Ocak 2006'da, Atina Üniversitesi'nden araştırmacılar, şehrin altındaki bir toplu mezardan elde edilen veriler doğrultusunda tifodan sorumlu bakterilerin varlığını doğrulamışlardır (26)(27).

MS 541 ila 750 tarihlerinde ilk kaydedilen bubonik veba salgını olan Justinianus Vebası Mısır'da başlamış ve ertesi baharda Konstantinopolis'e ulaşmıştır. Bizans tarihçisi Procopius'a göre bu salgın şehrin %40'ını öldürmüştür. Veba bilinen dünyanın insan nüfusunun dörtte biri ile yarısını ortadan kaldırmaya devam etmiştir. MS 550 ile MS 700 arasında Avrupa nüfusunun yaklaşık %50 oranında düşmesine neden olmuştur (28).

Kara Ölüm ya da Kara Veba olarak kayda geçen büyük salgının 1331 ila 1353 yıllarında yaşandığı, dünya çapındaki toplam ölüm sayısının 75 ila 200 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Asya'da başlayan hastalık, 1348'de (muhtemelen Kırım'daki savaştan kaçan İtalyan tüccarlardan) Akdeniz'e ve Batı Avrupa'ya ulaştı ve altı yıl içinde tahmini olarak 20 ila 30 milyon Avrupalıyı öldürmüştür. Bu, 18. yüzyıla kadar devam eden Avrupa veba salgınları döngüsünün ilki olup bu dönemde Avrupa'da 100'den fazla veba salgını yaşanmıştır. Hastalık İngiltere'de 1361'den 1480'e kadar her iki ila beş yılda bir nüksetmiştir. 1370'lere gelindiğinde, İngiltere'nin nüfusu %50 azalmıştır. 1665-66 Londra Büyük Vebası, İngiltere'deki vebanın son büyük salgını olup yaklaşık 100.000 insanı, yani Londra nüfusunun %20'sini öldürmüştür (29).

1918-1920 İspanyol gribi, uzak Pasifik adaları ve Kuzey Kutbu da dahil olmak üzere dünya çapında yarım milyar insana bulaşmıştı ve 20 ila 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. Çoğu grip salgınları çok gençleri ve çok yaşlıları orantısız bir şekilde öldürür, ancak 1918 salgını genç yetişkinler için alışılmadık derecede yüksek bir ölüm oranına sahip olmuştur. AIDS'in ilk 25 yılında öldürdüğünden daha fazla insanı 25 haftada öldürmüştür. Birinci Dünya Savaşı sırasında kitlesel birlik hareketleri ve yakın çevreler, onun daha hızlı yayılmasına ve mutasyona uğramasına neden olmuştur ve askerlerin gribe karşı duyarlılıkları stres, yetersiz beslenme ve kimyasal saldırılar nedeniyle artmış olabileceği ifade edilmiştir (30).

Bu salgınların yanı sıra tarihte çiçek hastalığı (31), kolera (32) gibi uzun süren, tekrarlayan ve çok sayıda insanın ölümüne neden olan salgınlar yaşanmıştır.

20.yüzyılda İspanyol gribi pandemisinin dışında, 1957 Asya A(H2N2) ve 1968 Hong Kong A(H3N2) pandemileri meydana gelmiştir (33). 2009 yılında ise Meksika'da domuz kökenli İnfluenza A (H1N1) virüsü ortaya çıkmış ve dünya çapında yayılım göstermiştir (34).

COVID-19 PANDEMİSİ

Coronavirus Salgınları

COVID-19 salgınından önce 2002-2003 yılları arasında Çin'in Guangdong bölgesinde SARS-CoV (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirusu) yaklaşık 10 yıl sonrasında ise Ortadoğu ülkelerinden kaynaklanan MERS-CoV (Ortadoğu Solunum Sendromu Coronavirusu) olarak adlandırılan CoV salgınları yaşanmıştır (35). SARS nispeten nadir görülen bir hastalık olup; Haziran 2003'teki salgının sonunda, vaka ölüm oranı %11 olarak tespit edilmişken insidans 8.469 olarak bulunmuştur. 2004'ten beri dünya çapında hiçbir SARS-CoV-1 vakası bildirilmemiştir (36). MERS içinse Ocak 2021'e kadar 2500'ün üzerinde vaka raporlanmıştır. Tanı konan vakaların yaklaşık % 35'i ölmüştür (37).

Coronaviruslar

Coronavirüsler, Coronaviridae ailesindeki Coronavirinae alt ailesinin ve Nidovirales (Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi) takımının üyeleridir. Bu alt aile, filogenetik ilişkileri ve genomik yapıları temelinde Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus ve Deltacoronavirus olmak üzere dört cinsten oluşmaktadır. Alfakoronavirüsler ve betakoronavirüsler sadece memelileri enfekte etmektedir. Gamakoronavirüsler ve deltakoronavirüsler kuşları enfekte eder, ancak bazıları memelileri de enfekte edebilir. Alfakoronavirüsler ve betakoronavirüsler genellikle insanlarda solunum yolu hastalığına ve hayvanlarda gastroenterite neden olmaktadır (35).

Coronaviruslar, zarflı, pozitif sarmallı ve tek zincirli RNA (Ribonükleik asid) viruslarıdır. Etrafları glikoproteinlerden oluşan çıkıntılarla donatılmıştır. Bu yapılardan dolayı "Koronavirüs" adı, taç anlamına gelen Yunanca corona (κρόνω) 'dan türetilmiştir (38).

İnsan etkeni olan 7 coronavirus saptanmıştır. Bunlardan HCoV-OC43 (Human Coronavirus-OC43), HCoV-HKU1(Human Coronavirus-HKU1), HCoV-229E(Human Coronavirus-229E), HCoV NL63(Human Coronavirus-NL63) insanlarda yaygın görülen, endemik ve genellikle kendi kendini sınırlayabilen üst solunum yolu hastalıklarına yol açtığı bildirilmiştir (39). SARS-CoV, SARS-CoV-2

ve MERS-CoV ise, alt solunum yollarını enfekte edebilmekte ve insanda ciddi solunum sendromuna neden olabilmektedir (40).

SARS-CoV-2 Virusu

Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'nin en kalabalık şehirlerinden biri olan Wuhan kentinde (Hubei, Çin) etiyojisi bilinmeyen bir grup pnömoni hastası tanımlanmıştır. Wuhan şehri, 11 milyondan fazla nüfusu ile büyük bir ulaşım merkezidir. Hastaların çoğu geçen ay yerel bir balık ve vahşi hayvan pazarını ziyaret ettiği öğrenilmiştir. Çin Mühendislik Akademisi akademisyeni ve bilimsel ekibi yöneten Dr Jianguo Xu düzenlenen ulusal basın toplantısında, DSÖ tarafından geçici olarak 2019-yeni koronavirüs (2019-nCoV) olarak adlandırılan yeni tip bir koronavirüsün ortaya çıktığını duyurmuştur (1). Daha sonra SARS salgınına neden olan SARS-CoV'a benzer olduğu için SARS-CoV-2 virusu olarak adlandırmıştır (41).

2019'un sonunda, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da bir grup hastada nedeni belirlenemeyen pnömoni vakaları ortaya çıkmıştır (42). Sekans analizleri, bu tanımlanamayan pnömoni vakalarına 2019-nCoV adlı yeni bir Coronavirusun neden olduğunu düşündürmüştür (43). 11 Şubat 2020'de DSÖ, 2019-nCoV'un neden olduğu hastalığın Coronavirus hastalığı-2019 (COVID-19) olarak adlandırıldığını duyurmuştur (44). Daha sonra Uluslararası Virus Taksonomisi Komitesi (ICTV) uzmanları SARS salgınına neden olan SARS-CoV'a benzer olduğu için SARS-CoV-2 virusu olarak adlandırmıştır (45).

SARS-CoV-2; SARS-CoV ve MERS-CoV'un da içinde bulunduğu Betacoronavirus cinsi içinde yer alır. SARS-CoV-2, ultraviyole ile inaktive edilebilir ve ısıya duyarlıdır, ayrıca dietil eter, %75 etanol, klor, perasetik asit ve kloroform gibi çoğu dezenfektanla da inaktive edilebilmektedir (40).

COVID-19 Epidemiyoloji

Aralık 2019'da Çin Wuhan kentinde etiyojisi bilinmeyen 42 pnömoni vakası tespit edilmiştir. Hastaların çoğunun son bir ay içerisinde balık ve vahşi hayvan pazarını ziyaret ettiği tespit edilmiştir. Bu balık ve vahşi hayvan pazarında kümes hayvanları, yarasalar, dağ sıçanları ve yılanlar gibi canlı hayvanların da satıldığı bilinmektedir. Tüm hastalar karantinada hızlı destek tedavisi görmüştür. Bunlardan

7'sinin durumunun ağır olduğu ve 1'inin hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Teyit edilen 42 hastanın tümü, Wuhan'dan seyahat eden bir Taylandlı hasta dışında Çin'liydi (2). Süreçte tüm dünyaya yayılmaya başlayan enfeksiyon DSÖ tarafından 30.01.2020 günü hastalık ‘‘Uluslararası Öneme Sahip 6. Toplum Sağlığı Acil Durumu’’ olarak ilan edilmiş ve 11.02.2020 tarihinde yine DSÖ tarafından COVID-19 şeklinde isimlendirilmiştir. Dünyada vaka rakamlarındaki ciddi artışla beraber COVID-19 hastalığı 11.03.2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir (4). Ülkemizde ise ilk COVID-19 vakasının 11 Mart 2020 tarihinde görüldüğü kayıtlara geçirilmiştir (3). Pandemi ilan edilmesinden buyana geçen sürede 21.05.2022 tarihi itibariyle dünya genelinde vaka sayısı 525 milyon, toplam vefat eden sayısı 6,28 milyon olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de ise 21.05.2022 tarihi itibariyle toplam vaka sayısı 15,1 milyon, toplam vefat sayısı 98918 olarak belirlenmiştir (5).

COVID-19 Bulaşma yolları

COVID-19 hastalığının ilk vakaların deniz ürünleri ağırlıklı hayvan pazarına doğrudan maruz kalanlarda tespit edilmiştir (2). Fakat süreçte hayvan pazarıyla ilişkisi olmayan kişilerde, sağlık çalışanlarında vakalar görülmeleriyle birlikte virusun insandan insana bulaşı konusu kesinleşmiştir (45). Yapılan çalışmalarda SARS-CoV-2 ile enfekte bir kişi derin nefes aldığında, hapşırdığında veya öksürdüğünde, SARS-CoV-2'nin vücuttan atılacağı ve biyo-aerosol haline geleceği varsayılmaktadır. Damlacık bulaşması bir kişinin tükürüğünün öksürme veya hapşırma yoluyla boşalmasıyla meydana gelen ve 1 m'lik bir alanda yayılan bulaş türüdür. Bu durumda enfektif damlacıklar ile konjonktival veya mukozal enfeksiyon kapma riski vardır. Ayrıca, damlacık bulaşması, enfekte kişinin yakın çevresindeki temas yollarıyla gerçekteşir (46). Buna karşılık hava yoluyla bulaşmada ise, yani <5 µm çapındaki mikroorganizma havada yüzlerce metre dağılır ve uzun süre kalabilir. Bununla birlikte, SARS-CoV-2'nin aerosollerle bulaşıp bulaşamayacağı tartışmalıdır.

Yüzeyler üzerindeki kontaminasyon süresi ile ilgili bir çalışmada plastik ve paslanmaz çelikte 2-3 gün, karton yüzeyler üzerinde 1 gün, yoğun bakım ünitelerinde, hastane servislerinde, odalarda bulunan çeşitli cisimlerin üzerinde ve hastalardan 4 metreye kadar havada bulunabileceği tespit edilmiştir (47).

COVID-19 Kliniği

Hastalığın seyirinde asemptomatik vakalar görüldüğü gibi, yoğun bakım ihtiyacı olan vakalar da görülmüştür. Çeşitli çalışmaların sonucunda elde edilen verilere göre ateş, kuru öksürük, halsizlik hastalığın en sık görülen semptomlarından. Boğaz ağrısı, baş ağrısı, gastrointestinal semptomlar, koku ve tat alma duyusu kaybı, burun tıkanıklığı, rinore, ve kas ağrısı da semptomlar arasında yer almaktadır. Hastalığın daha ciddi boyutlarında akciğer tutulumuna bağlı akut solunum yetmezliği sendromu, septik şok ve çoklu organ yetmezlikleri gibi kritik tablolar görülebilmektedir (3,48). İleri yaşı, komorbid hastalık varlığı, sigara kullanımı, immun supresyon, gebelik gibi durumlar hastalığın ciddi klinikle seyretmesine neden olan durumlar olduğu bildirilmiştir (3). 2441 makalenin tarandığı bir gözden geçirmeye göre en çok gözlenen nörolojik belirtiler baş ağrısı, baş dönmesi, tat ve koku bozuklukları ve bilinç bozukluğu olarak saptanmıştır (49). Genel olarak COVID-19 nörolojik etkileri merkezi sinir sistemi (SSS) semptomları ve periferik sinir sistemi olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. SSS semptomları baş dönmesi, baş ağrısı, bilinç bozukluğu, akut serebrovasküler hastalık, ataksi ve epilepsi olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, PSS semptomları daha az şiddetlidir ve hipozmi, hipoplazi, nevrâlji ve hipoguzi olarak ortaya çıkmaktadır (50).

COVID-19 için Korunma Yöntemleri

Enfekte kişilerle temas halinde olan kişilerde bulaşın azaltılması için en çok gündeme gelen öneri fiziksel mesafenin korunması olmuştur. Bunların yanında maske takmak, elleri sık sık yıkamak, dezenfektanı kullanmak ve kontamine olabileceği düşünölen bir ortamla etkileşime girdikten sonra kişinin kendi mukozal yüzeylerine (ağız, burun, göz) temas etmemesi etkileri gösterilmiş başlıca korunma tavsiyelerindedir (51).

Enfekte olmuş hastaların klinik bakımlarıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının ise bulaş riski yüksek işlemler sırasında önlük, eldiven, siperlik, gözlük, N95 veya FFP3 maske ve cerrahi maske kullanması önerilmektedir (45,52).

COVID-19 PANDEMİSİNİN RUHSAL ETKİLERİ

Pandeminin Toplumsal Alanda Ruhsal Etkileri

COVID-19 salgını, insanların fiziksel sağlıkları ve yaşamları için ciddi tehditlere neden olurken ayrıca panik bozukluk, anksiyete ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunları da tetiklemiştir. Sokağa çıkma yasakları, iş yerlerinin kapanması gibi kısıtlamaların gündelik rutinlerin değiştirmesiyle birlikte insanlarda engellenmişlik duygusuyla beraber kaygı ve korkuyu arttırmıştır. Özellikle pandeminin ilk dönemlerinde, hastalığın başlangıç karakteri diğer mevsimsel viral solunum yolu enfeksiyonlarına benzediğinden, semptom gösteren kişilerde bilinmezliğe bağlı yüksek kaygı ve korku belirtileri saptanmıştır (53). Çin’de yapılan çalışmada kadınlarda daha yüksek kaygı, stres ve depresif belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin orta-yüksek şiddette kaygı hissettiklerini belirtirken, komorbid hastalığı bulunanlar ve spesifik semptomları gösterenlerde kaygı belirtileri yüksek saptanmıştır. Spesifik güncel ve doğru sağlık bilgilerine (örn. tedavi, yerel salgın durumu) hâkim olmak ve özel önlem önlemler (örn. el hijyeni, maske takma) konusunda bilgi sahibi olmak, daha düşük stres ve kaygı düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir (54). Yine Çin’de yapılan bir çalışmada 18 yaşın altındaki bireylerde daha düşük stres ve kaygı belirtileri saptanmış olup bunun nedeni bu yaş grubu arasında nispeten düşük morbidite ve mortalite oranı ve evde karantina nedeniyle salgına sınırlı maruz kalma olarak açıklanabileceği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada en yüksek puanlar genç yetişkin (18-30 yaş) ve 60 yaş üzerinde saptanmıştır. Salgın sırasında en yüksek ölüm oranı yaşlılar arasında gerçekleştiğinden, yaşlıların psikolojik olarak daha fazla etkilenmesine sebep gösterilirken; genç yetişkinlerin ise sosyal medyadan stresi kolayca tetikleyebilecek büyük miktarda bilgi edinme eğiliminin kaygı ve stres puanlarına yansıdığı belirtilmiştir (55). Pakistan’da yapılan çalışmalar bekar olma ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamıştır. Ek olarak, stres ve depresyon seviyeleri, çekirdek ailelerinde enfekte olmuş kişilere sahip olan katılımcılarda daha yüksek saptanmıştır (56). Çoğunluğu Müslüman olan ülkeler önemli bir COVID-19 enfeksiyonu yüküyle karşılaşmış olmasından hareketle yapılan bir çalışmada ise; İslami öğretilere göre, aile akrabalığı, yaşlılara bakma, cemaatte namaz kılma ve

yemek yeme ve aynı kapları paylaşma yaygın olarak uygulanmaktadır ve bu durum, Müslüman topluluklar arasında COVID-19'un yayılmasını artırmış olabileceği belirtilmiştir (57).

Pandemi sürecinde çoğu ülkelerde karantina tedbirlerinin uygulanmasıyla birlikte karantinanın etkilerini araştıran çalışmalar yapılmıştır. Çoğunlukla anket formatıyla yapılan çalışmalarda genellikle psikolojik sıkıntı ve bozukluk semptomlarının yüksek oranda görüldüğünü bildirilmiştir. Genel psikolojik belirtilerle ilgili tarama yapılan araştırmalarda, duygusal rahatsızlık, depresyon, stres, düşük ruh hali, sinirlilik, uyku bozuklukları, travma sonrası stres belirtileri, kızgınlık ve duygusal tükenme yüksek prevalansta saptanmıştır. Potansiyel olarak enfekte olan kişilerle yakın temasta oldukları için karantinaya alınanlar karantina döneminde en çok bildirilen tepkiler korku, sinirlilik, üzüntü ve suçluluk olduğu belirtilmiştir (58). Daha önceki SARS salgınında uygulanan karantina sonrası geri bildirim yoluyla yapılan çalışmalarda stres yaratan durumlar başlıca;

- Kendi sağlıkları hakkında korkuları veya başkalarına bulaştırma korkuları

- Kapanma, olağan rutinin kaybı ve başkalarıyla sosyal ve fiziksel temasın azalmasıyla oluşan can sıkıntısına, hayal kırıklığı ve dünyanın geri kalanından yalıtılmışlık hissi (59)

- Yetersiz temel destek (medikal malzemeler, tıbbi yardım) sağlanması (60)

- Pandeminin ciddiyeti konusunda sağlık ve hükümet yetkililerinden şeffaf olmayan bilgilerin gelmesi; koordinasyon eksikliği ve yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı algısı (61) olarak tespit edilmiştir.

Pandemi sürecinde ruh sağlığı çalışanlarının çeşitli birimlerde görevlendirilmesi psikiyatri hastalarının bakımları açısından zorluklar yaratmıştır. Psikiyatrik hastaların, diğer sağlık kuruluşlarındaki hastalara kıyasla stresörlere daha fazla duyarlı olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra psikiyatri hastanelerindeki hastalar genellikle ortak yemek ve banyo alanlarını paylaştıkları hastanelerdeki kalabalık yaşam koşulları, diğer servislerde yatan hastalara kıyasla, yatan psikiyatri hastaları genellikle hastadan hastaya teması artıran grup etkinliklerinin fazla olması enfeksiyon kontrolü için gerekli önlemleri uygulamakta güçlükler nedeniyle olabilmektedir. Ayrıca hastalar bireysel olarak zayıf öz kontrol ve öz bakımları, yetersiz içgörüler ve psikotrop ilaçların yan etkileri nedeniyle kendilerini korumak için enfeksiyon kontrol

önlemlerini uygulamakta zorluk yaşamaktadırlar (62). Pandemi sürecinde Çin'de çoğu psikiyatrist, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi konusunda yeterli tecrübeye sahip olmadığını ve son 10 yılda psikiyatri anabilim dalında daha fazla eğitim alabilmek adına iç hastalıkları stajlarının kısa tutulması eğilimi olduğundan pandemi boyunca enfeksiyon kliniğini yönetebilme konusunda yetersizlik yaşadıklarına değinilmiştir (63). Wuhan'da ve Çin'deki diğer birçok şehirde toplu taşımanın askıya alınması, hastaların tedavilere erişmesi için önemli engeller yaratmıştır. Bu hastaların hastaneye olan bağımlılığının azaltılması, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması çalışmalarına rağmen mevcut psikiyatri servis yataklarının bir kısmının süreçte pandemi servisine dönüştürülmesi, ciddi psikiyatrik rahatsızlıkları olan ve yatış ihtiyacı olan hastalar için önemli zorluklar yaratmıştır. Ayrıca, psikiyatri hastanelerinde COVID-19 şüphesi olan ve doğrulanan psikiyatri hastaları için izolasyon koşulları oluşturulması ihtiyacı hastane imkanlarını zorlamıştır (62). Ayrıca pandemi gibi travmatik düzeyde bir sosyal olayın varlığı halihazırda mevcut psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişilerde TSSB, depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzluk şikayetlerinde artmaya ve hatta buna bağlı olarak mevcut rahatsızlıklarında alevlenmelere neden olduğu bildirilmiştir (64).

Şiddetli akut solunum sendromu (SARS) olan bir dizi hastanın, hastalıklarının akut fazı sırasında afektif psikoz geliştirdiği daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada bu hastaların ayrıca tedavi için kullanılan steroidlerin de etkisiyle irritabl ruh hali, perseküsyon sanrıları, ajitasyon ve hiperaktivite gibi psikotik semptomlarında ciddi boyutta artış olduğu gözlenmiştir (65). COVID-19 hastalarında deliryum ve deliryuma bağlı semptomların prevalansı yüksek saptanmıştır. COVID-19 enfeksiyonunun komplikasyonları ve bunları yönetmek için kullanılan müdahaleler deliryum için bilinen risk faktörleridir. Hipoksi, solunum asidozu ve solunum yetmezliği ile sonuçlanan ARDS ve yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC) ve sistemik organ işlev bozukluğu, deliryuma katkıda bulunabilir. Ek olarak, ARDS sıklıkla ventilatör desteği ve sedasyon için yoğun bakım ünitesine uzun süreli yatış gerektirir, bu müdahaleler başlı başına deliryumu tetikleyen sebeplerdendir. Primer olarak SSS'ni enfekte eden virüsten bağımsız olarak deliryumu hızlandırmada sistemik inflamasyonun rolü de tartışılmıştır (66). Ayrıca pandemi servislerinde zorunlu olmayan hasta temasını sınırlayan sosyal mesafe ve politikaların, hastaların tanıdık

bakıcılardan aldığı desteği sınırlayarak deliryumu daha da hızlandırabileceği bilinmektedir (67).

Tüm bu veriler ışığında pandeminin toplumlar üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak ciddi boyutlara varabilecek ruhsal etkilerinin olduğunu söyleyebiliriz. Yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, komorbid hastalık varlığı, enfeksiyonla karşılaşma, karantinada kalmış olma durumu, ek psikiyatrik rahatsızlık varlığı gibi faktörlere bağlı değişimle birlikte tüm toplumda başta kaygı, depresyon, anksiyete, stres, uyku bozukluğu gibi semptomlarda artma gösterilmiştir (68). Pentagon'daki terör olaylarından ve ABD'deki şarbon saldırılarından alınan dersler, kaynakları verimli ve etkili bir şekilde harekete geçirmek ve etkilenen bireylerin afetle ilgili ruh sağlığı ihtiyaçlarına başarılı bir şekilde yanıt vermek için önceden topluluk koalisyonları kurmanın önemini göstermiştir (69). Ayrıca salgının başladığı Çin'de Ulusal Sağlık Komisyonu, COVID-19'dan etkilenen insanlar için acil psikolojik kriz müdahalesi için kılavuzlar yayınlamıştır. Psikolojik müdahaleye ihtiyaç duyan bireyleri sınıflandırmak ve sağıaltım için özel önlemler formüle etmek ve koordinasyonu sağılayabilmek adına ruh sağlığı personelinin sayısı ve altyapı imkanları da göz önünde bulundurularak bu tarz planlamanın önemine vurgu yapılmaktadır (68).

Pandeminin Sağlık Çalışanlarına Ruhsal Etkileri

Salgınların sağlık çalışanları üzerinde çok ciddi fiziksel ve ruhsal etkileri olduğu bilinmektedir (70). Daha önceki SARS salgınında sağılı çalışanları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yüzde %68'i yüksek düzeyde stres bildirmiştir. Yaklaşık %57'sinin psikolojik sıkıntı yaşadığı ve işyerlerinde kendilerini savunmasız hissettikleri ve buna rağmen yetersiz destek gördükleri yönünde algılarının bulunduğu saptanmıştır (13). SARS salgınında yapılan bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının %18-57'sinde önemli duygusal sıkıntı mevcuttu ve en çok bildirilen stresör faktörler arasında karantina, bulaşma korkusu, ailelerine bulaştırma korkusu, artan iş stresi, kişiler arası izolasyon, toplumda algılanan damgalama, uzman olmayan kişilerin bulaşıcı hastalık işlerinde çalıştırılması bulunmaktadır (71).

COVID-19 pandemisi ile yapılan çalışmaların derlendiği bir meta-analizde sağlık profesyonelleri, özellikle kadınlar ve ön saflardaki çalışanlar arasında ağır psikolojik etkilere neden olduğu tespit edilmiştir. Rapor edilen araştırmalarda, çok

sayıda sağlık çalışanının anksiyete (%37), depresyon (%36), uykusuzluk (%32) (72) vb. dahil olmak üzere birçok uzun sureli psikolojik sorundan muzdarip olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık alışanları, artan sağlık hizmeti talebini karşılamak için daha uzun çalışma vardiyalarına maruz kalmaktadır. Bu arada, sosyal destek eksikliği, kötü uyku kalitesi, ailelerden ve arkadaşlardan izolasyon, hastalığı ailelerine ve iş arkadaşlarına bulaştırma korkusu ve hastalarla doğrudan temas, sağlık çalışanları arasında daha fazla psikolojik sorununun tetikleyicileri olmuştur. Ayrıca, alışma saatlerinde sağlık çalışanları, hareketlerini ve çalışmalarını yavaşlatan ve solunum rahatsızlıklarına ve sağlık çalışanlarının psikolojik semptomlarını ağırlaştıran zorluklara neden olan koruyucu ekipman giymek zorunda kalmışlardır (73).

Yapılan alışmalar kadın sağlık alışanlarında anksiyete ve depresyon insidansının erkek sağlık çalışanlarına nispeten önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiş olup bunun nedenlerine dair kesin gösterge bulunamamıştır. Ayrıca n saflardaki sağlık çalışanlarının anksiyete ve depresyon prevalansı, n saflardaki olmayan sağlık çalışanlarından çok daha yüksek tespit edilmiştir (73).

Tükenmişlik sağlık hizmetlerinin personelleri için çok sık karşılaşılan sorunların başında gelmektedir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi için araştırılan konulardandır (74). COVID-19 kaynaklı küresel halk sağlığı krizinin içinde bulunduğumuz bu dönemde sağlık çalışanlarının zor kararların verdiği eziyet, hasta ve meslektaşlarını kaybetmenin acısı, kendileri ve aileleri için enfeksiyon riski nedeniyle fiziksel ve zihinsel tükenmişliğe daha fazla maruz kaldığı bilinmektedir. Rutin hizmetlerin paylaştırılması veya durdurulması, personelin tanidik olmayan klinik ortamlara yeniden yerleştirilmesi, uzmanlık alanları dışındaki hizmetlerde özellikle de n cephelerde çalıştırılması, meslektaşlarını ve aile yakınlarını kaybetmenin acısı, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, kapsamlı sorumluluklar, özellikle acil servisler için benzeri görülmemiş talepler nedeniyle COVID-19'un yönetimi ve teşhisinde yer alan n saflardaki sağlık çalışanları, psikolojik stresle birlikte ezici baskıya daha fazla maruz kalmaktadır (75). COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanları arasında tükenmişliği araştıran 326 kişinin katıldığı kesitsel bir çalışmada %53 düzeyinde tükenmişlik saptanmıştır (76). Pandemi sürecinde tükenmişlik prevalansı yoğun bakım servislerinde çalışan sağlık alışanlarında daha yüksek saptanmıştır. İtalya'da yapılan bir ankette, kadınlarda, genç (<30 yaş) sağlık çalışanları arasında, iş görevlerini yüksek

düzyeyde tükenmişlik bulunmuştur. Kadın sağlık çalışanları için yüksek riske maruz kalma, hastaların kadın çalışanlara karşı baskın tutumları, cinsiyet ayrımcılığı, bakımda cinsiyet beklentileri ve evde yüksek iş yükleriyle bağlantılı olabileceği söylenmiştir Tkenmişlikten muzdarip sağlık çalışanları, yüksek kalitede sağlık hizmetleri sağlayamayabilir, daha fazla gereksiz risk alamayabilir, ayrıntılara dikkat gösteremeyebilir veya tersine olumsuz olaylara maruz kalma ve daha az verimle alışabildiklerinin farkına varılması psikolojik sıkıntıya yol açabilir. Yazarlar, ilişkinin gerçek gücünün bildirilenden daha az olabileceği ve tükenmişlik ile bakım kalitesinin birbirini tam olarak nasıl etkilediğini anlamak için yeterli güce ve tasarıma sahip daha fazla randomize çalışmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varmışlardır (75).

Sağlık alışanlarının pandemi sürecinde karşılaştığı tüm bu olumsuzluklar, mesleki doyumlarının azalmasının ve mesleği bırakmalarının nedeni olabileceği bildirilmektedir. İyi bir çalışma ortamı, çalışmanın rahatlığını artırabilir ve motivasyonel bir teşvik olabilir. Bireyin ihtiyaçlarını karşılayan bir çalışma ortamının oluşturulması, bireyin işin gereklerini yerine getirme becerisine faydalıdır. İş tatmininin gelir, iş içeriği, istikrar, saygınlık, spervizrn destekleyici tutumu ve çalışma ortamı gibi durumlardan etkilenebileceğine dikkat çekilmiştir. Maaş, terfi, çalışma saatlerinin serbestliği, kendine zaman ayırabilme, yeterlilik duygusu ve işin anlamlılığı gibi konuların da iş tatmini etkileyen faktörler arasında olduğu belirtilmiştir. Araştırmalar, işin faydaları ve koşulları bireyin ihtiyaçlarını ne kadar çok karşılırsa, memnuniyet düzeyinin o kadar yüksek olduğunu doğrulamaktadır. Gerginlik düzeyi ve stres ne kadar yüksekse, memnuniyet düzeyi, iş tatmini veya mesleki örgütsel bağlılığın o kadar düşük olabileceği, çalışanların daha fazla işten ayrılma eğilimi gösterdiği ortaya konmuştur (77). Yaşanmakta olan pandemi sırasında sağlık çalışanlarının iş tatmini üzerine yapılan çalışmalarda farklılıklar bulunmaktadır: bazı çalışmalar sağlık personelinin çalışma isteğinin ve meslek bağlılığının ise salgından etkilenmediği göstermekteyken (78), bazı çalışmalarda ise özellikle genç sağlık alışanlarında ve sürekli yeniden görevlendirmeye tabi tutulan çalışanlarda iş tatminin olumsuz etkilendiği, iş bırakma düşüncelerinin olduğu ve buna yönelik önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır (79).

PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE DURUMLAR

Depresif Bozukluklar

Depresyon, çökkün duygudurum, bazen çökkün duyguduruma eşlik eden bunaltılı duygudurumla birlikte, genel isteksizlik, ilgide azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama, enerji azlığı çabuk yorulma, dikkati toparlamada azalma, dalgınlık, değersizlik düşünceleri, yetersizlik veya suçluluk düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişikliği, özkıyım düşünceleri ve devinimde azalma gibi semptomlarla seyreden bir sendromdur (80). Depresyon genel toplumda sık görülen bir rahatsızlık olmasının yanı sıra sebep olduğu yeti yitimi, bireysel ve toplumsal maliyetleri, ağır ekonomik kayıplara yol açması sebebiyle önemli bir toplumsal sorundur. Sosyal işlevsellikte sebep olduğu kötüleşme diğer pek çok bedensel tıbbi rahatsızlıktan daha fazla olabilmektedir (81,82). Depresyon şu anda Kuzey Amerika ve diğer yüksek gelirli ülkelerde hastalık yükünün önde gelen nedeni ve dünya çapında dördüncü önde gelen nedendir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2030 yılında, HIV'den sonra dünya çapında hastalık yükünün ikinci önde gelen nedeni olacağı tahmin edilmektedir (83).

Majör depresif bozukluk, 2017 yılında yaklaşık 163 milyon insanı etkilemiştir (küresel nüfusun %2'si). Hayatlarının bir noktasında etkilenen insanların yüzdesi Japonya'da %7'den Fransa'da %21'e kadar değişmektedir. Çoğu ülkede, yaşamları boyunca depresyona giren kişilerin sayısı %8-18 aralığındadır (84).

Ülke veya kültürden bağımsız olarak neredeyse evrensel olan bir durum da depresif bozukluğun kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğüdür. Bu farkın nedenlerinin, hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri hem kadın hem de erkeklerde farklı psikososyal stresörlerin olması varsayılmaktadır (85).

Depresyon oluşumunda yaşam olaylarının etkisi uzun zamandan beri bilinmektedir (86). Kronik veya yaşamı tehdit eden hastalık varlığı, mali zorluklar, iş kaybı, ayrılık, yas ve şiddete maruz kalmak bu stresli yaşam olaylarına örnek verilebilir (87).

Depresyon, işe gelememe ve ayrıca işte olamama (hastalıkla ilgili verimlilik kaybı) sonucu büyük üretkenlik kayıplarıyla ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Ruh Sağlığı Araştırmaları, depresyonun, nüfusta hastalığa bağlı üretkenlik kaybının %5'inden fazlasını oluşturduğunu; depresyonlu katılımcıların (ülkeler arasında çok büyük fark olmamakla birlikte) yıllık ortalama 34.4 verimsiz gün yaşadıklarını tespit etmiştir (88). Artan hastalık şiddeti, eşzamanlı tıbbi durumlar ve eşlik eden anksiyete bozuklukları, depresyonu olan kişilerde daha yüksek derecede iş aksaklığı ve daha fazla devamsızlık ile sonuçlanmaktadır (89,90). Depresyona bağlı uykusuzluk, bilişsel işlevlerde bozulma, konsantrasyon bozukluğu ve yorgunluk çalışma ortamındaki üretkenliğin düşmesindeki başlıca sebeplerdendir (91).

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, bir kişinin sosyal, mesleki ve kişisel işlevini önemli ölçüde bozacak şekilde önemli ve kontrol edilemeyen kaygı ve korku duygularıyla karakterize edilen bir zihinsel bozukluklar kümesidir. Anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü, kalp hızı artışı, göğüs ağrısı, karın ağrısı gibi fiziksel ve bilişsel semptomlara ve kişiye göre değişebilen çeşitli başka semptomlara neden olabilir (92).

Küresel olarak, 2010 itibariyle, yaklaşık 273 milyon (nüfusun %4,5'i) bir anksiyete bozukluğuna sahipti. Kadınlarda (%5,2) erkeklere göre (%2,8) daha sık görülmektedir (93). Avrupa, Afrika ve Asya'da yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranları %9 ile %16 arasında ve yıllık oranlar %4 ile %7 arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık % 29'dur (94).

1996'da yayınlanan bir araştırmaya göre anksiyete bozuklukları ile ilişkili tahmini maliyetler 46.6 milyar dolardı ve o yıl ruh sağlığı için yapılan toplam harcamaların %31.5'ini oluşturmaktadır (95). Anksiyete bozukluklarının yüksek prevalansı ve yüksek maliyetine ek olarak, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkisi bilinmektedir (96). Ayrıca yapılan çalışmalarda anksiyete şiddetiyle korele olarak işte olunan gün sayısında ve iş performansında düşüşler saptanmıştır (97).

Stres

Etimolojik olarak Latince'de "estricia", eski Fransızca'da "estrece" sözcüklerinden gelen stres kavramı önceleri felaket, bela, musibet, dert, keder, elem anlamlarına gelirken ; 18. ve 19. yüzyıllara gelindiğinde ise günümüzdeki anlamına

kavuşarak objelere, kişiye, organa ve ruhsal yapıya yönelik güç, baskı, zor anlamlarında kullanılmıştır (98). Stres konusunda çalışmaları olan Hans Selye (1907-1982), stres ve stresör kavramlarını tanımlamıştır. Stresör kişide bir dizi tepki yaratan çevresel uyarılar olarak tanımlanırken; kişinin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepki ise stres olarak ifade edilmiş ve stres "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlanmıştır (99).

Hans Selye (1974), stresi 4 yönden ele alır. Bir ekseninde iyi stresi (östress) ve kötü stresi (distress) konumlandırır. Öte yandan aşırı stres (hiperstres) ve düşük stres (hipostres) vardır. Selye, bunların dengelenmesini savunmaktadır: nihai amaç, hiperstres ve hipostresi mükemmel bir şekilde dengelemek ve mümkün olduğunca fazla östress elde etmek olacaktır (99). Atletik performansı, motivasyonu ve çevreye tepkiyi artırabileceğinden, az miktarda stres faydalı olabilir. Bununla birlikte aşırı miktarda stres, felç, kalp krizi, ülser ve depresyon riskini artırırken, ayrıca önceden var olan bir durumun ağırlaşması riskini artırabilir (100).

Strese maruz kalan çalışanlar, zamanla strese bağlı olarak oluşan çeşitli belirtiler vermeye başlarlar. Bu belirtiler, fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler olarak gruplandırılabilir. Fiziksel belirtileri tansiyon yükselmesi, sindirim bozukluğu, nefes darlığı, baş ağrısı, yorgunluk, alerji ve mide bulantısı olarak sıralayabilmek mümkündür. Davranışsal belirtilerin başında ise uykusuzluk, uyuma isteği, iştahsızlık, yemede artış, konuşma güçlükleri, sigara kullanma ve alkol kullanmadan söz edilebilir. Başlıca psikolojik belirtiler gerginlik, geçimsizlik, sürekli endişe, yetersizlik duygusu, yersiz telaş ve düş kırıklığı olarak ifade etmek mümkündür (101).

Çalışma hayatındaki stresin kaynakları bireysel, örgütsel ve çevresel olarak şekilde 3 başlıkta ele alınmaktadır. Kişisel stres etmeni, bireyin kendi iç beklenti ve baskılarına bağlı olarak iç etmenlerden kaynaklanabilmektedir. Bireysel stres kaynağında bireylerin fizyolojik ve kişilik yapılarıyla dünyayı algılama biçimleri önemli rol oynamaktadır. Çevre ile ilgili stres kaynakları; teknolojik değişimler, kentsel yaşamdaki problemler, kültürel ve sosyal değişimler, politik ve siyasi belirsizlikler, ekonomik problemler, aile sorunları gibi sıralanabilir. Genel olarak örgütsel stres kaynakları çalışma ortamındaki bireylerarası ilişkiler, fiziki koşullar, izlenen politikalar ve örgütsel yapı kaynaklı olabilmektedir. Çalışma yerlerinde başarı değerlemesinin çelişkili ve yanlış olması, adaletsiz denetim, çelişkili ve belirsiz

amaçlar, başarı düzeyiyle ilgili yetersiz geri bildirim, yetersiz bilgi ve iletişim, gerçekçi olmayan iş tanımları, iş gruplarını değiştirme, örgütsel kuralların katılığı, ücret eşitsizliği gibi durumlar örgütsel stres kaynağı olarak tanımlanabilir (102).

Stresin yaşam standartını düşürmenin yanı sıra, iş performansını etkileme (dikkat ve hafıza sorunları), iş kazaları, işe katılımda azalma gibi performansa dönük etkileri bulunmaktadır (103). Uzun vadede stresin kardiyovasküler rahatsızlıklara sebep olduğu ve kardiyovasküler rahatsızlıkları olan kişilerde mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir. Kanser ve stres ilişkili yapılan çalışmalar stres ve hastalık başlangıcı arasında kesin bir bağlantı kuramamakla birlikte genel olarak, stresin kanserin ilerlemesini ve nüksünü, hastalığın başlangıcından daha fazla etkilediğine inanılmaktadır (104).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra kişide ortaya çıkan, yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık ile kendini gösteren bir sendromdur (81,92).

Akut ruhsal sendromlar ve travmatik olaylar arasındaki ilişki yaklaşık 200 yıldır bilinmekle birlikte Eski Asur askerlerinde TSSB belirtiler M.Ö. 1300-600 yazılı kaynaklar kullanılarak tespit edilmiştir. Evlerine dönmelerine izin verilmeden önce üç yıllık bir savaş rotasyonundan geçirilen askerlerin, sivil yaşamlarıyla uzlaşmada büyük zorluklarla karşı karşıya kaldıkları bildirilmiştir (105). Amerikan iç savaşından sonra da travma ilişkili sendromlarla ilgili gözlemler belgelenmiştir. Başta Sigmund Freud'un aralarında bulunduğu psikanalizin erken dönem yazarları nöroz ve travma arasında bir ilişki olduğuna vurgu yapmışlardır. Her iki dünya savaşlarında gözlemlenen "savaş yorgunluğu", "şarapnel şaşkınlığı" ve "asker kalbi" gibi durumlar travma sonrası görülen ruhsal durumlara ilginin artmasına sebep olmuştur. Nazi katliamına verilen ruhsal tepkilerin giderek artan oranda belgelenmesi travma ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin kabul görmesine katkı sağlamıştır (85). Özellikle 2. Dünya Savaşı gazilerinde yapılan gözlemler sonrası tespit edilen ruhsal durumlar ilk kez DSM-I (1952) ile "büyük stres tepkileri" başlığı altında sınıflandırılmıştır. Vietnam Savaşından sonraki tecrübeler ile nihayet DSM-III'te ilk kez travma kavramı kullanılmış ve TSSB tanımlanmıştır. 2013 yılında DSM-5'te gidilen değişikliklerle

beraber TSSB “koru” kökenli bir tanı olmaktan ziyade anhedonik/disforik belirtilerle de seyredebilen, negatif bilişler, kızgınlık, dürtüsellik, kendine zarar verme davranışları gibi belirtileri olabilen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (81).

Yapılan araştırmalarda genel nüfusun üçte ikisinden fazlasının yaşamları boyunca travmaya maruz kaldığını, ortalama travmatik bir olayı yaşamanın yaygınlığı %64-90 olduğu tespit edilmesine karşılık travmaya maruz kalan kişilerin yaklaşık %10’unda TSSB geliştiği gözlenmiştir. Bazı çalışmalara göre yaşam boyu TSSB yaygınlığı %1,4-11,2 arasında bazı çalışmalar da ise yaklaşık %7 oranında bulunduğu belirtilmiştir. Hayat boyu görülme sıklığı erkeklerde %5-6, kadınlarda %10-12 olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda sebep daha çok cinsel saldırılar iken erkeklerde savaş yaşantısı, fiziksel saldırılar ve kazalardır. Travmatik olaylara maruz kalma ihtimali genç yaşlarda fazla olduğundan TSSB gençlerde daha sık izlenmektedir. TSSB daha sık olarak bekarlarda, boşanmışlarda, sosyal olarak ie kapanıklarda, alt sosyoekonomik düzeyi olanlarda, ailede depresyon öyküsü olanlarda, sosyal desteği az olanlarda, ve psikiyatrik öyküsü olanlarda daha sık izlenmektedir (81,106,107).

İsminden de anlaşılacağı üzere tetikleyici etken olarak travma TSSB oluşumunda ana etken rolündedir. Ancak travmaya maruziyetten sonra herkeste bu bozukluk görülmemektedir. Tetikleyici olayın varlığı TSSB oluşması için tek başına yeterli olmamaktadır. Travmatik olaya karşı oluşan yanıtın içerisinde aşırı korku ya da dehşet duygularının varlığı gereklidir. Kişinin olay öncesi biyopiskososyal özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Olayın bir grubun başına gelmesi ile yalnızca bir bireyin başına gelmesi bile duyguların ve tecrübelerin paylaşılabilirliği açısından sürecin gidişatını etkilemektedir. Tetikleyici etkenin kişi için öznel anlamı da oldukça önemlidir (85). TSSB, kısmen değişen korku öğreniminin neden olduğu bir iyileşme başarısızlığı olarak kavramsallaştırılır; yani, travma ile ilişkili uyaranlara karşı davranışsal tepkileri söndürmede başarısızlık olarak kabul edilmektedir. Bir travmayı takiben birçok insan sonunda, korkuda kademeli bir azalma gerçekleşirken; anılar, hatırlatıcılar veya görsel ipuçları gibi korkulu uyaranlarla y zleşebilir. Bu azalma olmadığında, insanlar sıkıntılı duygulardan kaçınmak için bilişsel ve kaçınma stratejileri geliştirme eğilimindedir (108).

Biyolojik bir perspektiften, vücudun travma öncesi durumuna geri dönememesi, TSSB’yi basit bir korku tepkisinden ayırmaktadır. Normal bir korku tepkisinde, ani

sempatik boşalma “dövüş ya da kaç” tepkisini harekete geçirir. Stres etkeninin şiddetine göre hem katekolaminlerde hem de kortizolde artış meydana gelir. Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini aracılığıyla kortikotropin salgılatıcı faktör tarafından uyarılan kortizol salınımı, sempatik aktivasyonu baskılamak ve daha fazla kortizol salınımına neden olmak için negatif bir geri besleme döngüsünde hareket eder. TSSB’li hastalarda ortam kortizol seviyeleri normalden düşüktür; bu durum, kalıcı şiddetli anksiyete tarafından HPA ekseninin inhibisyonundan kaynaklanan kronik “adrenal tükenmeye” bağlanmıştır (109).

TSSB ile ilgili beyin görüntüleme çalışmalarında en önemli bulguların başında hipokampal hacmin azalması gelmektedir. Uzun süre strese maruz kalma sonucu yüksek glukokortikoid düzeylerinin hipokampus hasarına yol açtığı, dentritik dallanmaları azalttığı ve nörogenезisi bozduğu tespit edilmiştir. TSSB’li Vietnam gazilerinde yapılan çalışmalarda sağ hipokampus hacminde kontrol grubuna nispeten azalma saptanmış olup bu hacim değişiklikleri ile kısa dönem sözel bellek korelasyon tespit edilmiştir (110). Tehlikeli uyarıların tanınması, korku cevabının düzenlenmesi ve olayların duygusal hafızası oluşumunda önemli bir limbik yapı olan amigdala incelendiğinde TSSB’li hastalarda travmayla ilişkili olmayan herhangi bir duygusal uyaranda artmış duyarlılık olduğu bildirilmiştir (111).

DSM-5’te TSSB tanısı için travmaya maruz kalma A ölçütü ile tanımlanmaktadır. Travmaya maruz kalmadan var olan semptomlar TSSB olarak değerlendirilemez. A tanı ölçütü TSSB’nin hem en temel kısmı hem de en tartışmalı kısmıdır. Stresli olayların hepsi travma olarak değerlendirilemez, diğer yandan hayatı tehdit edici olmaması TSSB olasılığını ekarte ettirmez. Travmatik olayın niteliğinden çok kişinin olayı algılayış şekli ve olaya yüklenen anlam DSM-5 ile daha çok önem kazanmıştır (81). DSM-5’e göre travma; gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma, başkalarının başına gelmiş travmatik olayları doğrudan doğruya görme ya da öğrenme sonrası ortaya çıkabilen özgül belirtilerle kendini gösterebilen bir tablo olarak tanımlanmıştır. B ölçütü “örseleyici olay(lar) sonrası başlayan ya da kötüleşen, istenç dışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan aşağıdaki herhangi beş kümeden en az birinin varlığı” şeklinde tanımlanmıştır. C tanı ölçütü kaçınma davranışlarını kapsarken, D tanı ölçütü ise travmatik olay(lar) sonrası

başlayan ya da kötüleşen travmatik olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikleri tanımlamaktadır (80,81,92).

Tükenmişlik

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre mesleki tükenmişlik, "enerji tükenmesi veya tükenme hissi; kişinin işine zihinsel olarak uzak durması veya iş ile ilgili olumsuzluk ve sinizm duyguları ile karakterize, kişinin mesleki etkinliğini azaltan işle ilgili kronik stresten kaynaklanan bir sendromdur". Tükenmişlik sağlığı etkileyebilir ve insanların sağlık hizmetlerine başvurmasının bir nedeni olabilir, ancak DSÖ tarafından tıbbi bir durum veya zihinsel bozukluk olarak sınıflandırılmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, tükenmişliğin özellikle mesleki bağlamdaki fenomenlere atıfta bulunduğunu ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için uygulanmaması gerektiğine vurgu yapmıştır (112).

Kelime kullanımı olarak (burn-out) edebi eserlerde yer almasına rağmen tükenmişlik ilk kez 1974 yılında Amerikalı psikolog Herbert Freudenberger tarafından bir dergide yayınlanan bir yazı ile literatüre girmiştir. Makale, uyuşturucu bağımlıları için ücretsiz bir klinikte gönüllü personel (kendisi dahil) hakkındaki gözlemlerine dayanıyordu. Freudenberger tükenmişliği, işin aşırı taleplerinden kaynaklanan bitkinliğin yanı sıra baş ağrısı ve uykusuzluk, "çabuk sinirlenme" ve yoğun düşünce hali gibi fiziksel semptomları içeren bir dizi semptomla karakterize etmiştir ve tanım için kronik uyuşturucu kullanımının etkilerine atıfta bulunmak için halk dilinde kullanılan bir kelime seçmiştir (113).

1976'da bir sosyal psikoloji araştırmacısı olan Christina Maslach, insan hizmetlerinde çalışanların işte duygusal uyarılma ile nasıl başa çıktıklarıyla ilgilenmeye başlamıştır. Tükenmişlik teriminin kademeli tükenme, sinizm (yani, ilgili sosyal diğer kişilere karşı olumsuz, tepkisiz bir tutum) ve meslektaşlarının bağlılığının kaybolması sürecini tanımlamak için Kaliforniyalı yoksulluk avukatları tarafından halk dilinde kullanıldığını fark etmiştir. Maslach ve çalışma arkadaşları, insani hizmet uzmanları arasında yaptıkları çalışmada görüşülen kişiler tarafından kolayca fark edildiği için bu terimi benimsemeye karar vermiştir (114). Bir bakıma tükenmişliğin klinisyen HJ Freudenberger ve araştırmacı C. Maslach tarafından neredeyse aynı anda "keşfi", tükenmişliğe sırasıyla pratik ve bilimsel bir bakış açısıyla yaklaşan iki farklı

gelişim sürecinin başlangıcını işaret etmektedir (Maslach ve ark. diğerleri 2001). İlk öncelikle değerlendirme, önleme ve tedaviye odaklanırken, ikincisi esas olarak araştırma ve teori ile ilgilidir (115).

Tükenmişlik araştırmasının kökleri, işin özünün sağlayıcı ve alıcı arasındaki ilişki olduğu bakım verme ve hizmet mesleklerinde yatmaktadır. Tükenmişlik kavramının ortaya çıkışının 1960'ların Amerika'daki daha geniş sosyal, ekonomik ve kültürel gelişmeleri ile ilişkili olduğu tartışılmıştır. İnsan hizmetleri sektöründe tükenmişliğin ortaya çıkmasına üç spesifik gelişme katkıda bulunmuş olabilir: ilk olarak, 1960'ların başlarından itibaren, ABD'deki “Yoksulluğa Karşı Savaş”, idealist olarak motive olmuş gençlerin insan hizmetleri mesleklerine büyük bir akışına yol açmıştır. Ancak, on yıl kadar yoksulluğu ortadan kaldırmak için mücadele ettikten sonra, kendilerini giderek daha fazla hayal kırıklığına uğramış bulan genç kesimin hüsrana uğramış idealizmleri, tükenmişlik deneyiminin tanımlayıcı bir niteliği olarak ve yavaş yavaş umutsuzluğa ve sinizme dönüşmüştür.

İkinci olarak, 1950'lerden itibaren büyük devlet ve hükümetlerin bir sonucu olarak insan hizmetlerindeki hızlı profesyonelleşme ve bürokratikleşme küçük ölçekli geleneksel hizmet sektörünü, resmileştirilmiş iş tanımlarıyla büyük modern organizasyonlara dönüştürmüştür. Bu açıdan bakıldığında tükenmişlik, modern mesleklerin profesyonelleştirilmesi için ödenen bedeli temsil etmektedir.

Son olarak, 1960'ların kültür devrimi toplumda doktorların, hemşirelerin, öğretmenlerin, sosyal hizmet görevlilerinin ve polis memurlarının mesleki otoritesini önemli ölçüde zayıflatmıştır. Bu profesyonellerin geleneksel prestiji artık verili olarak kabul edilmezken; her zamankinden daha güçlü ve talepkar alıcılar geçmişte olduğundan çok daha fazla hizmet talep eder olmuşlardır. Sonuç olarak, alıcıların bakım, hizmet, empati ve şefkat talepleri yoğunlaşmış, sosyal mübadele perspektifinden bakıldığında, profesyonellerin çabaları ile tanınma ve minnettarlık açısından aldıkları ödüller arasındaki tutarsızlık büyümüştür. Bu 'karşılıksızlık' durumunun tükenmişliği beslediği bilinmektedir (116).

Tükenmişliğin farklı çalışmacılar tarafından yapılandırılmış modelleri olmakla birlikte Christina Maslach tarafından geliştirilen model günümüzde en çok kabul gören modeldir. Christina Maslach, tükenmişliği 3 kategoriye ayırmış ve bunları duygusal tükenme, duyarsızlaşma (müşterilere, öğrencilere, müşterilere veya meslektaşlarına

mesafeli ve/veya alaycı bir şekilde davranma) ve işle ilgili kişisel başarı duygularının azalması olarak tanımlamıştır. Maslach'a göre tükenmişlik, işi nedeniyle yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve insanlarla sürekli yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bıkkınlık, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara olan olumsuz tutumları içine alan bir psikolojik sendromdur (114).

Maslach ve Jackson (1981) duygusal tükenmeyi, “çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleri” olarak tanımlamaktadır. Duygusal tükenme, tükenmişlik kavramının başlangıç evresini oluşturmaktadır. Duygusal tükenme, çalışma koşullarında kişiden artan beklentiler nedeniyle ortaya çıkmaktadır ve bu artan iş yükünün getirdiği stres sonucunda kişinin duygusal ve fiziksel olarak aşırı yorgun, bitkin ve yıpranmış hissetmesi şeklinde tanımlanır. Duygusal tükenmişlikle başlayan tükenmişlik yaşayan kişi eskisi gibi verimli olmadığını düşünür, işle ilgili sorumluluğunda azalma yaşar, işte ve sosyal çevresinde diğer kişilerle iletişimini asgari seviyede tutmaya başlar (117–120).

İkinci aşama olan duyarsızlaşmayı Maslach “hizmet sunulan kişilere yönelik uzak, katı ve hatta insancıl olmayan bir yanıt” şeklinde tanımlamaktadır. Maslach'a göre tükenmişliğin en problemlili evresi olan duyarsızlaşma evresinde kişi kendi dışındaki insanların hislerine karşı soğuk, ilgisiz, isteksiz ve kayıtsız kalır; çevresindeki insanlara umursamaz, mesafeli hatta insancıl olmayan tutum ve davranışlarda bulunabilir. Duyarsızlaşma evresindeki birey kendinde diğer insanların ihtiyaçlarına cevap verebilecek gücü bulamadığı için, insani ilişkilerini ve bu ilişkilerde gösterdiği ilgi ve alakayı minimum seviyeye indirir. Karşısındaki insanları özne konumundan nesne konumuna indirir, duygusal yatırımını tamamen çeker, ve etrafındaki insanlarla ilişkisini mekanik bir ilişkiye dönüştürür (118–120).

Kişisel başarısızlık evresinde kişi kendisini işinde yetersiz ve başarısız hissetmektedir. Bireyin kendi hakkında yaşadığı iş, olay ve durum karşısında yetersiz ve başarısız olarak algılaması gibi olumsuz duygular kendi özsaygısını yitirmesine, kendisini suçlamasına ve hatta depresyona girmesine neden olur. Süreçte kendini yetersiz hissetmesi, işinde ilerleme kaydetmediğini, hatta gerilediğini, harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve çevresinde bir etki meydana getirmediğini düşünmesine yol açar. Bu olumsuz duygular motivasyonun azalmasına ve sonuçta

başarabileceği ya da gerçekleştirebileceği eylemleri yapamamaya ve tıpkı depresyonda olduğu gibi davranışsal retardasyona sebep olarak yeni bir işe koyulmaktan kaçınmaya yol açacaktır (118–120).

İş tükenmişliğinin karakteristik belirtileri arasında yaratıcılık kaybı, işe bağlılığın azalması, çeşitli iş bileşenlerinden uzaklaşma, fiziksel ve duygusal rahatsızlıklar, kendine ve hizmet alanlara karşı uygun olmayan tutumlar ve genel bir yıpranmışlık hissi yer almaktadır. Çalışanlar artan düzeyde tükenmişlik yaşarken, farkında olmadan kendilerine, iş arkadaşlarına, hizmet alanlara ve/veya kuruluşa zarar verebilirler. Araştırmacılar, tükenmişlik yaşayan çalışanların işe gelmeme, düşük üretkenlik gösterme ve kurumdan ayrılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Tükenmişlik ayrıca duygusal sorumluluk, bilişsel katılık, kişilerarası sinizm, artan sinirlilik, depresyon, kaygı, yorgunluk ve uykusuzluk, özgüven azalması ve bozulan sosyal ve aile etkileşimleri gibi zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarıyla da bağlantılıdır (121).

Tükenmişlik sağlıkla karmaşık bir ilişki örüntüsüne sahiptir, çünkü kötü sağlık tükenmişliğe katkıda bulunur ve tükenmişlik de kötü sağlığa katkıda bulunur. Üç tükenmişlik boyutundan tükenme, bilinegelen bir stres değişkenine en yakın olanıdır ve bu nedenle stresle ilişkili sağlık sonuçlarını diğer iki boyuttan daha fazla tahmin eder. Tükenme tipik olarak baş ağrıları, kronik yorgunluk, gastrointestinal bozukluklar, kas gerginliği, hipertansiyon, soğuk algınlığı/grip atakları ve uyku bozuklukları gibi stres semptomları ile ilişkilidir. Bu fizyolojik bağıntılar, diğer uzun süreli stres endeksleriyle bulunanları yansıtır. Tükenmişlik ve madde bağımlılığı arasındaki bağlantı için paralel bulgular bulunmuştur. Ayrıca tükenmişlik ile kardiyovasküler hastalıklar ve ruhsal hastalıklar arasında da ilişki olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (122).

Tükenmişlik kavramının ortaya çıkışından itibaren, kavramın depresyonla ilişkisi sürekli gündemde olmuştur. Tükenmişlik kavramı 1970'lerde ilk kez önerildiğinde, bunun belirgin bir şekilde farklı bir fenomen olmadığı, daha çok zaten bilinen bir durum için yeni bir etiket olduğu, yani “yeni şışede eski şarap” olduğu yönünde tartışmalar ortaya çıkmıştır. Örneğin, bir psikanalitik bakış açısı, tükenmişliğin ne iş stresinden ne de depresyondan ayırt edilemediğini, ancak ideallerin peşinde koşarken narsisistik doyuma ulaşmadaki başarısızlığı temsil ettiğini

savunmuştur. Bu eleştirilerin bir sonucu olarak, sonraki araştırmalar genellikle tükenmişliğin bu diğer fenomenlerden ayırt edilip edilemeyeceğini değerlendirerek ayırt edici geçerliliğini test etmeye odaklanmıştır. Pek çok araştırmanın sonuçları, tükenmişliğin gerçekten de ayrı bir yapı olduğunu ortaya koymuştur (123).

Tükenmişliğe etki eden faktörleri incelediğimizde bunlardan ilki kişisel etmenlerdir. Yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikler de dahil olmak üzere çeşitli bireysel faktörler iş tükenmişliği ile ilişkilendirilmiştir. Bu ilişki iş tecrübesi ile karıştırılsa da iş tükenmişliği daha genç yaş gruplarında daha olasıdır. Dolayısıyla tükenmişlik, kişinin kariyerinin ilk aşamalarında daha yaygın görünmektedir. Bekarlar, bekar olmayanlara göre daha yüksek düzeyde iş tükenmişliği yaşarlar. Yüksek eğitilmiş kişilerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksektir, ancak bu onların daha yüksek sorumluluk ve stres düzeylerinden kaynaklanabilir. Tükenmişlik, özellikle dışsal bir kontrol odağı olan kişilerde (örneğin, olayları başkaları veya şanslı suçlayanlarda), düşük düzeyde dayanıklılık (örneğin, günlük aktivitelere düşük katılım ve değişime karşı düşük açıklık), düşük benlik saygısı ve kaçınan başa çıkma stili olan kişilerde yüksektir. Tükenme boyutu, yüksek düzeyde rekabet, zaman baskısı olan yaşam tarzı ve düşmanlık sergileyen A tipi kişilik düzeyi yüksek bireylerle bağlantılı görünmektedir. İş tutumları, insanların işyerinin talepleriyle nasıl başa çıktıklarını da etkiler. Örneğin, işlerinden gerçekçi olmayan veya idealist beklentileri olan bireyler, tükenmişlik açısından yüksek risk altındadır.

Tükenmişliğe etki eden diğer faktör ise iş ile ilgili (iş, işyeri, işveren, örgüt vb.) faktördür. Tükenmişlikle bağlantılı iş özellikleri, aşırı iş yükü, iş talepleri, zaman baskısı, rol çatışması ve rol belirsizliğini içerir. Rol çatışması, bireyin işin çatışan taleplerini çözmesi gerektiğinde ortaya çıkarken, rol belirsizliği, iş görevlerinin nasıl gerçekleştirileceği konusunda yetersiz bilgi olduğu durumları ifade eder. Kontrol ve bilgi sorunları da önemli faktörlerdir: Karar verme sürecine çok az katılan veya özerkliği olmayan kişilerin tükenmişlik yaşamaları özellikle olasıdır. Denetçilerden ve meslektaşlardan gelen sosyal destek eksikliği de iş tükenmişliğini öngörmektedir. Yoğun bir duygusal düzeyde danışanlarla ilgilenmesi beklenen bakıcılık, öğretmenlik, hemşirelik gibi mesleklerde çalışıyor olmak tükenmişlik semptomlarıyla yakından ilişkilidir. Çalışanlara sunulan kariyer fırsatları, ücret ve iş güvenliğine kıyasla beklenen çaba, beceri ve esneklik arasındaki uçurumun artması gün geçtikçe daha da

kötüleştirmektedir. Psikolojik sözleşme ihlalleri tükenmişliğe neden olabilir çünkü karşılıklılık kavramı çalışanların refahı için esastır (121).

Tükenmişlik kavramı Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. Atlantik Okyanusu'nu geçerken tükenmişliğin anlamı değişmiş ve yavaş yavaş psikolojik bir fenomenden tıbbi bir teşhise doğru genişlemiştir. Bu, özellikle İsveç ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde oldu ve sosyal güvenlik sistemlerinin işleyiş şekliyle ilgili olup bu ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri, tükenmişlikten mustarip çalışanlar için hastalık ve iş göremezlik maaşlarını kapsamaktadır. Bu anlamda, bu sosyal güvenlik sistemleri, iş stresi ve işteki psikososyal risklerin tazmini konusunda yaygın olarak benimsenen sosyal değerleri yansıtmaktadır. ABD'nin (ve diğer birçok Avrupa ülkesinin) aksine, İsveç ve Hollanda, çalışanların işyerindeki stresine karşı duyarlı olma ve bunun olumsuz etkilerini telafi etme konusunda uzun bir geleneğe sahiptir. İsveç veya Hollanda'da tükenmiş bir çalışan sadece bir tıp uzmanı tarafından resmi olarak teşhis edildiğinde (hastalık izni veya maluliyet ödemeleri şeklinde) mali tazminat almaya hak kazanır. Bu nedenle tıp uzmanı, resmi olarak onaylanmış tanı kriterlerini kullanarak bir kapı bekçisi olarak hareket eder. Tükenmişlik durumunda sorun tam olarak bu tür kriterlerin olmamasıdır. Tükenmişlik DSM-5'e dahil değildir. ICD-10'da (Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması), tükenmişlik (kod Z73.0) 'yaşam yönetimi zorluğu ile ilgili sorunlar' kategorisine yerleştirilir ve daha fazla ayrıntıya girilmeden, gevşek bir şekilde 'hayati tükenme durumu' olarak tanımlanır. Bu, tıp uzmanları tarafından yorumlanması için çok yer bırakır. Bu nedenle, tükenmişliğin, mağdurları maddi tazminat almaya uygun kılan bir zihinsel durum olarak değerlendirilmesi gerekiyorsa, belirli tanı kriterleri geliştirilmelidir (116).

İş Tatmini

Erik Erikson tarafından Childhood and Society kitabında Sigmund Freud'a atfedilen ve normal bir insanın hangi konuda iyi olması gerektiği sorulduğunda verilen yanıt “sevmek ve çalışmak” olmuştur (80). Psikolog Abraham Maslow “İnsanın yaşayabileceği en iyi kader, onun başına gelebilecek en büyük şans, çok sevdiği bir işi yaparken aynı zamanda o işten maddi kazanç sağlamasıdır” demiştir.

İş doyumu ilk kez 1920'lerde bahse konu olmuş, asıl önemini ise 1930'lu ve 1940'lı yıllarda kazanmıştır. Konunun önemli olmasının pek çok nedeni olmakla

birlikte başlıca neden insanı sebeplerdir. İş insan hayatında önemli bir yer kaplamaktadır ve iş doyumunu insanların fiziksel ve ruhsal durumlarıyla doğrudan ilintilidir. İş doyumunu ile üretkenlik arasında doğrudan bir sebep sonuç ilişkisi kurulamamakla birlikte, iş doyumsuzluğunun yarattığı stres dolaylı yoldan olsa da üretkenlik üzerinde etkisini göstermektedir (124).

İş tatmini konusunda pek çok tanımlama getirilmiştir. Hoppock, iş tatminini, bir kişinin işinden gerçekten memnun olduğunu söylemesine neden olan psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşulların herhangi bir kombinasyonu olarak tanımlamıştır. Bu yaklaşıma göre, iş tatmini birçok dış faktörün etkisi altında olmasına rağmen, çalışanın nasıl hissettiğiyle ilgili içsel bir şey olarak kalır.

Vroom, iş tatmini konusundaki tanımında, çalışanın işyerindeki rolüne odaklanır. Bu nedenle iş tatminini, bireylerin halihazırda meşgul oldukları iş rollerine yönelik duygusal yönelimleri olarak tanımlar. İş tatminiyle ilgili en sık atıf yapılan tanımlardan biri, iş tatmininin insanların işleri ve işin çeşitli yönleri hakkında nasıl hissettikleri ile ilgili olduğuna göre Spector tarafından yapılan tanımdır. Bu, insanların işlerini ne ölçüde sevip sevmedikleriyle ilgilidir. Bu nedenle, herhangi bir çalışma durumunda iş tatmini ve iş tatminsizliği ortaya çıkabilir. İş tatmini, çalışanın işteki becerebilme ve başarı duygusudur. Genel olarak, kişisel refah kadar üretkenlikle de doğrudan bağlantılı olarak algılanır. İş tatmini, kişinin keyif aldığı bir işi yapması, o işi iyi yapması ve çabalarının karşılığını alması anlamına gelir. İş tatmini ayrıca kişinin işine karşı coşku ve mutluluğu ifade eder. İş tatmini, tanınmaya, gelire, terfiye ve doyum hissine yol açan diğer hedeflerin gerçekleştirilmesine yol açan kilit unsurdur (125).

Toplumun refah seviyesi, çalışanların işlerinde üst seviyede bir tatmin sağlamasıyla alakalıdır. Çalışanların günlük zamanının 1/3'ü iş yerinde geçmektedir. İş yerindeki doyunluğu yüksek seviyede olan bir çalışan, işe karşı olumlu bir tutum içerisinde bulunmaktadır. İşe karşı doyumunu düşük seviyede olan bir çalışansa, işe karşı olumsuz yönde tutum sergilemektedir (126). Bu durumda çalışanda işten bıkmaya, işe gitmeme isteği, işi bırakma, devamsızlık yapma gibi istenmeyen davranışlar görülebilir. İş doyumsuzluğu çalışanlarda psikosomatik kökenli birçok hastalığa zemin hazırlamakta olup, sigara, alkol alışkanlıkları, uykusuzluk gibi bireysel sorunların

yanında saldırganlaşma, kuruma karşı yabancılaşma ve benzer olumsuz etkilere sebep olabilir (127).

Örgütte çalışanların iş doyumunun sağlanması; işe bağlılığının artmasını, devamsızlığın azalmasını, işgücü verimliliğinde artışı, mutlu ve sağlıklı çalışanları, çalışanların yetenek ve yaratıcılıklarını ortaya koymalarını ve daha kolay güdülenmelerini sağlar. İş doyumsuzluğu ise çalışanlarda işe karşı ilgisizlik, işe sık devamsızlık yapma, iş şikâyetlerinde artış, iş gücü verimliliği ve güdülenme eksikliğini beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri gibi, verilen hizmetin kişisel olduğu ve yoğun çabayı gerektirdiği hizmet örgütlerinde etkililiğin sağlanabilmesi için çalışanlar arasında yüksek bir doyum düzeyi gerekli görülmektedir. İş doyumunu yüksek olan kişiler ile düşük olan kişiler arasında davranış farklılıkları olduğu saptanmıştır. İş doyumunu yüksek olan kişilerin işe güdülenmesi ve verdikleri hizmetin kalitesi yükselmektedir. Sağlık görevlileri çalışma ortamı içindeki durumlarından hoşnut olduklarında enerjilerini hasta bakım kalitesini artırma yönünde yoğunlaştırmaktadır (128).

İş doyumunu etkileyen faktörler iki ana başlıkta toplanacak olursa bunlar bireysel faktörler ve kurumsal faktörlerdir. İş doyumunu; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, kıdem gibi bireysel faktörler ve çalışma ortamı, ücret, işin niteliği, terfi olanağı gibi örgütsel faktörlerden etkilenmektedir.

Yaş ve iş doyumunu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bireylerin yaşlandıkça, işlerinden aldıkları doyumda artar. Bunun nedeninin, deneyimlerinin güçlenmesinden kaynaklanan uyum artışı olduğu söylenebilir. Genç çalışanların, işten beklentilerinin yüksek olması, onların doyumsuzluğa kapılma olasılıklarını artırmaktadır.

Cinsiyet faktörü açısından iş doyumunu araştırmaları incelendiğinde iş doyumunu açısından kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır. Kadınların sosyal hayatta erkeklere nispeten daha fazla sorumlulukları olduğundan genel geçer teamül iş seçiminde sorumluluk ve iş yükü daha az işleri tercih etmelerinde iş tatmin düzeylerindeki farklılıklara sebep olduğunu söyleyen çalışmalar olmakla birlikte yakın zamanlı çalışmalarda belirgin bir fark saptanmamıştır.

Medeni durumun iş doyumunu pozitif yönlü etkileyen bir değişken olduğu kabul edilmektedir. Evliliğin kişilere daha düzenli bir yaşam sağladığı, bu açıdan iş doyumunu arttırdığı düşünülmektedir (124,128).

Kendine güvenen, öz benlik duygusunu gerçekleştiren çalışanların daha çok doyum sağladıkları bildirilmektedir. Araştırmalar kendini gerçekleştirme düzeyine ulaşan bir çalışanın işe daha çok değer verdiği, başarıya daha çok güdülendiği, daha yüksek sorumluluk almaya istekli, adil yükselmeye daha çok inandığı, övülmeye, onaylanmaya daha az gereksinme duyduğu eleştiriden daha az etkilendiği, işi ile ilgili çatışmaya daha az düştüğü ve daha az uyum mekanizmalarına başvurduğu göstermiştir (124).

Toplumun iş hakkındaki düşüncesi iş doyumuna doğrudan etki etmektedir. Her toplumsal yapılarda farklı işler farklı değer yargılarına tabi olduğundan iş hakkındaki kanaatler de değişebilmektedir. Bir iş ne derece farklı türde beceriler gerektiriyorsa kişiye o derece doyum verecektir. Aynı türde, çok fazla uzmanlık gerektirmeyen, kolay öğrenilebilen ve sürekli tekrarlanan becerilerin kullanıldığı işlerde çalışanlar genellikle işlerinden daha az doyum sağlamaktadırlar. Bir çalışan, işin ne kadar büyük bölümünden sorumluyorsa işinden alacağı doyum da o kadar fazla olacaktır. Çalışanların başarıma arzuları, başarılarını görme ve gösterme eğilimleri vardır. Zihinsel olarak zor olan bir iş çalışan tarafından başarıyorsa ve çevre bu başarıyı fark ediyorsa çalışan üst düzeyde doyum bulacaktır. İşin yürütülmesi sırasında bilgi ve beceriler kazanma, var olan bilgi ve yetenekleri kullanma olanağı, işin çeşitliliği, otonomi, işi yapma ile duyulan başarı hissi, istenilen düzeyde iş yükü, işin saygınlığı gibi boyutlar iş doyumunu üzerinde etkili olan faktörlerdir. Diğer yandan çok fazla çeşitliliği olan işler de kişi üzerinde aşırı uyarılma etkisi yaparak, psikolojik yüklenmeye neden olmakta ve tükenmeye yol açabilmektedir.

İş doyumunun temel faktörlerinin birisi de ücrettir. Çalışan işe karşı tutumunu, aldığı ücretin yeterliliği, alması gerekene oranla normalliyi ve ihtiyaçlarını karşılama derecesi belirleyecektir. Çalışan çalıştığı işyerinin uyguladığı ücret sistemi ve terfi politikasının adil ve beklentilerine uygun olmasını istemektedir. Ücret işin kişiden istediklerine, bireyin yeteneğine ve toplumun ekonomik yapısına göre adil ise çalışanın işine karşı tutumu olumlu olacaktır. Alınan ücretin iş doyumunu açısından diğer kişilere göre dengeli olması yüksek olmasından daha önemlidir. Araştırmalar ücretlerin çalışanlar için çok önemli olduğunu göstermektedir. Çalışanların iş doyumunun sağlanmasında, çalışanın bireysel ve görev özellikleri ile elde ettiği ücret

arasında bir dengenin olması ve bu dengenin çalışan tarafından algılanması önemli rol oynamaktadır (124,129).

İş tatmini etkileyen faktörlerin aksi durumlar iş tatminsizliğine yol açmaktadır. Yani çalışan kişi, yaptığı işten ve iş yerinde bulunan ortamdan isteklerini karşılayamadığı durumda, iş doyumunu sağlayamaz. İş tatminsizliği de çalışanın çalışma isteğini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu durumda işe olan bağlılığının azalmasına ve isteğe bağlı olarak işten ayrılmaların artmasına neden olmaktadır. İş doyumunun sağlanamadığı durumlarda işten ayrılma oranlarının yükseldiği, işe çok fazla devamsızlık yapıldığı, işe yabancılaşmanın başladığı, stres, küskünlük ve çatışmalarda artışın olduğu, toplu iş bırakmaların arttığı, fiziksel ve zihin sağlığının bozulmaya başladığı bildirilmiştir (59).

Salgınların sağlık çalışanları üzerine ruhsal etkileri daha önceki küresel çapta olmayan salgınlardan tecrübe edilmiştir (70). SARS salgınının göstermiş olduğu üzere sağlık çalışanlarının %18-57'sinde önemli duygusal sıkıntı yaşadığı ve en çok bildirilen stresör faktörler arasında karantina, bulaşma korkusu, ailelerine bulaştırma korkusu, artan iş stresi, kişiler arası izolasyon, toplumda algılanan damgalama, uzman olmayan kişilerin bulaşıcı hastalık işlerinde çalıştırılması olduğu gösterilmiştir (71). Yine pandemi ile yapılan çalışmalarda özellikle ön saflarda çalışan hekimlerde tükenmişliğin artış gösterdiği bunun fiziksel sebepleri olduğu kadar, ruhsal sebeplerinin de belirgin olduğu saptanmıştır. Ayrıca süreçte ön safta çalışan hekimlerin yeteri kadar “karşılıklık” ilkesi gereği emeğinin karşılığını alamadığından iş doyumlarının azaldığı, yeniden görevlendirme ile hekimlerin yetersizlik duyguları yaşadıkları ve yaptıkları işten tatminlerinin azaldığı tüm bunların da verilen sağlık hizmetinin kalitesine etkileri olabileceği bilinmektedir (75–78).

Tüm bu veriler ışığında hekimlerin pandemi sürecinde görev tanımlarına göre; pandemi ile çalışan hekimlerin süreçte pandemi ilişkili depresif belirtiler, kaygı belirtileri, stres belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, tükenmişlik alanlarında ve mesleki doyumlarında farklı düzeyde etkilenim görülebileceği; deneyim ve görevlendirme gibi faktörlerin ruhsal belirtiler üzerinde önemli faktörler olduğu söylenebilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma grupların karşılaştırıldığı klinik bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Araştırma 01 Kasım 2020-18 Ocak 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örnekleme, Denizli ili sınırları içinde çalışan uzman hekim ve uzmanlık eğitimi almakta olan araştırma görevlileri oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarına çevrim içi anket formu gönderilmiş, gönüllü katılımcılar tarafından eksiksiz şekilde doldurulan anket formları çalışmaya kabul edilmiştir. Çevrim içi anket linki 712 kişiye ulaşmış olup 403 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcılardan 2'si sağlık çalışanı olmadığı için, biri pandemi döneminden önce emekli olduğunu belirttiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 320 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır. Pandemi başından itibaren primer olarak COVID-19 pozitif hasta takibi yapan enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve yoğun bakım ve pediatri hekimleri çok riskli, görevlendirme ile pandemi servislerinde (traj, servis fiyasyon...vb) çalışan hekimler orta riskli, pandemi boyunca rutin görevlerine devam eden hekimler ise az riskli gruba dahil edilmiştir.

ETİK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 25.06.2020 tarihli ve 60116787-020/37883 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmış, COVID-19 ile ilgili Sağlık Bakanlığı ilgili biriminden mail ile onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sağlık çalışanları tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21) Ölçeği, Minnesota Doyum Ölçeği (MDÖ),

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Belirtileri Kontrol Listesi (TKL-5) uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Bu formda katılımcıların, uzmanlık alanı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kronik bir rahatsızlığı olup olmadığı, pandemi sürecinde son 3 ay içerisinde herhangi bir pandemi biriminde (triyaaj, COVID-19 servisi, COVID-19 yoğun bakım...) çalışıp çalışmadığı, şüpheli veya pozitif hasta ile karşılaşmış olup olmadığı, karantina durumu olup olmadığı, sigara kullanımı, koruyucu ekipmanlarla ilgili kanaati ile ilgili sorular yer almaktadır.

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği 1995 yılında Lovibond ve arkadaşları tarafından duygudurumun 3 parametresini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (130). 42 madde ve 4'lü Likert tipine (0=Hiç bana uygun değil, 3=Bana tamamen uygun) dayalı olarak geliştirilen ölçeğin, 21 maddelik kısa formu Antony, Bieling, Cox, Enns ve Swinson (1998) tarafından oluşturulmuş ve DASÖ-21'in de geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır (131). Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlaması Yıldırım, Boysan ve Kefeli (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir (132). Toplam 21 maddeden oluşan DASÖ-21, depresyon, anksiyete ve stres alt değerlendirmelerinin her biri için yedişer maddeyi içermektedir. Maddelere verilen yanıtlar 0 (hiçbir zaman), 1 (bazen ve ara sıra), 2 (oldukça sık), ve 3 (her zaman) şeklinde puanlanmaktadır (130). Bireyin depresyon bölümünden ≥ 5 , anksiyete bölümünden ≥ 4 ve stres bölümünden ≥ 8 puan alması ilişkili alanlarda probleme sahip olduğunu göstermektedir (133).

Minnesota Doyum Ölçeği

Minnesota Doyum Ölçeği (MDÖ) 1967 yılında Weiss, Davis, England, Lofquist tarafından geliştirilmiştir (134). Kısa versiyonu 20 maddeden oluşmakta olup, bu ölçekteki maddelerin karşılığı olarak; Hiç memnun değilim: 1 puan, memnun değilim: 2 puan, kararsızım: 3 puan, memnunum: 4 puan, çok memnunum: 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Kısa versiyonu genel iş doyumunu ölçmekle birlikte 20 ila 100

puan arasında puan alınabilmektedir. 25 puanın altı düşük iş doyumu, 26-74 puan arası normal iş doyumu, 75 puan ve üzeri ise yüksek iş doyumu olarak değerlendirilmektedir (135). Baycan tarafından 1985 yılında Türkçe'ye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (136).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) her biri 5 basamaklı yanıtlardan oluşan (1: hiçbir zaman, 2 yılda birkaç kez, 3 ayda birkaç kez, 4 haftada birkaç kez, 5 her gün) 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB), duyarsızlaşma (DUY) olmak üzere üç alt boyutu vardır. DT ve DUY boyutları olumsuz, KB boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve DUY puanlarının daha yüksek, KB puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir. Türkçe uyarlaması Ergin tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması Çapri tarafından yapılmıştır (137)

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TKL-5) , katılımcıların kendisinin doldurduğu likert tipi 5 seçenekli (0:hiç; 4:aşırı) oluşan bir ölçektir (138). Ölçek, çok stresli/travmatik bir olay deneyimlemiş bireylerin son bir ay içerisinde o olayla ilgili olarak yaşadıkları belirtilerden ne derece rahatsız olduklarını belirlemeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların TSSB'nin DSM-5'te TSSB tanısı için "bireyin ölüm veya ölüm tehdidi ya da cinsel şiddet içeren bir olayla karşılaşmış olması" (A) kriteri hariç; yeniden yaşantılama (B), kaçınma (C), biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D) ve aşırı uyarılmışlık (E) semptom kümelerine dair soruları yanıtladığı TKL-5'te puanlar 0 ile 80 arasında değişmekte olup kesme puanı 33 olarak ifade edilmektedir. DSM-5 için revize edilmiş formu Bovin ve ark tarafından geçerlilik güvenilirliği gösterilmiş olup, Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Boysan tarafından yapılmıştır (139) (140).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler SPSS 25.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilecektir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir.

BULGULAR

HEKİMLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Branş ve risk grupları

Araştırmaya temel tıp branşlarından katılım olmazken; en çok katılım %10,6 ile (n=34) pediatri bölümünden, en az katılım ise %0.9 ile (n=3) ile radyoloji bölümünden olmuştur (Tablo 1). Hekimlerin %28,8'i çok riskli, %34,1'i orta riskli, %37,2'si az riskli kategoriye dahil edilmiştir (Tablo 2).

Branş	n	%
Genel cerrahi	15	4,7
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	13	4,1
Ortopedi ve travmatoloji	11	3,4
Göz hastalıkları	13	4,1
Dahiliye	31	9,7
Üroloji	5	1,6
Kulak-burun-boğaz	14	4,4
Psikiyatri	18	5,6
Pediatri	34	10,6
Nöroloji	12	3,8
Enfeksiyon hastalıkları	13	4,1
Anestezi	30	9,4
Göğüs hastalıkları	17	5,3
Ailehek	26	8,1
Dermatoloji	13	4,1
Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları	14	4,4
Kadın doğum ve hastalıkları	15	4,7
Beyin cerrahisi	3	,9
Plastik cerrahi	14	4,4
Radyoloji	3	,9
Kardiyoloji	6	1,9
Total	320	100,0

Tablo 1. Hekimlerin Branşlara Göre Dağılımı

Tablo 2. Hekimlerin Risk Gruplarına Göre Dağılımları

Risk	n	%
çok riskli	92	28,8
az riskli	119	37,2
orta riskli	109	34,1
Total	320	100,0

Yaş

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması 36.59 ± 7.59 yıl (min:24, maks:64) olarak tespit edilmiştir.

Cinsiyet

Araştırmaya katılan hekimlerin %83,4'ü (n=267) kadın, %16,6'sı (n=53) erkek olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Hekimlerin Cinsiyetleri

Cinsiyet	n	%
kadın	267	83,4
erkek	53	16,6
Total	320	100,0

Medeni Durum

Araştırmaya katılan hekimlerin %73,4'ü (n=235) evli, %21,3'ü (n=68) bekar, %5,3'ü (n=17) ise boşanmış olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin medeni durumları

Medeni durum	n	%
Evli	235	73,4
Bekar	68	21,3
Boşanmış	17	5,3
Total	320	100,0

Ek Hastalık Durumu

Araştırmaya katılan hekimlerin %23,1’inde (n=74) ek hastalık bulunurken, %76,9’unda (n=246) ek hastalık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin Ek Hastalık Durumları

Ek hastalık	n	%
var	74	23,1
yok	246	76,9
Total	320	100,0

Birlikte Yaşanılan Kişiler

Katılımcıların %16,9’u (n=54) yalnız yaşarken, %83,1’i (n=266) en az bir kişi ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 6).

Sigara İçme

Araştırmaya katılan hekimlerin %17,5’i (n=56) sigara içiyorken, %82,5’i (n=264) şu anda sigara kullanmadığını bildirmiştir.

Tablo 6. Hekimlerin Birlikte Yaşadığı Kişiler

Kiminle Yaşıyor	n	%
Yalnız	54	16,9
Anne-baba	24	7,5
Eş	49	15,3
Eş ve çocuk	172	53,8
Diğer	21	6,6
Total	320	100,0

HEKİMLERİN SALGIN SÜRECİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ

COVID-19 Deneyimleri

Araştırmaya katılan hekimlerin %92,5’i (n=296) COVID-19 şüphesi olan hasta ile karşılaştığını bildirirken, %85,9’u (n=275) COVID-19 pozitif hasta ile

karşılaştığını bildirmiştir (Tablo 7). Katılımcıların %35'i (n=112) karantina dönemi geçirdiği tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 7. Hekimlerin Temas Durumları

Temas	n	%
COVID-19 pozitif temas	296	92,5
COVID-19 şüpheli temas	275	85,9

Tablo 8. Hekimlerin Karantina Durumları

Karantina	n	%
Evet	112	35,0
Hayır	208	65,0
Total	320	100,0

Ekipman Durumu

Katılımcıların %10,6'sı (n=34) çalıştığı yerdeki koruyucu ekipmanları yetersiz bulurken; %50'si (n=160) kısmen, %39,4'ü (n=126) ise çalışma yerlerindeki koruyucu ekipmanları yeterli olduğunu bildirmiştir.

ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Depresyon Alt Ölçeği

Hekimlerin DASÖ-21 ölçeğinin depresyon alt ölçeğinde ortalama puan 9.13 ± 5.39 (0-21) olarak saptanmıştır. Kesme değeri göz önüne alındığında katılımcıların %76,3'ü (n=244) depresyon açısından anlamlı bulunmuştur.

Anksiyete Alt Ölçeği

Çalışmadaki hekimlerin DASÖ-21 ölçeğinde anksiyete alt ölçeği ortalama puanı 6.75 ± 4.84 (0-21) olarak tespit edilmiştir. Kesme değeri göz önüne alındığında katılımcıların %67,5'i (n=216) anksiyete açısından anlamlı bulunmuştur.

Stres Alt Ölçeği

Katılımcıların DASÖ-21 ölçeğinde stres alt ölçeği ortalama puanı 10.2 ± 5.16 (0-23) olarak bulunmuştur. Kesme değeri göz önüne alındığında katılımcıların %66,9'u (n=214) stres açısından anlamlı bulunmuştur.

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği ile Sosyodemografik Veriler Arasındaki İlişki

Kadın katılımcıların depresyon (p=0,024), stres (p=0,002) alt ölçek puanları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek saptanırken, anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı fark (p=0,099) bulunamamıştır (Tablo 9). Kesme değerleri göz önüne alındığından cinsiyet ile depresyon (p<0,05), anksiyete (p<0,05) ve stres (p<0,05) varlığı/yokluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo10).

Tablo 9. Cinsiyete Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Cinsiyet	
		Kadın (n=267)	Erkek (n=53)
Depresyon	Ort+ss (min-max) Med	9,41±5,29 (0-21) 9	7,69±5,67 (0-21) 7
		z= -2,264 p*= 0,024	
Anksiyete	Ort+ss (min-max) Med	6,92±4,81 (0-20) 7	5,84±4,94 (0-21) 4
		z= -1,651 p*= 0,099	
Stres	Ort+ss (min-max) Med	10,58± 5,10 (0-23) 11	8,24±5,01 (0-21) 8
		t= 3,059 df= 318 p** = 0,002	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p <0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median.

**t-test kullanılmıştır

Tablo 10. Cinsiyet ile depresyon, anksiyete, stres ilişkisi

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Cinsiyet n (%)		p
		Kadın	Erkek	
Depresyon	Var	211 (%86,5)	33 (%13,5)	0,009*
	Yok	56 (%73,7)	20 (%26,3)	
Anksiyete	Var	188 (%87)	28 (%13)	0,013*
	Yok	79 (%76)	25 (%24)	
Stres	Var	186 (%86,9)	28 (%13,1)	0,017*
	Yok	81 (%76,4)	25 (%23,6)	

*Ki-Kare testi

Katılımcıların medeni durumları ile depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların medeni durumları ile depresyon, anksiyete, stres varlığı/yokluğu arasında anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların ek hastalık durumları ile depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hekimlerde ek hastalık varlığı/yokluğu ile depresyon, anksiyete, stres varlığı/yokluğu arasında anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

Katılımcılar, birlikte yaşadığı kişiler açısından değerlendirildiğinde depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında ($p>0,05$) anlamlılık saptanmamıştır. Aynı şekilde kesme değerleri göz önüne alındığında depresyon, anksiyete, stres varlığı/yokluğu arasında anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

Katılımcılar COVID-19 şüpheli teması ile depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. COVID-19 pozitif teması olanların olmayanlara göre ise sadece depresyon alt ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11), fakat depresyon, anksiyete, stres varlığı/yokluğu arasında anlamlılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 11. COVID-19 pozitif temas Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları

DASÖ-21 Ort+ss (min-max)Med	COVID-19 pozitif temas	
	Var (n=275)	Yok (n=45)
Depresyon	9,39 ± 5,42 (0-21) 9,0	7,51 ± 4,89 (0-21) 6
	z = -2,168 p* = 0,030	
Anksiyete	6,74±4,85 (0-21) 7	6,80±4,82 (0-20) 6
	z = -0,098 p* = 0,922	
Stres	10,17±5,19 (0-23) 10	10,35±4,96 (2-21) 10
	t= -0,218 df= 318 p** =0,828	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p <0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median.** T-test kullanılmıştır.

Hekimlerin karantina durumları ile depresyon ve stres alt ölçekleri puanları arasında anlamlı sonuç bulunmamışken, karantina deneyimi yaşayan hekimlerin anksiyete alt ölçeği karantina deneyimi yaşamamış hekimlere göre anlamlı derece yüksek (p*= 0,024) saptanmıştır (Tablo 12). Karantina yaşayıp yaşamama durumu ile anksiyete varlığı/yokluğu arasında anlamlılık (p<0,05) bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 12. Karantina Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Anksiyete Puanları

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Karantina	
		Var (n=112)	Yok (n=208)
Anksiyete	Ort+ss (min-max) Med	7,56±4,88 (0-21) 7	6,31±4,77 (0-20) 6
		z= -2,264 p* = 0,024	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p <0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median.** T-test kullanılmıştır.

Tablo 13. Karantina durumu ile Anksiyete ilişkisi

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Karantina		p**
		Var n (%)	Yok n (%)	
Anksiyete	Var	84 (%38,4)	132 (%61,1)	0,036
	Yok	28 (%26,9)	76 (%73,1)	

** Pearson Ki-Kare testi

Hekimlerin sigara içip içmemesi ile depresyon, anksiyete, stres alt ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların sigara içip içmemesi ile depresyon ($p>0,05$), anksiyete ($p>0,05$) ve stres ($p>0,05$) varlığı/yokluğu arasında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$ Pearson Ki-Kare).

Katılımcıların çalışma yerlerindeki koruyucu ekipmanları yeterli bulup bulmadığı ile depresyon ($p^*=0,761$), anksiyete ($p^*=0,715$), stres ($p^*=0,775$), alt ölçekleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır (*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır). Hekimlerin koruyucu ekipmanları yeterli bulup bulmadığı ile depresyon ($p>0,05$), anksiyete ($p>0,05$) ve stres ($p>0,05$) varlığı/yokluğu arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$ Pearson Ki-Kare).

Hekimlerin risk gruplarına göre DASÖ-21 ölçek puanları incelendiğinde çok riskli grubun depresyon alt ölçeği puanları az riskli ($p<0,001$) ve orta riskli ($p<0,001$) gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca orta riskli grubun depresyon alt ölçeği puanları az riskli ($p<0,001$) gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Hem çok riskli hem de orta riskli grubun anksiyete alt ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$). Çok riskli ve orta riskli gruplar arasında anksiyete alt ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Stres alt ölçeği puanları kıyaslanacak olursa hem çok hem de orta riskli grubun puanları az riskli gruptan anlamlı olarak yüksek tespit edilirken ($p<0,001$), çok riskli ve orta riskli gruplar arasında stres alt ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,191$) (Tablo 14).

Risk grupları ile depresyon varlığı/yokluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca risk grupları arasında anksiyete varlığı/yokluğu ($p<0,001$) ve stres varlığı/yokluğu ($p<0,001$) arasında anlamlılık saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 14. Risk Gruplarına Göre Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği Puanları

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Risk		
		Çok Riskli (n=92)	Orta Riskli (n=109)	Az Riskli (n=119)
D	Ort+ss (min-max)Med	14,47±3,92 (0-21) 15	9,39±4,12 (0-21) 10	4,74±3,05 (0-16) 4
		p1<0,001	p2<0,001	p3<0,001
A	Ort+ss (min-max)Med	8,78±4,93 (0-21) 9	8,87±4,28 (0-21) 9	3,23±2,83 (0-13) 3
		p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001
S	Ort+ss (min-max)Med	12,92±4,87 (0-21) 13	11,63±4,68 (0-23) 12	6,78±3,75 (0-16) 7
		p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median. D: Depresyon, A: Anksiyete, S: Stres. p1:ÇR-OR, p2:ÇR-AR, p3:OR-AR (ÇR:Çok Riskli, OR:Orta Riskli, AR:Az Riskli)

Tablo 15. Risk Grupları ile Depresyon, Anksiyete, Stres İlişkisi

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği		Risk Grubu			p**
		Çok Riskli	Orta Riskli	Az Riskli	
Depresyon	Var	89 (%36,5)	96 (%39,3)	59 (%24,2)	<0,001
	Yok	3 (%3,9)	13 (%17,1)	60 (%78,9)	
Anksiyete	Var	73 (%33,8)	99 (%45,8)	44 (%20,4)	
	Yok	19 (%18,3)	10 (%9,6)	75 (%72,1)	
Stres	Var	77 (%36,0)	90 (%42,1)	47 (%22)	
	Yok	15 (%14,2)	19 (%17,9)	72 (%67,9)	

**Pearson Ki-Kare

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Kontrol Listesi

Hekimlerin DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (TKL-5) ortalama puan 33.46 ± 17.41 (0-80) olarak saptanmıştır. Kesme değeri 33 olarak alındığında katılımcıların %49,06'sı (n=157) Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından anlamlı bulunmuştur.

Risk grupları açısından orta riskli grup TKL-5 puanları hem çok riskli gruptan ($p < 0,001$) hem de az riskli gruptan ($p < 0,001$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca çok riskli grup puanları az riskli gruptan anlamlı olarak ($p < 0,001$) yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Risk Grupları TKL-5 puanları

TKL-5	Risk Grubu		
	Çok Riskli	Orta Riskli	Az Riskli
Ort+ss (min-max)Med	35±13,14 (5-80) 35	47±14,41 (4-80) 48	19,87±11,75 (0-58) 18
p	p1<0,001	p2<0,001	p3<0,001

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median. p1:ÇR-OR, p2:ÇR-AR, p3:OR-AR (ÇR:Çok Riskli, OR:Orta Riskli, AR:Az Riskli)

Cinsiyetlere göre bakılacak olduğunda kadınların TKL-5 puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Cinsiyete göre TKL-5 puanları

TKL-5	Cinsiyet n (%)		t=2,150 df=318 p=0,032
	Kadın	Erkek	
Ort+ss (min-max)Med	34,38±16,94 (1-76) 34	28,79±19,07 (0-80) 27	

Medeni durumlar, ek hastalık durumu, COVID-19 teması, birlikte yaşadığı kişiler, ekipman yeterliliğine bakış açısından tek tek bakıldığında TKL-5 puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Karantina süreci yaşamış katılımcıların TKL-5 puanları yaşamamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Karantina Durumuna göre TKL-5 puanları

TKL-5	Karantina		Z=-2,264 p*=0,029
	Var (n=112)	Yok (n=208)	
Ort+ss (min-max)Med	39,50±16,66 (5-80) 39,5	31,90±17,63 (0-76) 30,50	

*Mann-Whitney U testi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Hekimlerin Duygusal Tükenme alt ölçeği ortalama puanı 31.62 ± 7.96 (12-45) olarak saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt ölçeği için ortalama puan 12.81 ± 4.39 (5-24) olarak saptanırken Kişisel Başarı alt ölçeği ortalama puanı 30.21 ± 5.03 (15-40) olarak tespit edilmiştir.

Çok riskli ($p<0,001$) ve orta riskli ($p<0,001$) grupların ayrı ayrı duygusal tükenme alt ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuşken, çok riskli grupta orta risk grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Çok riskli ($p<0,001$) ve orta riskli ($p<0,001$) grupları ayrı ayrı duyarsızlaşma alt ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuşken, çok riskli grupta orta risk grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Çok riskli ($p<0,001$) ve orta riskli ($p<0,001$) grupları ayrı ayrı kişisel başarı alt ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuşken, çok riskli grupta orta risk grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Risk Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları

Maslach Tükenmişlik Ölçeği		Risk		
		Çok Riskli (n=92)	Orta Riskli (n=109)	Az Riskli (n=119)
DT	Ort+ss (min-max)Med	35,51±6,56 (19-45) 36	33,56±7,50 (14-45) 33	26,82±6,94 (12-45) 25
	p	p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001
DUY	Ort+ss (min-max)Med	14,10±4,30 (5-24) 14	14,13±4,36 (6-24) 13	10,57±3,50 (5-22) 10
	p	p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001
KB	Ort+ss (min-max)Med	28,98±4,92 (16-39) 29	29,49±4,68 (15-40) 29	31,80±5,03 (18-40) 33
	p	p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. DT: Duygusal Tükenme, DUY: Duyarsızlaşma, KB: Kişisel Başarı ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median. p1:ÇR-OR, p2:ÇR-AR, p3:OR-AR (ÇR:Çok Riskli, OR:Orta Riskli, AR:Az Riskli)

Cinsiyetler arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Minnesota İş Doyum Ölçeği

Hekimlerin Minnesota İş Doyum Ölçeği ortalama puanı 59.81 ± 14.5 (20-98) olarak saptanmıştır. Kesme değerleri göz önüne alındığında katılımcıların %1,9'u (n=6) düşük düzey iş doyumuna, %81,3'ü (n=260) orta düzey iş doyumuna, %16,9'u (n=54) yüksek düzey iş doyumuna sahip saptanmıştır.

İş doyumunu yüksek saptananların %11,1'i (n=6) çok riskli, %16,7'si (n=9) orta riskli, %72,2'si (n=39) az riskli grupta yer almaktadır. İş doyumunu düşük-orta saptananların %32,3'ü (n=86) çok riskli, %37,6'sı (n=100) orta riskli, %30,1'i (n=80) az riskli grupta yer almaktadır. Risk grupları ile iş doyumunun yüksek ya da orta-düşük olması arasında anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,001$)

Çok riskli grubun iş doyum ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuşken ($p < 0,001$), orta riskli grup ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Orta riskli grubun iş doyum ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 20).

Cinsiyetler arasında iş doyum ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Risk Gruplarına Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Puanları

Minnesota İş Doyum Ölçeği	Risk Grubu		
	Çok Riskli	Orta Riskli	Az Riskli
Ort+ss (min-max)Med	56,06±13,08 (27-87) 56	55,45±14,65 (20-93) 56	66,69±12,78 (25-98) 68
p	p1>0,05	p2<0,001	p3<0,001

*ANOVA testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median. p1:ÇR-OR, p2:ÇR-AR, p3:OR-AR (ÇR:Çok Riskli, OR:Orta Riskli, AR:Az Riskli)

Tablo 21. Risk Gruplarının Ölçek Puanları

Ölçekler Ort+ss (min-max)Med	Risk		
	Çok Riskli (n=92)	Orta Riskli (n=109)	Az Riskli (n=119)
D	14,47±3,92 (0-21) 15	9,39±4,12 (0-21) 10	4,74±3,05 (0-16) 4
A	8,78±4,93 (0-21) 9	8,87±4,28 (0-21) 9	3,23±2,83 (0-13) 3
S	12,92±4,87 (0-21) 13	11,63±4,68 (0-23) 12	6,78±3,75 (0-16) 7
TKL-5	35±13,14 (5-80) 35	47±14,41 (4-80) 48	19,87±11,75 (0-58) 18
DT	35,51±6,56 (19-45) 36	33,56±7,50 (14-45) 33	26,82±6,94 (12-45) 25
DUY	14,10±4,30 (5-24) 14	14,13±4,36 (6-24) 13	10,57±3,50 (5-22) 10
KB	28,98±4,92 (16-39) 29	29,49±4,68 (15-40) 29	31,80±5,03 (18-40) 33
MDÖ	56,06±13,08 (27-87) 56	55,45±14,65 (20-93) 56	66,69±12,78 (25-98) 68

ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median.

Risk Gruplarının Ölçek Puanları

Risk gruplarının yapılan ölçeklerden aldıkları puanların kıyaslaması Tablo 21'deki gibidir.

Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf, duygusal tükenme alt ölçeği puanı arasında aynı yönde orta, TKL-5 ölçeği puanı arasında aynı yönde orta derece korelasyon saptanırken; Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt ölçeği arasında zıt yönde zayıf, Minnesota İş Doyum Ölçeği arasında zıt yönde orta derece korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puanı ile TKL-5 puanı arasında aynı yönde orta, Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt ölçeği puanı arasında aynı yönde orta, duyarsızlaşma alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf korelasyon saptanırken; kişisel başarı alt ölçeği puanı arasında zıt yönde çok zayıf, Minnesota İş Doyum Ölçeği puanı arasında zıt yönde zayıf korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

DASÖ-21 stres alt ölçeği puanı ile TKL-5 puanı arasında aynı yönde orta, duygusal tükenme alt ölçeği puanı arasında aynı yönde orta, duyarsızlaşma alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf korelasyon saptanırken; kişisel başarı alt ölçeği puanı arasında zıt yönde zayıf, iş doyum ölçeği puanı arasında zıt yönde orta korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

TKL-5 puanı ile duygusal tükenme alt ölçeği puanı arasında aynı yönde orta, duyarsızlaşma alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf korelasyon saptanırken; kişisel başarı alt ölçeği puanı arasında zıt yönde çok zayıf, iş doyum ölçeği puanı arasında zıt yönde orta korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt ölçeği puanı ile duyarsızlaşma alt ölçeği puanı arasında aynı yönde orta korelasyon saptanmışken; iş doyum ölçeği puanı arasında zıt yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt ölçeği puanı ile iş doyum ölçeği puanı arasında zıt yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt ölçeği puanı ile iş doyum ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf derecede korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Yaş ile sadece Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt ölçeği puanı ile zıt yönde çok zayıf korelasyon saptanmıştır.

		DASÖ-21 D	DASÖ-21 A	DASÖ-21 S	TKL-5	MTÖ DT	MTÖ DUY	MTÖ KB	MDÖ	Yaş
DASÖ-21 D	r	1,000	,629**	,728**	,578**	,592**	,376**	-,218**	-,407**	,013
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,823
DASÖ-21 A	r		1,000	,781**	,650**	,525**	,369**	-,122*	-,333**	,044
	p			,000	,000	,000	,000	,029	,000	,431
DASÖ-21 S	r			1,000	,638**	,589**	,383**	-,225**	-,402**	,010
	p				,000	,000	,000	,000	,000	,852
TKL-5	r				1,000	,536**	,393**	-,189**	-,412**	,023
	p					,000	,000	,001	,000	,679
MTÖ DT	r					1,000	,597**	-,251**	-,658**	-,132
	p						,000	,000	,000	,018
MTÖ DUY	r						1,000	-,304**	-,435**	-,104
	p							,000	,000	,062
MTÖ KB	r							1,000	,354**	,055
	p								,000	,328
MDÖ	r								1,000	,054
	p									,335
Yaş	r									1,000
	p									

Tablo 22. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

TARTIŞMA

KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya 214'ü kadın, 53'ü erkek olmak üzere 267 hekim katılmıştır. Hekimler risk gruplarına göre ayrıldığında çok riskli grupta 92 (74 kadın, 18 erkek), orta riskli grupta 109 (90 kadın, 19 erkek), az riskli grupta ise 119 (103 kadın 16 erkek) hekim bulunmaktadır. Çin'de yapılan ve pandemi sürecinde sağlık çalışmalarının psikolojik etkilerini inceleyen bir çalışmada kadın katılımcı oranı %67,2 saptanmıştır. Kadınların çalışmaya katılımında erkeklere göre daha istekli olması daha önceki benzer çalışmalarda kadın katılımcıların depresyon ve anksiyete skorlarının daha yüksek çıkması ve daha fazla psikolojik yardıma ihtiyacı olduklarını fark etmelerine bağlanmıştır (141). Bizim çalışmamızda da benzer olarak kadın katılımcı sayısı erkeklerden yüksekti. Bulgularımızda kadınların depresyon anksiyete, stres ve travma sonrası stres bozukluğu açısından daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak önceki çalışmada olduğu gibi kadın katılımcıların çalışmayı bir öz bildirim ihtiyacı ve imkânı olarak görmüş olabileceği söylenebilir.

DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES

Çalışmamızda DASÖ-21 ölçeğinde depresyon alt ölçeği puan ortalaması 9 olarak saptanırken, kesme değeri göz önüne alınırsa katılımcıların %76,3'ü depresyon açısından anlamlı bulunmuştur. Anksiyete alt ölçeği puan ortalaması 6.75 saptanırken kesme değerine göre katılımcıların %67,5'i anksiyete açısından anlamlı bulunmuştur. Stres alt ölçeği puan ortalaması 10,2 olarak bulunurken, kesme değerine göre hekimlerin %66,9'u stres açısından anlamlı bulunmuştur. Türkiye'de yapılan ve DASÖ-21 kullanılan bir çalışmada katılımcıların 64.7%'si depresyon semptomları, % 51,6'sı anksiyete semptomları, %41,2'si ise stres belirtileri gösterdiği bulunmuştur (142). Hindistan'da yapılan ve genel popülasyonla karşılaştırma yapılmış bir çalışmada, DASÖ-21 ölçeğine göre hekimlerde %41,27 depresyon (toplumda %30,76 saptanmıştır), %40,56 oranında anksiyete (toplumda % 26,57 olarak saptanmıştır) ve % 38,46 oranında stres (toplumda %24,48 olarak saptanmıştır) saptanmıştır (143).

Çalışmamızda hekimlerin genel toplumla kıyaslanması yapılmamıştır. Ancak katılımcıların çoğunluğunda anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin kesme puanlarının üzerinde olması hekimlerin bu parametreler açısından etkilenimlerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda depresyon ve stres alt ölçeği puanları kadın hekimlerde erkek hekimlere göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Ölçeğin kesme değerleri göz önüne alındığında depresyon, anksiyete, stres varlığı/yokluğu ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Depresyon kadınlarda hayat boyu erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha sık görülmekteyken anksiyete bozuklukları ise 1,5-2 kat daha sık görülmektedir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu prevalansındaki cinsiyet farkı biyolojik (anatomik farklar, hormonal faktörler gibi...), mikro ve makro düzeydeki çevresel faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çevresel faktörler arasında iş hayatındaki maruz kaldıkları cinsiyet ayrımcılığı, iş yaşamları dışındaki sosyal hayatlarında almak zorunda bırakıldıkları (ev idaresi, çocuk yetiştirme gibi...) sorumluluklar sayılabilir (144–146). Türkiye’de yapılan, tüm sağlık çalışanlarının alındığı ve DASÖ-21 kullanılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının anksiyete puanları erkeklerden daha yüksek saptanmıştır (147). Yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada kadın olmak, bekar olmak alt ölçeklerde daha yüksek skorlarla ilişkili bulunmuştur (142). Çin’de yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon skorları ile cinsiyet arasında benzer farklar saptanmıştır (141). Bizim sonuçlarımız da kadın sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres açısından erkeklere göre daha fazla risk altında olduklarını desteklemektedir.

Kendisi karantina yaşamış hekimlerin anksiyete puanları karantina süreci yaşamamış hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır. İspanya’da yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, sağlık çalışanlarında karantina sırasında akut stres, uzun süreli depresif, travma sonrası stres, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanım bildirilmiştir. Sağlık çalışanları enfeksiyondan kendileri için değil, daha çok sevdikleri için korktuklarını ve ailelerini özellikle de çocuklarını etkileyebilecek damgalanma konusunda endişe duyduklarını ifade etmişlerdir (148). Karantina etkilerinin incelendiği bir hızlı gözden geçirmede, karantina sürecinde oluşan psikolojik etkilerin karantina süresi, enfeksiyon korkusu, can sıkıntısı, yetersiz sarf malzemesi temini (gıda gibi temel ihtiyaçlar), damgalanma ve finansal kayıp ile ilişkili olduğu

bildirilmiştir. Özellikle sağlık çalışanlarında karantinaya alınma kalan ekibe daha çok iş yükü bıraktığı düşüncesine sebep olabileceği, bu yüzden özellikle meslektaşları tarafından desteklendiklerini hissetmelerinin önemli olduğu vurgulanmıştır (58). Hekimlerin hastalığın ciddiyetine hâkim bir bilgi birikimine sahip olması (solunum sıkıntısı, ateş, öksürük, hatta ölüm gibi) ve süreçte izolasyon sebebiyle kendilerini yalnız hissetmeleri kaygılanmalarına yol açmış olabilir. Ayrıca kendilerine yardımcı olabilecek iş arkadaşlarının da çoğunlukla sağlık çalışanı olması yardım arama motivasyonlarını azaltmış olabilir.

COVID-19 pozitif temaslı hekimlerin depresyon alt ölçekleri puanları teması olmayan hekimlere göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. SARS salgını sırasında Kanada’da yapılan normal popülasyonda web tabanlı bir çalışmada SARS teşhisi konan biriyle tanışma veya doğrudan maruz kalma travma sonrası stres ve depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (59). Çin’de COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerine etkisine bakan bir çalışmada, tanı koyma aşamasında ön safta çalışan ve tanı konmuş hastalarla ilgilenen sağlık çalışanlarında (kadın ve hemşireler başta olmak üzere) depresif ve kaygı semptomlarında artış saptanmıştır (149). Tıpkı karantina süreci ile benzer şekilde hastalık hakkında bilgili olmak temas sonrası depresif semptomların artmasına sebep olmuş olabilir. Ayrıca meslekleri gereği, her ne kadar risk grupları arasında farklılık olsa da pozitif hastalarla maruziyetin sürekli olması depresif belirtilere katkı sağlamış olabilir.

Risk grubu ne olursa olsun katılımcıların %85,9 u COVID-19 pozitif teması olsa da risk gruplarını bu temasların süreğenliği bakımından ele aldığımızda depresyon alt ölçeği puanları risk arttıkça artış göstermiştir. Anksiyete ve stres açısından çok riskli ve orta riskli grup arasında anlamlı fark saptanmazken, her ikisi birlikte az riskli gruptan anlamlı olarak yüksek ölçek puanlarına sahip bulunmuştur. Çin’de yapılan 1257 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada doğrudan tanı koyma, tedavi ve takip aşamasında çalışan (bizim çalışmamızda çok riskli ve orta riskli gruba tekabül ediyor diyebiliriz.) sağlık çalışanları (doktor, hemşire) daha fazla depresif, anksiyete, stres ve uykusuzluk belirtileri gösterdiği saptanmıştır (149). İspanya’da yapılan bir sistematik derlemede pandemi sırasında ön safta yer alan sağlık çalışanlarında orta ve yüksek düzeyde stres, anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu ve tükenmişlik bildirilmiş, ancak yaşa göre kesin sonuçlar vermemiştir. Ön safta yer alan sağlık çalışanlarında geriye

kalanlara göre daha yüksek düzeyde psikolojik etkilenmişlik saptamıştır (150). Rümeyya Yeni Elbay ve ark. yaptığı çalışmada ön saflardaki çalışanlarda daha yüksek DASÖ-21 toplam puanları ile haftalık çalışma saatlerinin artması, bakılan COVID-19 hastalarının sayısının artması, akranlardan ve süpervizörlerden daha düşük destek, daha düşük lojistik destek ve COVID-19 ile ilgili görevler sırasında yeterlilik ile ilgili endişeler gibi faktörler ilişkili olduğu tespit edilmiştir (142). COVID-19 ile maruziyetin stres ve anksiyete puanlarında artışa sebep olabileceği beklenen bir sonuçtur. Özellikle çok riskli grubun pandeminin başından beri iş yükünün ciddi oranda artmış olması, rotasyonlarda değişiklik yapılması ve izinlerinin kısıtlanması; görevlendirme ile çalışan hekimlerin rutinlerinin bozulup bilgi birikimi daha az olduğu servislerde görevlendirilmesi bütün bu sonuçlara katkı sağlamış olabilir. Çok riskli ve orta riskli grubun kaygı ve stres alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmazken, depresif belirtiler alt ölçeğinin çok riskli grupta anlamlı olarak yüksek çıkması muhtemel bu gruptaki hekimlerin branşları gereği pandeminin başından beri hem daha yoğun çalışmaları hem de maruziyetlerinin fazla olmalarıyla açıklanabilir. Çok riskli grup başından beri pandemi ile doğrudan muhatap olurken, görevlendirmelerin belirli periyot ve sürelerde yapılıyor olması, orta riskli gruptaki hekimlerin en azından bir süre stresörden uzak kalabilmesiyle depresif belirtiler açısından koruyucu etki göstermiş olabilir.

TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ

Çalışmamızda TKL-5 ortalama puan 33,46 olarak saptanmıştır. Kesme değeri 33 olarak alındığında katılımcıların %49,06'sında travma sonrası stres bozukluğu belirtileri açısından anlamlılık bulunmuştur. 2003 yılındaki SARS salgınından 3 yıl sonra yapılan bir çalışmada, Pekin'de hastane çalışanlarının yaklaşık %10'u (549'dan 55'i) yüksek derecede travma sonrası stres semptomları göstermiş olup ve bunlar SARS ile maruziyet, karantina ve bir akraba veya arkadaşın SARS'a yakalanması ile güçlü bir şekilde bağlantılı bulunmuştur (151). SARS salgını sonrası başka bir çalışmada, Singapur'daki SARS salgınından iki ay sonra sağlık çalışanlarının yaklaşık %20'si (661 kişiden 127'si) TSSB kriterlerine sahip bulunmuştur (152). 1.800 sağlık çalışanının katıldığı MERS salgınının ilk aşamalarında ve bir ay sonra psikolojik etkiyi

değerlendiren bir çalışmada, MERS ile ilgili görevleri gerçekleştirenler daha fazla TTSB semptomları gösterdiği tespit edilmiştir. TTSB semptomları açısından en riskli dönemi 1 ay sonrası olarak tespit edilmiştir; ayrıca ilginç bir şekilde bu risk evde karantinadan sonra bile artmıştır. Evde karantinaya alınan sağlık çalışanları karantinaya alınmayanlara göre daha kötü uyku ve daha yüksek derecede uyuşukluk yaşadığı gösterilmiştir (153). 1.379 sağlık çalışanıyla yapılan bir İtalyan çalışması COVID-19 pandemisi sırasında, genel pratisyenlerin diğer sağlık çalışanlarına göre TTSB'ye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Katılımcıların % 49,38'i TTSB açısından anlamlı bulunurken, ön saflarda çalışmak, bir meslektaşın enfekte olması, hastaneye yatırılması TTSB ile ilişkili bulunulmuştur (154). İtalya'da yoğun COVID-19 açısından yoğun bir bölgede yapılan bir çalışmada TTSB belirtileri gösterenlerin oranı %53.8 saptanmıştır (155). Çalışmamızda da özellikle ön saflarda çalışan hekimlerde (çok riskli ve orta riskli gruplar) travma sonrası stres belirtilerinin yüksek çıkması önceki çalışmalarla uyumludur. Bilinmeyen bir süreç ve bu sürecin başından itibaren hayatı tehdit eden bir hastalık etmeniyle karşı karşıya kalınmış olması, meslektaşlarının ve yakınlarının kaybı hekimler açısından travmatize edici bir sürece yol açmış olabilir. Çalışmamızın Denizli ilinin COVID-19 açısından en yoğun olduğu dönemlerde yapılmış olması sonuçlarımıza yansımış ve travma belirtilerinin yüksek çıkmasında rol oynamış olabilir. Pandeminin travma sonrası stres belirtileri üzerine etkileri süre geçtikçe tekrarlayan takip çalışmalarıyla daha açık ortaya konulabilir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların travma sonrası stres belirtileri erkek katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Salgınlarda yapılan çalışmaların derlendiği bir makalede, COVID-19 ile ilgili yakın tarihli bir çalışma kadın sağlık çalışanları için daha yüksek bir risk rapor edilirken, SARS'tan etkilenen üçüncü basamak bir hastanede 1257 sağlık çalışanını kapsayan bir çalışma, erkekler arasında TSSB riskinin arttığını bulmuştur (156). İtalya'da sağlık çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada kadın katılımcıları daha fazla TSSB belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (155). Bulgularımız cinsiyet farklılıklarıyla ilgili olarak, hem genel popülasyonda hem de sağlık çalışanlarında kadınlarda erkeklerden daha yüksek TSSB prevalansı gösteren önceki çalışmalarla uyumludur (157). Tıpkı DASÖ-21 ile elde edilen verilerde olduğu gibi kadın rolünün algılanışı kadın hekimlerde daha fazla travmaya duyarlılığa sebep

olmuş olabilir. Araştırmalar, geleneksel cinsiyet rollerini (erkeklerin kadınlardan daha fazla sosyal güce sahip olduğunu) vurgulayan topluluklarda TSSB insidansının kadınlarda daha belirgin olduğu, bu durum kadınların duygusal olarak daha savunmasız hissetmelerine bağlanmıştır. Yakın tarihli araştırmalar, kadınların stresli veya tehdit edici durumlara karşı olağan "dövüş ya da kaç" tepkisi yerine, görünüşe göre "yönel ve arkadaş ol" ifadesini kullandığını bulmuştur. Yönelim, etrafındaki insanlarla ilgilenmeyi içerirken, arkadaşlık, sıkıntıdan kurtulmak için etraflarındaki insanlara ulaşma sürecidir. Kadınların sorunlu zamanlarda (örneğin travmatik olaylar) başkalarının desteğine güvendiği düşünöldüğünde, sosyal ağları ihtiyaç duydukları desteği vermediğinde veya kendilerini reddedilmiş ve terk edilmiş hissettiklerinde TSSB semptomlarını yaşamaya daha duyarlı hale geliyor olabilir. Kadınların bakımveren rolünü daha fazla üstlenmeleri, ailesine (çocukları ve COVID-19 açasından yüksek riskli olan yaşlılarla) hastalık bulaştırma korkularını daha yüksek yaşamalarına ve travma sonrası stres belirtilerini daha fazla yaşamalarına yol açmış olabilir.

Karantina durumu travma sonrası stres belirtilerini etkileyen başka bir etmendir. Karantina süreci geçirmiş hekimlerde travma sonrası stres düzeyleri karantina süreci geçirmemiş hekimlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bulgularımız MERS ile ilgili yapılan daha önceki çalışmalarda karantina sürecinin TSSB semptomlarında artışa sebep olduğu ile ilgili sonuçlarla uyumludur (153). Doğu Tayvan'da bir hastanede 338 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada SARS salgını sırasında, sağlık çalışanlarının %5'inin akut stres bozukluğundan muzdarip olduğunu ve karantinanın en sık ilişkili faktör olduğunu ve %20'sinin hastane işleri nedeniyle mahallelerinde damgalanmış ve reddedilmiş hissettiği bulunmuştur (158). Kanada'da 2003 yılında SARS salgını sırasında karantinanın psikolojik etkilerini inceleyen bir araştırmada sağlık çalışanı olmayanlarla karşılaştırıldığında, sağlık çalışanları önemli ölçüde karantina gerekçesini doğru anlamıştı, daha uyumluydu, daha fazla damgalanma hissetti, kaçınma davranışları sergiledikleri ve psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri gösterilmiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarının çoğu karantinaya alındığından genel toplumda sağlık çalışanları ile kıyaslanmış olmakla beraber sağlık çalışanlarının daha fazla TSSB bulguları göstermesi muhtemel hastalık hakkında bilgilerinden dolayı (hastalığın seyri, mortalitesi, hastalıktan ölen kişilere maruziyet)

SARS hastalarıyla yakın temasın bir sonucu olarak daha büyük kişisel risk algılamalarına bağlanmıştır. Sonuç olarak karantinaya alınan sağlık çalışanlarına özel dikkat gösterilmesi, sürenin mümkün olduğu kadar kısa tutulması, yeterli desteğin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır (61). Karantina, hastalığın gidişatına tanıklık etmiş ve bu konuda bilgisi olan hekimlerde travma sonrası stres belirtilerinde artışa sebep olmuş olabilir. Süreçte yalnız kalınma, yetersiz destek, yaşadığı yerdeki diğer insanlar tarafından damgalanma buna katkı sağlıyor olabilir.

Risk gruplarının kıyaslamasına bakıldığında, çalışmamızda beklenildiği gibi en az travma sonrası stres belirtileri az riskli grupta, en yüksek ise orta riskli grupta tespit edilmiştir. Önceki çalışmalar incelendiğinde sonuçlarımızı desteklediğini görmekteyiz. Hastalarla doğrudan maruz kalmanın TSSB semptomlarında artışa sebep olduğuna dair daha önceki salgınlardan tecrübelerimiz mevcuttur (151). COVID-19 ile ilgili İtalya’da yapılan bir çalışmada, tanılı hasta ile maruziyetin semptom artışına sebep olduğuna dair çalışmamızla paralel bulgular saptanmıştır (155). Çin’de 1257 sağlık çalışanıyla yapılan çalışmada ön saflarda yer almanın TSSB semptomlarında artışa sebep olduğunu söylemektedir (149). İtalya’da 72’si doktor 145 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada da COVID-19 hastaları ile çalışma ile TSSB semptomları arasında ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, COVID-19’un ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının hastaları hayatta tutmak için günlük bir mücadele içinde olduğu gerçeği göz önüne alındığında oldukça anlaşılabilir olduğu; ayrıca, sağlık çalışanları kendilerini sürekli olarak işyerinde güvensiz hissetmelerine neden olabilecek yüksek riskli durumlara maruz kalınması, virüsün amansız yayılması, yeterli dinlenmenin olmaması, kalıcı enfeksiyon tehdidi, iş yükü, tıbbi koruyucu ekipman eksikliği ve aileden sık sık izolasyon, akut ruh sağlığı koşulları riskinin yüksek olmasına katkıda bulunabilecek faktörler şeklinde yorumlanmaktadır. Diğer taraftan uzun vadede sağlık çalışanlarında özellikle, hastaların ve meslektaşlarının ölümü gibi travmatik olaylara uzun süre maruz kalınması, şiddetli anksiyete ve depresif semptomların yanı sıra TSSB’nin gelişmesine yol açıyor olabilir (159).

Bizim çalışmamızda çok riskli ve orta riskli gruplar arasında karşılaştırmada orta riskli grubun (yani görevlendirmeler ile COVID-19 servislerinde çalışan alan dışı hekimlerin) daha yüksek travma sonrası stres belirtilerine sahip olması üzerine konuşulması gereken bir bulgudur. Her ne kadar ön safta çalışan sağlık çalışanlarında

TSSB riskini fazla bulan araştırmalar olsa da (149), bizim bulgularımız ile paralellik gösteren çalışmalar da mevcuttur (kaynak). Çin’de yapılan bir çalışmada, genel popülasyon ile n safta çalışan ve n safta çalışmayan hemşireler karşılaştırılmış ve n safta yer almayan hemşirelerde travmatizasyonun n safta çalışanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmacılar bunu n safta çalışan personelin salgın hakkındaki bilgi birikimi ve tecubesinin fazla olması dolayısıyla psikolojik dayanıklılıklarının artmış olmasına bağlamıştır (160). Kanada’da SARS salgını ile ilgili yapılan bir çalışmada, birden fazla hastayla ilgilenmiş (yüksek riskli) sağlık çalışanlarının bir hastayla ilgilenmiş sağlık çalışanlarına nispetle daha az travmatize olduğu tespit edilmiştir. Yazarlar stresli bir duruma maruz kaldığında başarılı bir şekilde başa çıkabilmek için, bireyin stresli olayla başa çıkma konusundaki bireysel yeteneğinin gelişmesi gerektiği, enfekte olmadan defalarca maruz kalan sağlık çalışanlarının deneyimlerini arttırmış, kendi risklerini ve başkalarının riskini yönetmek için yeteneklerine olan güvenlerini gclendirmiş olabileceği, bu durumda etkili başa çıkmanın yalnızca kişisel sıkıntı düzeyini azaltmakla kalmadığı, aynı zamanda yeterlilik duygusunu da geliştirebileceği ifade edilmiştir (161). Benzer yorumlar bizim bulgularımız için de yapılabilir. Her ne kadar daha fazla depresif semptomlar gösterse de çok riskli grubun, orta riskli gruba kıyasla daha az travmatize olması bu konudaki bilgi ve deneyimlerine, süreğen çalışmayla edindikleri tecubenin koruyucu olmasına bağlanabilir. Bilgi ve tecube stresörün korku dehşet algısının azalmasında etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Pandemi boyunca tedavi edilen hastaların sayısının artması ile birlikte yaşadıkları başarı hissini de yaşanılan korkuda kademeli bir azalma gerçekleşmesine sebep olduğu düşünülebilir. Orta riskli grubun beklenmedik bir şekilde alan dışı tecubesiz oldukları bir konuda hiyerarşinin ve rol karmaşasının olduğu bir durumda kalmaları ve çok riskli gruba nispeten bilgi birikimi ve tecubelerinin daha az olması mevcut durumun bir korku ve dehşet olarak algılanmasına sebep olmuş ve travmatizasyonun artmasında katkı sağlamış olabilir. Görevlendirmelerin dönem dönem ve kısa sürelerle olmasından dolayı başarı hissini yeterince yaşantılamaması da korku duygusunun azalmasına engel olduğu söylenbilir.

TÜKENMİŞLİK

Çalışmamızda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçekleri açısından çok ve orta riskli gruplar arasında farklılık yokken her iki grubun az riskli gruptan yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı söylenebilir. Kişisel başarı alt ölçeğine bakılırsa çok riskli ve orta riskli grupları ayrı ayrı kişisel başarı alt ölçeği puanları az riskli gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuşken, çok riskli grupla orta risk grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçlarımız COVID-19 servislerinde çalışıyor olmanın (hem primer hem de görevlendirme ile) hekimlerde tükenmişlik seviyelerinde artışa sebep olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de yapılmış ve 2021 yılında yayınlanmış 406 hekim katılımlı bir çalışmada, pandemi sırasında COVID-19 ile ilgili eğitim eksikliği, kişisel koruyucu ekipman edinmede zorluk, COVID-19 ünitesinde çalışma ve mevcut psikiyatrik hastalık varlığının duygusal tükenmenin yordayıcıları arasında olduğu bulunmuştur. Kadın cinsiyet, COVID-19 eğitimi eksikliği, ekipman edinmede zorluk, COVID-19 ünitesinde çalışma ve mevcut psikiyatrik hastalık duyarsızlaşmayla ilişkili saptanmıştır (162). Wu ve ark tarafından Maslach Tükenmişlik Envanterini kullanılarak yapılan bir çalışmada, hekimlerin önemli bir bölümünün COVID-19’un ortaya çıkmasından sonra öncesine kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir (163). Farklı olarak, Ruiz-Fernández ve ark. tükenmişliği değerlendirmek için "Profesyonel Yaşam Kalitesi Anketi"ni kullanarak İspanyol sağlık uzmanları arasındaki tükenmişlik düzeylerinin sağlık krizi durumuna rağmen pandemi öncesi çalışmalara benzer kaldığını bulmuştur (164). Sonuçlardaki bu farklılığın birçok farklı nedeni olabileceği, örneğin verilerin toplandığı ay, her ülkedeki veri toplama anındaki pandeminin durumu, tükenmişliği değerlendirme yöntemi gibi sebeplere bağlı olabileceği öne sürülmektedir (165). Wu ve ark. yaptığı çalışmanın detayında bizim bulgularımızla çelişen kısım ön safta çalışan hekimlerin, rutin görevlerine devam eden hekimlerden daha az tükenmişlik yaşamaları olmuştur. Yazarlar bu “beklenmedik” sonuca ön saftaki personelin duruma hakimiyetlerinin tükenmişlikle baş etmelerinde yardımcı olması, rutinde çalışan hekimlerin kendi korunmaları ve hastalarının korunması konusundaki prosedürlere daha az hakim olmalarının tükenmişliklerini

artırabileceği, süreçte ön saftaki personelin karar verici mekanizmalarla daha yakından çalışması ve rutin çalışan hekimlerin çoğu işlerinin askıya alınmasının katkıları olabileceği şeklinde yorum yapmışlardır (163).

Literatüre baktığımız zaman bulgularımızla uyumlu çalışmaların daha çok olduğu görülmektedir. Morgantini ve ark. 2020 yılında yayınladığı 33 ülkenin katılımıyla küresel çapta bir anket çalışmasında COVID-19 testi yapılmış hastalara maruz kalan doktor örneğinin, maruz kalmayanlara kıyasla daha fazla tükenmişliğe maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Yazarlar bunu maruz kalmayan grubun daha mobil çalışıyor olmalarının etkisi olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Aynı çalışmada ülkeler arasında tükenmişlik farklarının o ülkelerin çalışma yapıldığı andaki COVID-19 trendine bağlı farklılıklara bağlı olabileceği söylenmiştir (166). Shanafelt ve ark. ABD’de pandemi döneminde çalışan hekimlerin tükenmişlik ve mesleki tatmin düzeylerini araştırdığı çalışmada ön safta yer alan hekimlerin daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını saptanmıştır (167). Aynı çalışmada tam olarak kesin değerlendirmek zor olsa da tükenmişliğin profesyonelliği aşındırabileceğini, bakım kalitesini etkileyebileceğini, tıbbi hata riskini artırabileceğini ve erken emekliliği teşvik edebileceğini öne sürülmektedir. Tükenmişliğin, kopmuş ilişkilere, sorunlu alkol kullanımına ve intihar düşüncesine katkıları da dahil olmak üzere, doktorlar için olumsuz kişisel sonuçları olduğu öne sürülmektedir (167–169).

Tükenmişliğin genel olarak COVID-19 ile ilgili çalışan hekimlerde yüksek çıkması süreçte yoğun çalışma şartları, yöneticilerden beklenen takdir ve desteğin gösterilmemesi, izinlerde kısıtlamalar, sosyal hayatta damgalanma, gerekli psikolojik takip ve desteğin sağlanamaması gibi faktörlerle ilişkilidir. Özellikle bunların yapılabildiği gelişmiş ülkelerdeki sonuçlara bakacak olursak yapılan yorumun haklılığı su götürmez bir gerçektir. Aynı şekilde görevlendirme ile çalışan hekimler de kendi süreçlerinden (asistanlık eğitimi, kendi branşıyla ilgili çalışmalar gibi) fedakârlık yapmış olmakla birlikte süreçte beklenmedik ve büyük sorumluluklar almış, yeni hiyerarşiler içinde rol belirsizlikleri yaşamış, denetçilerden ve sosyal ortamlardan yeterli desteği görmemiş olabileceği yorumu yapılabilir. Süreçte tüm bu daha detaylı araştırılması gereken faktörler pandemi boyunca görev alan hekimlerin tükenmişliğine katkı sağlamıştır diyebiliriz.

Tükenmişlik, çalışmamızda, genel olarak COVID-19 ile alakalı çalışanlarda

daha fazla görülmesi gelecek süreçte benzer kriz durumlarında, hekimlere yapılacak destek için yol haritası çizmemizde faydalı olacaktır. Örneğin Amanullah ve ark. mindfulness kullanan hastane tabanlı bir programın doktorlar üzerindeki örgütsel değişimin etkisini azaltmaya yardımcı olduğunu göstermiştir. Yazarlar, farkındalık temelli bir programın rolünü olumlu olarak görmüşlerdir (170).

Çalışmalarda hekimlerin benzer süreçlerde takip (kısa görüşmeler, online takip vb...) programları oluşturulması gerekliliği vurgulanmıştır. Her ne kadar yeterli psikiyatri ekibi sağlanamasa bile en azından online öz bildirim sistemleri ile acil müdahale gerekli durumlar belirlenebileceği, süreçte zaten artmış iş yükünün yanında, hekimlerin bir de bakmakla sorumlu oldukları ve enfeksiyon bulaştırmaktan korktukları (çocuk, yaşlı aile bireyleri gibi) kişiler için destek programları (kreş, geçici bakımevleri gibi) oluşturulabileceği belirtilmektedir (165).

MESLEKİ TATMİN

Çalışmamızda hekimlerin Minnesota İş Doyum Ölçeği ortalama puanı 59,81 olarak saptanmıştır. Kesme değerleri göz önüne alındığında katılımcıların %1,9'u düşük düzey iş doyumuna, %81,3'ü orta düzey iş doyumuna, %16,9'u yüksek düzey iş doyumuna sahip saptanmıştır. Çok riskli ve orta riskli grupların her ikisinin de az riskli gruptan anlamlı olarak daha düşük iş tatmini puanları olduğunu tespit edilmiştir. Barac ve ark. Hırvat sağlık siteminde COVID-19'un asistan hekimler üzerindeki etkisini araştırdığı ve 728 asistan hekimin katıldığı bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin mesleki yaşamdan memnuniyetlerini, iş kalitelerini, özel yaşamlarını ve yaşam kalitelerini çoğunlukla olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Yazarlar Mart 2020 başında bakan kararıyla Hırvatistan'daki tüm hekimlerin seferber edildiğini, yani çalışma zorunluluğu getirildiğini, başka birimlerde görevlendirildiklerini ve genellikle farklı bölümlerden hekimlerin bu pandeminin ön saflarına yerleştirildiklerini belirtmişlerdir. Ön saflarda görevlendirilen hekimlerin yeterince bilgilendirilmeden emrivaki şeklinde görevlendirilmekten rahatsızlık duyduklarını, üstlerinden yeterince destek görmediklerini belirtirken; kurumlardan yeterince destek gördükleri ve daha az sorumluluk almaları durumunda gönüllü olarak nakli kabul edeceklerini bildirmişlerdir (171).

Literatürde hekimlerin pandemi sürecinde “beklendiğinden” daha yüksek iş tatmini gösterdiğini belgeleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Capone ve ark. İtalya’da yaptığı çalışma COVID-19 acil durumuna rağmen hastane doktorlarının deneyimlediği psikososyal refah düzeylerinin ve iş tatmininin yüksek olduğunu göstermiştir. Yazarlar bunun pandemi sırasında hekimlerin aldığı sosyal tanınma ve ayrıca sağlık acil durumuyla başa çıkma nedeniyle kurumlardan artan destek nedeniyle olabileceğini belirtmişlerdir. Süreçte kuruluşlarını destekleyici olarak algılamının ve bu acil durum döneminde meslektaşlarının ve üstlerinin desteğine güvenebileceklerini hissetmenin, sağlık çalışanlarının algılanan iyilik halleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu vurgulamışlar (172). Benzer şekilde pandeminin başlarında Faderani ve ark. Birleşik Krallık ’ta pandemide yeniden görevlendirilmenin hekimler üzerindeki ruhsal etkilerine baktıkları çalışmada, 172 yeniden görevlendirilen doktorun yaklaşık üçte ikisinin yeni rollerinde kendilerinden emin hissettikleri, kurumlarından ve halktan yeterli desteği gördükleri tespit edilmiştir. Tespit edilen çalışma refahının oluşmasında, görevlendirmeden önce yeterli eğitimin verildiğini bildirmeleri, çalışma saatlerinde düzenlemelere gidilmesi (mola saatleri pandemi öncesine göre artırılması) gibi etmenlerin etkili olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların tedirgin oldukları konuların başında yeterli eğitim verilmiş olmasına rağmen kişisel koruyucu ekipmanların yeterliliği hakkında emin olamamaları ve pandemi sürecinde rutin eğitimlerinin aksamış olması gelmektedir (173).

Yapılmış olan çalışmalar ve literatür bilgileri ışığında bulgularımıza bakacak olursak iş tatmininin düşük olduğu grupların yeteri kadar kurumsal destek alamadığı, çok yoğun çalışma saatlerine maruz kalmış olabileceği, denetleyiciler ve halk tarafından takdir görmediği, “karşılıklılık” ilkesine binaen verilen emeğin karşılığını adil bir şekilde alamadığı yorumu yapılabilir. Özellikle görevlendirme ile çalışan hekimlerin yetersiz bilgi birikimi ile çok fazla sorumluluk almış oldukları, süreçte gerçek iş tatminlerini sağlayacak kendi iş ve eğitimlerinden uzak kaldıkları, görevlendirme gereği beklenmedik şekilde alışkın oldukları hiyerarşinin dışında farklı bir hiyerarşik sisteme girmiş oldukları, tam anlamıyla bir hiyerarşik sistem ve iş tanımı (sorumluluk, sistem işleyişi vb.) yapılmadığından konumlarını ve rollerini yeterince anlayamamanın getirdiği belirsizlik pandemi sürecinde iş tatminlerinde bir azalmaya yol açmış olabilir.

ÇALIŞMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Çalışmamız tüm sağlık çalışanlarını kapsayan genel literatür çalışmalarının aksine sadece hekimlerde yapılmıştır. Hekimleri pandemi sürecinde, maruziyet durumlarına göre 3 gruba ayırarak birbirleri ile kıyaslayan ender çalışmalardandır. Çalışma hekimlerin bu süreçte yaşadıklarını tam anlamıyla kavrayabilmek adına 4 ölçekle hekimlerin tüm yönleri ile pandemi sürecinde (depresyon, anksiyete, stres, travma sonrası stres belirtileri, tükenmişlik, iş tatmini) yaşadıklarını bütüncül bir şekilde anlayabilmek açısından önemli bir çalışmadır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular bazı kısıtlamalar ile değerlendirilmelidir. Örneğin çalışma il bazında izin konusunda yaşanacak güçlükler ve süreçte her ilin kendi pandemi yoğunluğu ve çalışma sistemi farklı olabileceği nedeniyle tek bir ilde yapılmıştır. Genel toplumu temsil eden bir kontrol grubu yoktur. Mevcut çalışmanın kesitsel tasarımda olması nedensellik ilişkisinin belirlenmesine izin vermemektedir. Buna ek olarak, her ne kadar çalışma başlarda yüz yüze şekilde tasarlanırsa da pandemi koşullarında sağlık açısından daha güvenli bir yöntem olduğu düşünülen yüz yüze görüşme yerine çevrim içi anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışma verilerinin çevrim içi olarak toplanması çok sayıda sağlık çalışanına kısa zamanda ulaşmaya izin verse de bu yöntem verilerin güvenilirliği açısından sorun teşkil etmiş olabilir. Çevrimiçi anket linki ulaşan hekimlerin anketi tamamlama oranı da beklenenden düşük çıkmıştır, şüphesiz ki bunda anketin uzun olması, hekimlerin iş yoğunluğu sebebiyle yeterli vakti ayıramamış olması önemli bir etken olmuş olabilir. Çalışmamızdaki ölçeklerin özbildirim ölçeği olması değerlendirmelerin eleştirilmesini gündeme getirebilir; farklı bir bakış açısı da çevrimiçi anketin sorunları dile getirmede katılımcılara daha rahat davranabilme olanağı tanıdığı olabileceğidir.

Çalışmamız kesitsel tasarımı nedeniyle hekimleri değerlendirdiğimiz ruhsal belirtilerin, salgından önceki dönemde mevcut olup olmadığına yönelik veriler toplanmamıştır. Sadece daha öncesinde tanı konulmuş ruhsal bozuklukları olup olmadığı öğrenilmiş, olan ruhsal bozukluklar sınıflandırılarak değerlendirilmemiştir. Ayrıca kesitsel çalışma olmasının getirdiği bir diğer kısıtlama da, pandemi gibi

dinamik bir süreçte, değişen çevresel şartların süreçte ne gibi sonuçlar doğuracağı öngörmede yetersiz kalacaktır.

Çalışmamızda erkek katılımcı sayısı kadınlara oranla beklenilenden az olmuştur, genel literatüre bakıldığında benzer çalışmalarda erkek katılımcı sayısının kadınlara oranla az olması sık karşılaşılan bir durum olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin COVID-19 hastalığı geçirip geçirmediği doğrudan sorulmamış, hastalığa yakalanma ve/veya bulaş riski karantinaya alınıp alınmama bağlamında değerlendirilmiştir. Kendisi COVID-19 hastalığı geçiren hekimlerin ruhsal durumları ve araştırma parametreleri üzerine etkileri ayrıca değerlendirmeyi gerektirebilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, COVID-19 pandemisi sırasında Denizli ilinde çalışmakta olan hekimler pandemi koşullarına bağlı olarak 3 risk grubu altında depresyon, anksiyete, stres, travma sonrası stres belirtileri, tükenmişlik ve iş doyumunu açısından incelenmiş, bu parametrelerle ilişkili etmenler araştırılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir;

- Risk grubu arttıkça depresif, anksiyete ve stres belirtileri artmaktadır, özellikle primer olarak COVID-19 hastaları ile ilgilenen branşlarda depresif belirtiler daha fazla saptanmıştır.
- Risk grubu arttıkça travma sonrası stres belirtileri artmıştır, fakat primer olarak COVID-19 hastaları ile ilgilenen branşlarda, görevlendirme ile pandemi servislerinde çalışan branşlara göre travma sonrası stres belirtileri nispeten daha düşük bulunmuştur.
- Pandemi sürecinde primer veya görevlendirme ile pandemi servislerinde çalışan hekimlerde tükenmişlik artarken mesleki doyum buna zıt olarak azalma göstermiştir.
- Kadın hekimlerde depresif, anksiyete ve stres belirtilerinin yanında travma sonrası stres belirtilerinde de erkek hekimlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

- Karantina süreci yaşamış hekimlerin anksiyete belirtileri ve travma sonrası stres belirtileri karantina süreci yaşamayan hekimlere göre daha yüksek saptanmıştır.
- COVID-19 teması olan hekimlerin depresyon alt ölçeği puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Sonuç olarak, dünyayı etkisi altına alan böylesi bir pandemi durumunda hangi uzmanlık alanında çalışırsa çalışsın tüm hekimlerin seferber olması ve pandemi ile mücadelede görev alması kaçınılmazdır. Ancak böylesi koşullarda da hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ruhsal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamız hekimlerin pandemi sürecinde hangi görevi yürüttüğünün ve görev alma şeklinin ruhsal sağlık üzerine olası etkilerini göstermesi açısından önemlidir. Salgın döneminde başta primer olarak çalışan hekimler olmak üzere ruhsal belirtiler, tükenmişlik açısından gerekli önlemlerin alınması, iş tatmini açısından tıpkı batı toplumlarında olduğu gibi yöneticiler tarafından gerekli koşulların sağlanması gerektiği açıktır. Birincil görev alanı içinde bu tür hastalara bakım vermeyen sağlık çalışanlarının hastalara yaklaşım ve hastalık etkeninden korunma konusunda eğitim desteği verilmesi önemli bir gerekliliktir. Sonuçlarımız kadın hekimlerin bu süreçten daha olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bunun nedenlerinin hem psikolojik hem de toplumsal (kadına bakış açısı, kadın iş yükü, eşitlik, çocuk bakımı... vb.) olarak araştırılması ve iyileştirme yönünde uygun adımlar atılması elzemdir. Yaşanan bu pandemi süreci böylesi durumlarda psikiyatri klinikleri, Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) birimleri, psikiyatri ve psikoloji alanında çalışan dernekler ve sivil toplum kuruluşlarının hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına ruhsal destek verilmesi ve ilgili yöneticilere bu konularda bilgilendirilme yapılması hususunda sorumluluk verilebileceğini ve bu planlamanın pandeminin başlangıcında yapılması gerekliliğini göstermektedir. Sonuçlarımız hekimlerin yararlanabileceği ruhsal iyilik halinin korunmasına yönelik sağlıklı bir takip sistemi (özbildirim, kısa görüşmeler... vb) ve yardım planlanması yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020 Feb 20;382(8):727-733.
2. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. J Med Virol. 2020 Apr;92(4):401-402.
3. T.C.Sağlık Bakanlığı. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı.COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>. 08 Ağustos 2020 tarihinde ulaşılmıştır.
4. World Health Organization. WHO Director-General's Remarks at the Media Briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020.<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>. 11 Şubat 2020 tarihinde ulaşılmıştır.
5. Our World in Data <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>. coronavirus data. Erişim tarihi: 30 Aralık 2022
6. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ; COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2020 Jun 27;395(10242):1973-1987.
7. Silva PCL, Batista PVC, Lima HS, Alves MA, Guimarães FG, Silva RCP. COVID-ABS: An agent-based model of COVID-19 epidemic to simulate health and economic effects of social distancing interventions. Chaos Solitons Fractals. 2020 Oct;139:110088.
8. Malay DS. COVID-19, Pandemic, and Social Distancing. J Foot Ankle Surg. 2020 May-Jun;59(3):447-448.

9. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1;277:55-64.
10. Collinson S. Virus confronts leader's with one of modern history's gravest challenges. <https://edition.cnn.com/2020/03/18/politics/donald-trump-coronavirus-leadership-challenge/index.html>. 18 Mart 2020 tarihinde ulaşılmıştır.
11. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2020 Apr;9(3):241-247.
12. Jang Y, You M, Lee H, Lee M, Lee Y, Han JO, et al. Burnout and peritraumatic distress of healthcare workers in the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health.* 2021 Nov 12;21(1):2075.
13. Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.* 2004 Oct;34(7):1197-204.
14. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS; Coauthors for the Impact of SARS Study. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv.* 2008 Jan;59(1):91-5.
15. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *J Occup Environ Med.* 2018 Mar;60(3):248-257.
16. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care.* 2005 Jul;43(7):676-82.
17. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr.* 2020 Jun;51:102080.

18. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):228-229.
19. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004 Aug;185:127-33.
20. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med*. 2020 Aug 18;173(4):317-320.
21. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*. 2020 Apr;50:102014.
22. Wikipedia. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi>. Erişim tarihi: 01 Aralık 2021.
23. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. What is a pandemic? *J Infect Dis*. 2009 Oct 1;200(7):1018-21.
24. Nebehay S. WHO says it no longer uses ‘pandemic’ category, but virus still emergency. <https://www.reuters.com/article/uk-china-health-who-idUKKCN20I0PD> Erişim tarihi: 06 Aralık 2021.
25. White, P. *Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History*. California: ABC-CLIO 2006:36-37.
26. Littman RJ. The plague of Athens: epidemiology and paleopathology. *Mt Sinai J Med*. 2009 Oct;76(5):456-67.
27. Murphy V. Past pandemics that ravaged Europe. *BBC News*. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4381924.stm>. Erişim tarihi: 7 Kasım 2005
28. Little LK, More. *Plague and the End of Antiquity: The Pandemic of 541-750*. New York: Cambridge University Press. 2007: 99–119.
29. *Encyclopædia Britannica*. 11th ed. Chisholm, Hugh E.; 1911. Plague; 693–705.
30. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis*. 2006 Jan;12(1):15-22.
31. Thèves C, Crubézy E, Biagini P. History of Smallpox and Its Spread in Human Populations. *Microbiol Spectr*. 2016 Aug;4(4).
32. Lippi D, Gotuzzo E, Caini S. Cholera. *Microbiol Spectr*. 2016 Aug;4(4).

33. Kilbourne ED. Influenza pandemics of the 20th century. *Emerg Infect Dis.* 2006 Jan;12(1):9-14.
34. Zepeda-Lopez HM, Perea-Araujo L, Miliar-García A, Dominguez-López A, Xoconostle-Cázarez B, Lara-Padilla E, et al. Inside the outbreak of the 2009 influenza A (H1N1)v virus in Mexico. *PLoS One.* 2010 Oct 8;5(10):e13256.
35. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* 2019 Mar;17(3):181-192.
36. Chan-Yeung M, Xu RH. SARS: epidemiology. *Respirology.* 2003 Nov;8 Suppl(Suppl 1):S9-14.
37. World Health Organization (WHO). [Http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html](http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html). Erişim tarihi: 06 Aralık 2021.
38. Woo PC, Huang Y, Lau SK, Yuen KY. Coronavirus genomics and bioinformatics analysis. *Viruses.* 2010 Aug;2(8):1804-20.
39. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol.* 2015;1282:1-23.
40. Hu T, Liu Y, Zhao M, Zhuang Q, Xu L, He Q. A comparison of COVID-19, SARS and MERS. *PeerJ.* 2020 Aug 19;8:e9725.
41. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol.* 2020 Apr;5(4):536-544.
42. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar 26;382(13):1199-1207.
43. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020 Feb 20;382(8):727-733.

44. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-19). [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2020.
45. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. National Library of Medicine StatPearls. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>. 30 haziran 2020 tarihinde ulaşılmıştır.
46. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. *JAMA*. 2020 Apr 28;323(16):1610-1612.
47. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Jul;26(7):1583-1591.
48. Mann R, Perisetti A, Gajendran M, Gandhi Z, Umapathy C, Goyal H. Clinical Characteristics, Diagnosis, and Treatment of Major Coronavirus Outbreaks. *Front Med (Lausanne)*. 2020 Nov 13;7:581521.
49. Chen X, Laurent S, Onur OA, Kleineberg NN, Fink GR, Schweitzer F, et al. A systematic review of neurological symptoms and complications of COVID-19. *J Neurol*. 2021 Feb;268(2):392-402.
50. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720.
51. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 May 28;382(22):2158-2160.
52. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020 Apr 21;323(15):1439-1440.

53. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap.* 2020 Mar 16;49(3):155-160.
54. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 6;17(5):1729.
55. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020 Mar 6;33(2):e100213.
56. Shaikh, A., Peprah, E., Mohamed, R. H., Asghar, A., Andharia, N. V., Lajot, et al. COVID-19 and mental health: a multi-country study—the effects of lockdown on the mental health of young adults. *Middle East Curr Psychiatry.* 2021;28(1):51.
57. Jardine R, Wright J, Samad Z, Bhutta ZA. Analysis of COVID-19 burden, epidemiology and mitigation strategies in Muslim majority countries. *East Mediterr Health J.* 2020 Oct 13;26(10):1173-1183.
58. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. Rapid Review The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020;395(10227):912–20.
59. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004 Jul;10(7):1206-12.
60. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Raleigh E, Taylor-Clark K. The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. *Clin Infect Dis.* 2004 Apr 1;38(7):925-31.
61. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.* 2008 Jul;136(7):997-1007.

62. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 15;16(10):1741-1744.
63. Xiang YT, Ng CH, Yu X, Wang G. Rethinking progress and challenges of mental health care in China. *World Psychiatry.* 2018 Jun;17(2):231-232.
64. Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 100–106.
65. Lee DT, Wing YK, Leung HC, Sung JJ, Ng YK, Yiu GC, et al. Factors associated with psychosis among patients with severe acute respiratory syndrome: a case-control study. *Clin Infect Dis.* 2004 Oct 15;39(8):1247-9.
66. Beach SR, Praschan NC, Hogan C, Dotson S, Merideth F, Kontos N, et al. Delirium in COVID-19: A case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system involvement. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020 Jul-Aug;65:47-53.
67. Cipriani G, Danti S, Nuti A, Carlesi C, Lucetti C, Di Fiorino M. A complication of coronavirus disease 2019: delirium. *Acta Neurol Belg.* 2020 Aug;120(4):927-932. doi: 10.1007/s13760-020-01401-7. Epub 2020 Jun 10.
68. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020 Apr;7(4):300-302.
69. Dodgen D, LaDue LR, Kaul RE. Coordinating a local response to a national tragedy: community mental health in Washington, DC after the Pentagon attack. *Mil Med.* 2002 Sep;167(9 Suppl):87-9.
70. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2020 Oct 1;275:48-57.

71. Wong TW, Yau JK, Chan CL, Kwong RS, Ho SM, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med.* 2005 Feb;12(1):13-8.
72. Cheng FF, Zhan SH, Xie AW, Cai SZ, Hui L, Kong XX, et al. Anxiety in Chinese pediatric medical staff during the outbreak of Coronavirus Disease 2019: a cross-sectional study. *Transl Pediatr.* 2020 Jun;9(3):231-236.
73. Sun P, Wang M, Song T, Wu Y, Luo J, Chen L, et al. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2021 Jul 8;12:626547.
74. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017 Jun 21;7(6):e015141.
75. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, Bodini A, Ponzini G, Sabato E, et al. Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Front Public Health.* 2021 Oct 29;9:750529.
76. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021 Aug;94(6):1345-1352.
77. Lin HH, Lin JW, Chen CC, Hsu CH, Lai BS, Lin TY. Effects of Leisure Obstacles, Job Satisfaction, and Physical and Mental Health on Job Intentions of Medical Workers Exposed to COVID-19 Infection Risk and Workplace Stress. *Healthcare (Basel).* 2021 Nov 18;9(11):1569.
78. Uyurdağ N., Eskicioğlu G., Aksu S., Soyata A.Z.. Risk and Resilience Factors For Psychosocial Impact In Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Anadolu Klin Tıp Bilim Dergisi.* 2020;0–3.
79. Zhang SX, Chen J, Afshar Jahanshahi A, Alvarez-Risco A, Dai H, Li J, et al. Succumbing to the COVID-19 Pandemic-Healthcare Workers Not Satisfied and Intend to Leave Their Jobs. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(2):956-965.
80. Öztürk M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14th ed. İstanbul: Nobel Tıp Yayınları 2016:261–70.

81. Karamustafalıoğlu K.O. Temel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi 2018: 313–339 .
82. Katon W, Unützer J, Russo J. Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depress Anxiety*. 2010;27(1):19-26.
83. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006 Nov;3(11):e442.
84. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
85. Sadock B.J. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt A.,Çev. Ed, 11.baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi, 2016: 347–355.
86. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:191-214.
87. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):717-30.
88. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. 2011 Dec;16(12):1234-46.
89. Bouwmans CA, Vemer P, van Straten A, Tan SS, Hakkaart-van Roijen L. Health-related quality of life and productivity losses in patients with depression and anxiety disorders. *J Occup Environ Med*. 2014 Apr;56(4):420-4.
90. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, Hardeveld F, de Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 2015 Jun 1;178:121-30.
91. McIntyre RS, Soczynska JZ, Woldeyohannes HO, Alsuwaidan MT, Cha DS, Carvalho AF, et al. The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Compr Psychiatry*. 2015 Jan;56:279-82.

92. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association Publishing 2013:189–195.
93. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96.
94. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):60-8.
95. DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*. 1996;2(4):167-72.
96. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2007 Jun;27(5):572-81.
97. Erickson SR, Guthrie S, Vanetten-Lee M, Himle J, Hoffman J, Santos SF, et al. Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1165-71.
98. Torun A. Stres ve Tükenmişlik. 2. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar ve Kal-der Yayınları; 1997: 43-53.
99. Selye H. Stress without distress. Philadelphia: J.B.: Lippincott Company; 1974.
100. Pastorino E. E., Susan D-P. What is Psychology? 2nd Ed. CA: Thompson Higher Education; 2009.
101. Erdoğan, T., Ünsar, S., Süt N. Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilim Fakültesi Derg*. 2009;14(2):447–61.
102. Altan S. Örgütsel Yapıya Bağlı Stres Kaynakları ve Örgütsel Stresin Neden Olduğu Başlıca Sorunlar. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Derg*. 2018;2(3).
103. Aksoy A, Kutluca F. Çalışma Hayatında Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stres Sonuçlarının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Sos Siyaset Konf Derg*. 2005;(49):457–86.
104. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007 Oct 10;298(14):1685-7.

105. Clark L. Ancient Assyrian Soldiers Were Haunted by War, Too. *Smithsonian Magazine*. January 26, 2015. <https://www.smithsonianmag.com/smart-news/ancient-assyrian-soldiers-were-haunted-war-too-180954022/>; 18 Ocak 2021 tarihinde erişilmiştir.
106. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
107. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Jul;28(4):307-11.
108. Kirkpatrick HA, Heller GM. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *Int J Psychiatry Med*. 2014;47(4):337-46.
109. Grinage BD. Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*. 2003 Dec 15;68(12):2401-8.
110. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):973-81.
111. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul;1071:67-79.
112. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. erişim tarihi: 06.12.2021.
113. Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 1974: 30(1), 159-165.
114. Maslach C. Burn-out. *Human Behaviour*. 1976;5:16–22.
115. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
116. Schaufeli WB. Burnout: A short socio-cultural history. *Burn fatigue, exhaustion*. 2017;105–27.

117. Tatlılıoğlu K. Maslach ve Jackons'un tüklenmişlik modeli bağlamında tüklenmişlik kavramı. (The concept burnout in the contex of Maslach and Jackon's burnout model). In: III Uluslararası Taras Şevşenko Sosyal Bilimler Kongresi. p. 357–67.
118. Kayabaşı Y. Bazı değişkenler açısından öğretmenlerin mesleki tüklenmişlik düzeyleri. Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;20.
119. Dinç G. Exammination of job burnout levels and subjective well-being levels of special educartion teacher working in private educational instutions. (Unpublished master's thesis). Biruni University; 2018.
120. Garden, A.M. Depersonalisation, a valid dimension of burnout. Human Relations. 1987;40:545–60.
121. Leiter, M.P., Maslach, C., Frame K. Burnout. The Encyclopedia of Clinical Psychology. 2015;1–7.
122. Ahola, K., & Hakanen J. Burnout and health. In: Burnout at work. Psychology Press; 2014. p. 18–39.
123. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016 Jun;15(2):103-11.
124. Çimen, M, Şahin İ. Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2000;5(4).
125. Aziri B. Job satisfaction: a literature review. Management Research and Practice. 2011;3(4).
126. Güney S. Davranış Bilimleri. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2000.
127. Yalçın, D. A, İplik F.N. Beş Yıldızlı Otellerde Çalışanların Demografik Özellikleri İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Adana İli Örneği. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005;14(1):395–412.
128. Küçükkendirci H, Batı S, Gök T, Güler Y.R. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg. 2017;13(1):37–66.
129. Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayını; 1996: 236–239.

130. Lovibond, P. F, Lovibond, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995: 33(3), 335–343.
131. Antony, M. M, Bieling, P. J, Cox, B. J, Enns, M. W, Swinson, R. P. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 1998: 176–181.
132. Yıldırım A, Boysan M, Kefeli M.C. Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). *Br J Guid Couns*. 2018;46(5):582–595.
133. Polat Ö, Coşkun F. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Med J West Black Sea*. 2020;4(2):51–8.
134. Weiss, D. J, Dawis, R. V, England G.W. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*. 1967;22:120.
135. Eryılmaz A. Taksi şoförlüğü yapan kişilerin yaşam tarzları ve iş yaşamı hakkındaki düşüncelerinin iş doyumuyla ilişkisi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). 2008;1–98.
136. Baycan A. (1985). An Analysis Of The Several Aspects Of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul*
137. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Univ J Fac Educ*. 2014;2(1):62–77.
138. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Dec;28(6):489-98.
139. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess*. 2016 Nov;28(11):1379-1391.

140. Boysan M, Ozdemir P.G, Ozdemir O, Selvi Y, Yilmaz E, Kaya N. Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2017;27(3):300–10.
141. Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord.* 2020 Sep 1;274:405-410.
142. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res.* 2020 Aug;290:113130.
143. Javadekar A, Javadekar S, Chaudhury S, Saldanha D. Depression, anxiety, stress, and sleep disturbances in doctors and general population during COVID-19 pandemic. *Ind Psychiatry J.* 2021 Oct;30(Suppl 1):S20-S24.
144. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry.* 2017 Feb;4(2):146-158.
145. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psychiatry.* 2017 Jan;4(1):8-9.
146. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312.
147. Akova İ, Kiliç E, Özdemir ME. Prevalence of Burnout, Depression, Anxiety, Stress, and Hopelessness Among Healthcare Workers in COVID-19 Pandemic in Turkey. *Inquiry.* 2022 Jan-Dec;59:469580221079684.
148. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Forero CG. Psychological impact of quarantine on healthcare workers. *Occup Environ Med.* 2020 Oct;77(10):666-674.
149. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020 Mar 2;3(3):e203976.
150. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Engl Ed).* 2021 May 7;156(9):449-458.

151. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao 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 May;54(5):302-11.
152. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004 May;54(3):190-6.
153. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018 Nov;87:123-127.
154. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e2010185.
155. Lasalvia A, Bonetto C, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Dec 17;30:e1.
156. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020 Oct;292:113312.
157. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020 May;287:112921.
158. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004 Sep;55(9):1055-7.
159. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*. 2020 Dec;26(6):1583-1587.

160. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:916-919.
161. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008 Feb;64(2):177-83.
162. Tuna T, Özdin S. Levels and Predictors of Anxiety, Depression, and Burnout Syndrome in Physicians During the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict*. 2021;19(6):2470-2483.
163. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e60-e65.
164. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. 2020 Nov;29(21-22):4321-4330.
165. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthcare (Basel)*. 2020 Oct 22;8(4):421.
166. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One*. 2020 Sep 3;15(9):e0238217.
167. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 8;172(18):1377-85.
168. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
169. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003 Apr 15;114(6):513-9.

170. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep 23;302(12):1284-93.
171. Barac A, Krnjaic P, Vujnovic N, Matas N, Runjic E, Rogoznica M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on resident physicians: A cross-sectional study. *Work*. 2021;69(3):751-758.
172. Capone V, Borrelli R, Marino L, Schettino G. Mental Well-Being and Job Satisfaction of Hospital Physicians during COVID-19: Relationships with Efficacy Beliefs, Organizational Support, and Organizational Non-Technical Skills. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 21;19(6):3734.
173. Faderani R, Monks M, Peprah D, Colori A, Allen L, Amphlett A, et al. Improving wellbeing among UK doctors redeployed during the COVID-19 pandemic. *Future Healthc J*. 2020 Oct;7(3):e71-e76.

EKLER

EK-1:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? Evli Bekar Dul/boşanmış
4. Hangi uzmanlık bölümünde çalışmaktasınız?
5. Kronik ve düzenli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalığınız var mı? Evet (yazınız.....) Hayır
6. Birlikte yaşadığınız kişi ya da kişiler?
Yalnız Anne-Baba Eş Eş ve çocuklar Diğer
7. Son 3 ay içinde hangi birim/birimlerde çalıştınız?
Trijaj ünitesi Solunum triyaj polikliniği Corona servis ünitesi Corona yoğun bakım servisi
Diğer poliklinikler Diğer servisler Diğer yoğun bakım servisleri Diğer
.....
8. Şu an hastanenin hangi bölümünde çalışmaktasınız?
Trijaj ünitesi Solunum triyaj polikliniği Corona servis ünitesi Corona yoğun bakım servisi
Diğer poliklinikler Diğer servisler Diğer yoğun bakım servisleri Diğer
.....
8. Covid 19 şüpheli hasta karşılaşmanız oldu mu? Evet Hayır
10. Covid 19 pozitif çıkan hasta karşılaşmanız oldu mu? Evet Hayır
11. Covid 19 nedeniyle karantinayı gerektirecek bir durumunuz oldu mu? Evet Hayır
12. Sigara içiyor musunuz? Hayır hiç içmedim İçtim bıraktım İçiyorum
13. Çalışma ortamınızdaki kişisel koruyucu ekipmanlarınızı yeterli buluyor musunuz?
Evet Kısmen Hayır

EK-2:

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2	Ağzımın kurduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyeceğim gibi geldi.	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn., elerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkın hissettim.	0	1	2	3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alingan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

EK-3:

DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

Aşağıda **cok stresli bir olay karşısında** insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. **Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı** düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. **SON BİR AY İÇİNDE** bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunaltdı:	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anları sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığımız üzüntü hissi sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anlardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyuramamak) sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunaltdı?	0	1	2	3	4

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ
(Maslach burnout inventory manual)

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. "Kendini 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."					
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. "Hastalarım 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-5:**MINNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ
(Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ)**

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak o cümlede belirtilen yönden işinizden ne derecede memnun olduğunuzu işaretleyiniz. Cevap verirken "bu yönden işimden ne derece memnunum" diye kendinize sorunuz.	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1. Şimdiki işimden " beni her zaman memnun etmesi "bakımından	1	2	3	4	5
2. Şimdiki işimden " tek başıma çalışma olanağı olması" bakımından	1	2	3	4	5
3. Şimdiki işimden " ara sıra değişik şeyler yapabilme şansı" bakımından	1	2	3	4	5
4. Şimdiki işimden " toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi" bakımından	1	2	3	4	5
5. Şimdiki işimden " yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı " bakımından	1	2	3	4	5
6. Şimdiki işimden " yöneticimin karar vermedeki yeteneği" bakımından	1	2	3	4	5
7. Şimdiki işimden " vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması" bakımından	1	2	3	4	5
8. Şimdiki işimden " bana sabit bir iş sağlaması " bakımından	1	2	3	4	5
9. Şimdiki işimden " başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
10. Şimdiki işimden " kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma" bakımından	1	2	3	4	5
11. Şimdiki işimden " kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansı olması" bakımından	1	2	3	4	5
12. Şimdiki işimden " iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması" bakımından	1	2	3	4	5
13. Şimdiki işimden " yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret" bakımından					
14. Şimdiki işimden " iş içinde terfi olanağımın olması " bakımından	1	2	3	4	5
15. Şimdiki işimden " kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
16. Şimdiki işimden " işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi " bakımından	1	2	3	4	5
17. Şimdiki işimden " çalışma şartları" bakımından	1	2	3	4	5
18. Şimdiki işimden " çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları" bakımından	1	2	3	4	5
19. Şimdiki işimden " yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme" bakımından	1	2	3	4	5
20. Şimdiki işimden " yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi" bakımından	1	2	3	4	5