



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN COVID-19 PANDEMİSİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ersin KARA

Antalya, 2021



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN COVID-19 PANDEMİSİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ersin KARA

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademedede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Uzmanlık eğitimimdeki katkılarından dolayı değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Tez araştırma ve yazımı sürecinin her noktasında desteğini hiç esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili eşim Sevim KARA'ya,

Bugünlere gelmemde büyük payı olan, imkanlarını zorlayarak eğitimime ve hayatıma katkılar sağlayan, beni destekleyen annem Fatma KARA'ya, babam Ahmet KARA'ya ve abim Aydın KARA'ya,

Birlikte çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine,

Rotasyon yaptığım kliniklerdeki tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Tükenmişliğin Tanımı	8
2.2. Tükenmişliğin Saptanması, Tükenmişlik Ölçekleri	11
2.2.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	12
2.2.2. Tükenmişlik Ölçeği	13
2.2.3. Shirom-Melamed Tükenmişlik Ölçeği	13
2.2.4. Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği	13
2.2.5. Oldenburg Tükenmişlik Ölçeği	14
2.2.6. Bergen Tükenmişlik Ölçeği	14
2.2.7. Hekim Tükenmişlik Anketi	15
2.3. Tükenmişliğe Katkı Yapan Etmenler	15
2.4. Tükenmişliğin Önlenmesi ve Tedavisi	19
2.5. COVID-19 Pandemisi ve Tükenmişlik	30
2.5.1. Tanımlar	30
2.5.1.1. Pandeminin Tanımı	30
2.5.1.2. Yeni Koronavirüs Hastalığı	31
2.5.2. COVID-19 Pandemisinin Tükenmişliğe Etkisi	32
2.5.3. Pandemi Sürecinde Tükenmişlikle Mücadele	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Etik Kurul ve İzinler	38
3.2. Araştırmanın Tipi	38
3.3. Araştırma Evreni ve Zamanı	38
3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri	38
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	38
3.6. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	39

3.6.1. Sosyodemografik Veri Anketi	39
3.6.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	39
3.7. İstatistiksel Analiz	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
7. ÖZET	65
8. ABSTRACT	67
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	83
Ek 1. Anket Formu	83

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
DT	Duygusal Tükenme
DYS	Duyarsızlaşma
KB	Kişisel Başarı
COVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICD-11	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. Revizyonu
ESK	Elektronik Sağlık Kaydı

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
<u>no</u>	
4.1. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özellikler	41
4.2. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı tanımlayıcı özellikler	42
4.3. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri	43
4.4. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı	45
4.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	46
4.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	47
4.7. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile bazı tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişki	48
4.8. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanlarına göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	49
4.9. Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı	50
4.10. Cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı	51
5.1. Asistan Hekimlerle Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları ve Sonuçları	54

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinde tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında, psikolog Herbert Freudenberger tarafından kliniklerde hastalara bakım veren klinik personelinin yaşadıkları duygusal ve psikolojik stres sonucunda ortaya çıkan yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmıştır. Freudenberger bu durumu, enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek şeklinde tarif etmiştir (1,2).

Tükenmişlik terimi, o zamandan beri kentsel topluluklardaki hastanelerden küresel sağlık ortamlarına kadar herhangi bir sağlık uygulaması ortamında işle ilgili stresi karakterize etmek için kullanılmıştır. Tükenmişlik kapsamının bu genişlemesi, özellikle yüksek seviyelerde depresif belirtiler gösteren hekimler arasında tıbbi uygulamaların stresini tanımlamayı yararlı kılmıştır (3).

Maslach ve arkadaşları (4,5), yaptıkları çalışmalar sonucu tükenmişliği, tıbbi uygulamaların kronik stresinin neden olduğu duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalan kişisel başarının bir kombinasyonu olarak tanımlamıştır. Maslach ve arkadaşlarına göre duygusal tükenme, tükenmişliğin temel bireysel stres boyutunu temsil etmektedir ve kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesi duygusu olarak tanımlanmaktadır. Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişiler arası bağlam boyutunu temsil etmektedir. Tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu azalan bireysel başarı temsil eder ve yetersizlik duyguları ile işte başarı ve verimliliğin azalmasını işaret etmektedir. Araştırma literatüründe, “genel” veya “toplam” tükenmişlik tipik olarak bu 3 alt bileşenin bazı kombinasyonları değerlendirilerek ölçülmektedir (5). Yapılan bazı çalışmalarda hekimlerdeki tükenmişliğin artan tıbbi hatalar, daha düşük hasta memnuniyeti, taburculuk sonrası iyileşme sürelerinin uzaması ve profesyonel çalışma çabasının azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (6-8).

Tükenmişlik zaman içinde bir süreç olarak görülmektedir. Dış taleplerle artan başa çıkma çabaları, duyarsızlaşma için bir tetikleyici olan duygusal tükenmeye yol açar, bu da kısır döngüde daha fazla duygusal tükenmeye ek olarak kişisel başarının azalmasına yol açmaktadır (5). Bu gecikme, metodolojik açıdan

önemlidir. Duygusal tükenme konusunda yüksek puan alan bir kişide duyarsızlaşma ortaya çıkmamış ve kişisel başarı azalmamış olabilmektedir (9). Tükenmişliğin çok çeşitli semptomları olduğu düşünülmektedir. Bunların hangilerinin tükenmişliğin bir parçası olduğu ve hangilerinin olmadığı konusunda genel bir anlaşma yoktur. Ancak şimdiye kadar verilen tüm tanımlarda, semptomların işle ilgili olduğu veya diğer stres türlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tükenmişlik belirtileri olarak kabul edilen üç ana semptom alanı vardır:

- **Duygusal tükenme:** Etkilenen insanlar duygusal olarak tükenmiş, bitkin, yorgun ve enerjisiz hisseder. Fiziksel belirtiler ağrı ve mide veya bağırsak problemleri gibi durumları içermektedir.
- **İşle ilgili faaliyetlere duyarsızlaşma:** Tükenmişlik olan kişiler işlerini giderek stresli ve sinir bozucu bulmaktadır. Çalışma koşullarını ve meslektaşlarını önemsememeye başlamaktadırlar. Aynı zamanda, kendilerini duygusal olarak giderek daha fazla izole etmekte ve işleriyle ilgili konularda kendilerini yavaşlamış hissetmektedirler.
- **Azalan performans:** Tükenmişlik temel olarak işyerinde, evde veya aile üyelerinin bakımında günlük görevleri etkilemektedir. Tükenmişliği olan kişiler görevleri konusunda çok olumsuzdur, konsantre olmakta zorlanır, kayıtsızdır ve yaratıcılıktan yoksundur.

Tükenmişliği teşhis etmek için iyi çalışılmış bir yöntem yoktur. Öz değerlendirme için çeşitli anketler kullanılmaktadır. Ancak, genel olarak kabul edilen bir tükenmişlik tanımı olmadığından, anketlerin tükenmişliği gerçekten “ölçüp ölçemeyeceği” ve bunu diğer hastalıklardan ayırt edip edemeyeceği net değildir. En yaygın anket, farklı meslek grupları için mevcut olan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”dir (MTÖ) (4,5). Ancak bu anket başlangıçta hekimler için değil, araştırma amaçlı geliştirilmiştir. Tükenmişlik riskiyle ilgili çevrimiçi anketler, bir kişinin tükenmiş olup olmadığını veya semptomların başka bir şeyden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için uygun değildir.

Tükenmişliğin bir sonucu olduğu söylenen semptomların genellikle depresyon, anksiyete bozuklukları veya kronik yorgunluk sendromu gibi zihinsel veya psikosomatik hastalıklar da dahil olmak üzere başka

nedenleri olabilir. Ayrıca fiziksel hastalıklar veya bazı ilaçlar da yorgunluk ve bitkinlik gibi belirtilere neden olabilmektedir. Bu nedenle, bir hekim değerlendirmesi ile birlikte, diğer olası nedenleri göz önünde bulundurmak ve hemen tükenmişlik olduğu sonucuna varmamak önemlidir. Aksi halde yanlış tedavi başlama riski artmaktadır. Tükenmişlik için tipik olduğu düşünülen bazı belirtiler depresyonda da görülmektedir. Bunlardan birkaçı; aşırı yorgunluk, değersizlik hissi, enerji azlığıdır. Semptomlar benzer olduğundan, bazı insanlara gerçekten depresyonu olmasına rağmen tükenmişlik teşhisi konulabilir. Bu yüzden hekimler, tükenmişlik teşhisi koyarken acele etmemeye çok dikkat etmelidir. Bu durum, uygun olmayan tedavilere yol açabilir. Örneğin, depresyonu olan birine daha uzun bir tatil veya mola vermesi tavsiye edilebilir. İş nedeniyle tükenmişlikte olan insanlar bu tavsiyeye uymaları halinde iyileşebilirler. Ancak depresyonu olan insanlar bunu yaparsa, bu durum işleri daha da kötüleştirebilir. Çünkü ihtiyaç duydukları yardım, psikolojik veya farmakolojik tedavi gibi farklı şeylerdir (3). Ancak tükenmişliğin bazı özellikleri çok spesifikdir. Örneğin, tükenmişlikte sorunların çoğu işle ilgilidir. Depresyonda, olumsuz düşünceler ve duygular sadece iş için değil, yaşamın tüm alanları ile ilgilidir. Depresyonun diğer tipik belirtileri arasında özgüven azalması, umutsuzluk ve intihar eğilimi vardır. Bunlar tükenmişliğin tipik belirtileri olarak kabul edilmez. Tükenmiş insanlar her zaman depresyonda değildir. Ancak tükenmişlik, kişinin depresyona yakalanma riskini artırabilir (10-12).

İşle ilgili stres faktörleri tarafından yönlendirilen ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı duygusu ile karakterize edilen bir sendrom olan tükenmişlik, daha yüksek tıbbi hata sıklığı, profesyonellikte gecikmeler, öğrenmenin engellenmesi, alkol kullanım bozukluğu ve intihar düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir (13-17). Yapılan bazı çalışmalarda tükenmişlik belirtileri görülen hekimlerin kariyer memnuniyetsizliği, mevcut işlerinden ayrılma, erken emekli olma veya klinik çalışma saatlerini azaltma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (8,17,18).

ABD'de klinisyenler tarafından yapılan çalışmalarda, klinik uzmanlık dalına göre tükenmişlik semptomları ve mesleki tatminin prevalansında önemli farklılıklar bulunmuştur (18,19). Örneğin, 6880 ABD'li doktor arasında 2014

yılında yapılan bir çalışmada (20) pediatri hekimlerinin %46.3'ü ve acil tıp hekimlerinin %71.6'sında tükenmişlik belirtileri saptanmıştır. İki bin sekiz yılında 7905 ABD'li genel cerrah, göz doktoru ve ortopedist ile yapılan çalışmada (19), genel cerrahların kariyer seçimlerinden iki kat daha fazla tatmin oldukları bulunmuştur.

Stresin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini arttırıp azalttığı bilinen kişisel faktörler de tükenmişliği ve kariyer memnuniyetini etkileyebilir. Örneğin sosyal destek ve empati stresle mücadelede olumlu etki yaparak stresin etkilerini azaltırken kaygı stresin etkilerini artırmaktadır (21).

Rotenstein ve ark. (22) 1991-2018 yılları arasında 45 ülkede yayınlanan 109.628 kişiyi kapsayan 182 çalışmanın verilerini incelemişlerdir. Toplamda, çalışmaların %85,7'si (156/182) tükenmişliği değerlendirmek için Maslach tükenmişlik ölçeğinin (MTÖ) bir versiyonunu kullanmıştır. Çalışmalar incelendiğinde genel tükenmişlik %67,0 (122/182), duygusal tükenme %72,0 (131/182), duyarsızlaşma %68,1 (124/182) ve bireysel başarıda azalma %63,2 (115/182) olarak saptanmıştır.

Medscape'in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporuna (23) göre tükenmişlik, hekimlerde mutluluğu, kişisel ilişkileri, kariyer memnuniyetini ve hasta bakımını etkileyen büyük bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu sorun son yıllarda büyük ilgi görmesine rağmen birçok hekim çok az gelişme gördüğünü söylemektedir. Beş yıl önce hekimler arasında %46 olan tükenmişlik oranı 2020 yılında %42 olarak bildirilmiştir. Son 5 yılda tükenmişlikte üst sıralarda yer alan uzmanlık alanları arasında üroloji (%54), nöroloji (%50), aile hekimliği (%46), dahiliye (%44) ve acil tıp (%43) görülmektedir. Kadınlar yıllar içinde sürekli olarak erkeklerden daha fazla tükenmişlik yüzdesi bildirmiştir. Medscape'in 2015 yılında yaptığı çalışmada tükenmişlik oranı kadın hekimlerde %51, erkek hekimlerde %43 olarak bildirilmiştir. İki bin yirmi yılında ise tükenmişlik oranı kadın hekimlerde %48, erkek hekimlerde %37 olarak bildirilmiştir (23). Yapılan çalışmada tükenmişliğe en çok ne katkıda bulunur sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında ilk 3 sırada; çok fazla bürokratik görev olması (evrak işi) (%55), işte çok fazla zaman geçirmek (%33), yönetici, işveren, iş arkadaşı veya personelden saygı görmeme (%32) yanıtlarının yer aldığı görülmüştür. Hekimler tükenmişlikle

nasıl başa çıkmaktadır sorusuna katılımcılar; kendimi başkalarından izole etmek (%45), egzersiz yapmak (%45), aile üyeleriyle veya yakın arkadaşlarla konuşmak (%42), uyumak (%40), abur cubur yemek (%33), müzik dinlemek (%32), alkol tüketmek (%24), aşırı yemek yeme (%20), sigara kullanımı (%3), reçeteli ilaç kullanımı (%2) şeklinde yanıt vermiştir. Genel olarak, hekimlerin %49'u daha fazla boş zaman karşılığında daha az para kazanmayı kabul etmektedir.

Hekimler, daha az sayıda hasta görmenin hastalara daha fazla zaman ayırma olanağı verebileceğini, mesai dışı çalışma saatlerini azaltabileceğini, kişisel memnuniyeti artırabileceğini, sonuçta tükenmişliği azaltabileceğini ve kariyer ömrünü uzatabileceğini söylemektedir. “Daha iyi bir iş-yaşam dengesi elde etmek için daha düşük maaşı kabul eder misiniz” sorusuna, erkek hekimlerin %47 oranında, kadın hekimlerin %53 oranında evet cevabı verdiği görülmüştür. Kadın hekimlerin erkeklere göre daha yüksek bir yüzdesi, daha düşük maaş almayı kabul etmektedir. Bu şaşırtıcı değildir, çünkü kadınlar genellikle çocuk bakımı ve ev içi sorumluluklar konusunda erkeklerden daha fazla zaman harcamaktadır. Birinci basamak hekimlerinin %54'ü çalışma hayatından mutlu, %11'i ne mutlu ne de mutsuz, %35'inin mutsuz olduğu görülmüştür. Diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerin ise %60'ı çalışma hayatından mutlu, %10'u ne mutlu ne de mutsuz, %30'unun mutsuz olduğu görülmüştür. Toplamda hekimlerin %59'unun çalışma hayatından memnun olduğu ve bu oranın uzman hekimlerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hekimlerin yaklaşık üçte ikisi tükenmişlikle kendi başına mücadele etmektedir (23).

ABD'de 2017 yılında, 247 acil tıp uzmanlık programından 193'ünü temsil eden 1522 acil tıp asistanı (ABD'deki tüm acil tıp asistanlarının %21,1'i) arasında tükenmişlik prevalansının değerlendirilmesi için Ulusal Acil Tıp Sağlık Araştırması yapılmıştır. Çalışmada katılımcılara Maslach tükenmişlik ölçeği çevrimiçi anket olarak uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre tükenmişlik prevalansı %76.1 (%95 güven aralığı %74.0 ila %78.3) olarak saptanmıştır. Ayrıca çalışma sonuçları incelendiğinde 2. ve 3. yıl asistanlarında tükenmişlik oranının birinci yıl asistanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (24).

Ülkemizde 2018 yılında 89 asistan hekim arasında yapılan bir çalışmada, tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili olabilecek faktörler incelenmiştir. Çalışmada

katılımcılara tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi için 22 sorudan oluşan Maslach tükenmişlik ölçeği (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme ortalama puanları $27,78 \pm 7,80$; duyarsızlaşma ortalama puanları $12,76 \pm 4,15$ ve kişisel başarıda azalma ortalama puanları $27,69 \pm 5,04$ olarak saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre katılımcılar Maslach tükenmişlik ölçeğine göre duygusal tükenme olarak yüksek, duyarsızlaşma olarak normalin üst sınırında ve kişisel başarıda azalma olarak yüksek puanlar almışlardır. Bu bize asistan hekimlerde tükenmişlik olduğunu göstermektedir. Duygusal tükenme durumu ile meslek sevgisi ve seçilen uzmanlık alanı sevgisi arasında; duyarsızlaşma durumu ile cinsiyet arasında; kişisel başarıda azalma durumu ile gelir durumu, kronik hastalık varlığı, meslek sevgisi arasında istatistiki olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (25).

MTÖ, Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen ve tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesinde yaygın kullanılan bir ölçektir (4). Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (26). MTÖ, üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır, her maddeye 0-6 arasında puan verilir. Alt ölçekler:

1. Duygusal tükenme (DT) = 9 madde
2. Duyarsızlaşma (DYS) = 5 madde
3. Kişisel başarı (KB) = 8 maddeden oluşmaktadır.

Maddeler 7 dereceli (hiçbir zaman - yılda birkaç kere- ayda bir - ayda birkaç kere – haftada bir – haftada birkaç kere – her gün) Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilgili önermeler olumsuz, kişisel başarı ile ilgili önermeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Her üç alt ölçek için önermelere verilen yanıtlar belli katsayılarla çarpılarak her birey için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenme puanları 0-16 arası düşük düzey, 17-26 arası normal düzey, 27 ve üzeri yüksek düzey; duyarsızlaşma puanları 0-6 arası düşük düzey, 7-12 arası normal düzey, 13 ve üzeri yüksek düzey; kişisel başarı puanları 39 ve üzeri düşük düzey, 32-38 arası normal düzey, 0-31 arası yüksek düzey olarak sınıflandırılmıştır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için

sınır değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayrım yapılamamakta, düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade etmektedir (13).

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde başlayan yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) hızla pandemiye dönüşmüştür. Tüm ülkelerde artan sayıda vaka, hazırlıksızlık, yaşamsal kaynak eksikliği, aşırı iş yükü ve yayılmayı kontrol edememe, hekimler, asistanlar ve diğer sağlık çalışanlarında korku ve endişeye neden olmuştur. Pandemide temel odak, enfeksiyonu önleme, enfeksiyonla mücadele etme, tedavi ve aşılarda gelişimini hızlandırarak hayat kurtarmaya odaklanmak olsa da, hekimlerin, asistanların ve diğer sağlık çalışanlarının tükenmişliği gibi kritik konulara çok az dikkat edilmektedir. COVID-19 zaten tüm sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturmuştur ve sonraki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri önlemek için ön cephede sağlık hizmeti sunan asistan hekimlerde tükenmişlik olup olmadığını saptamak ve düzeltme için somut girişimler planlamak çok önemlidir (27).

Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS), grip ve H1N1'in geçmiş salgınlarının araştırmasına dayanarak, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının değişen derecelerde tükenmişlik yaşadıkları bilinmektedir. Salgınlar sırasında hekimlerde gelişen kaygı ve stresin Maslach tükenmişlik ölçeği skorları ile pozitif korelasyonu olduğu bulunmuştur (28,29). Şimdiye kadar, COVID-19'un hekim tükenmişliğine olası katkılarına dair bir çalışma yapılmamıştır.

COVID 19 pandemisi ülkemizde de etkili olmuştur. Pandemi sırasında tüm ülkelerde sağlık çalışanları hem aşırı yük altına girmiş, hem de hem kendileri hem de aileleri için kaygı düzeyleri artmıştır. Pandeminin özellikle ön saflarda çalışan araştırma görevlilerinde tükenmişliği artıracak düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde (araştırma görevlilerinde) COVID 19 pandemisi sırasında tükenmişliğin MTÖ ile değerlendirilmesi ve pandeminin tükenmişliğe etkisinin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişliğin Tanımı

Bu fenomeni ilk tanımlayanlardan biri, 1960 yılında “A Burnt-Out Case” isimli romanında, Kongo Nehrinin üst kesimlerinde yaşayan cüzzamlı bir koloniyi anlatan, yazar Graham Greene olmuştur. Yazar, bu durumu, bir kişinin işi nedeniyle yaşadığı aşırı yorgunluk, idealizm ve tutku kaybı olarak tanımlamıştır (30).

Sağlık hizmetlerinde ise tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında, psikolog Herbert Freudenberger tarafından kliniklerde hastalara bakım veren klinik personelinin yaşadıkları duygusal ve psikolojik stres sonucunda ortaya çıkan yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmıştır. Freudenberger bu durumu, enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek şeklinde tarif etmiştir (1,2).

Maslach ve arkadaşları (4,5), yaptıkları çalışmalar sonucu tükenmişliği, tıbbi uygulamaların kronik stresinin neden olduğu duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalan bireysel başarının bir kombinasyonu olan işle ilgili bir sendrom olarak tanımlamıştır.

Maslach ve arkadaşlarına göre duygusal tükenme, tükenmişliğin temel bireysel stres boyutunu temsil etmektedir ve kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesi duygusu olarak tanımlanmaktadır. Hekimlerdeki duygusal tükenme, bir iş gününün sonunda “tükenmiş” hissetme ve duygusal bir bakış açısıyla hastalara sunacak hiçbir şeyin kalmaması anlamına gelmektedir. Duygusal tükenme işle ilgili artan sorumluluklar nedeniyle ortaya çıkmakta ve fiziksel veya zihinsel yorgunluktan farklı olarak, duygusal enerjinin tükenmesine yol açmaktadır (4,5).

Tükenmişliğin diğer bileşeni olan duyarsızlaşma, sağlık hizmeti bağlamında, bireyin hastaya olan şefkatinin duygusal mesafeye hafifletildiği "merhamet yorgunluğu" olarak tanımlanmıştır (31). Kinizm olarak da adlandırılan duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası bağlam boyutunu temsil etmektedir. Duyarsızlaşma, çalışmaya karşı soğuk veya ilgisiz bir tutumdur. Bu durum, iş

arkadaşlarına karşı meslek ahlakına aykırı şekilde konuşma, hastaları tıbbi problemlerinden dolayı suçlama ya da bir hastası hayatını kaybettiğinde empati yapamama veya keder ifade edememe gibi çevreye karşı olumsuz, duygusuz ve alaycı davranışlar olarak kendini gösterebilmektedir. Duyarsızlaşma, hastaları insandan ziyade nesne olarak tedavi etme ve hastalara karşı daha katı olma duygularını içermektedir. Bireysel başarıda azalma tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil etmektedir (4,5). Sağlık çalışanının yaşadığı duygusal kargaşa, onu işteki performansını ve yeteneğini sorgulamaya yönlendirmekte ve bu da mesleki yeterliliğinin olumsuz bir öz değerlendirmesine neden olmaktadır (31).

Bireysel başarıda azalma, kişinin yaptığı işin değerini olumsuz olarak değerlendirme eğilimi, kişinin işini yerine getirme yeteneği açısından kendisini yetersiz hissetmesi ve genel bir mesleki özsaygı kaybı olarak ortaya çıkmaktadır. Bireysel başarıda azalma, hastalara problemleri konusunda yardım etmede başarısızlık duygusunu ve hasta bakımının kalitesinde düşme veya mesleki başarılar gibi işle ilgili faaliyetlerin sonuçlarında kötüleşmeyi içermektedir. Yetersizlik duygusu iş ile ilgili verimliliğin azalmasına yol açmaktadır. Bireysel başarı düşüklüğüne genellikle bir kişinin işiyle ilgili görevleri tam olarak yerine getirememesi eşlik etmektedir (4,5).

Herbert Freudenberger ve Christina Maslach gibi araştırmacılar, tükenmişliğin sadece bireysel bir stres tepkisi olmadığını, işyeri işlemlerinde kök saldiğini, zamanla bunun bakım verme bağlamında psikolojik bozulma ve stresle bağlantılı hale geldiğini vurgulamışlardır (31).

Diğer tükenmişlik tanımlarına bakıldığında, Cherniss (32), tükenmişliği “aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki ile işten geri çekilme” ve “aşırı adanmışlık hastalığı”; Edelwich ve Brodsky (33), “insanlara hizmet verilen mesleklerde çalışan kişilerin işlerinin bir sonucu olarak deneyimledikleri ilerleyici bir idealizm, enerji ve amaç kaybı”; Pines ve Aronson (34) “bireyleri duygusal anlamda devamlı olarak tüketen ortamların; birey üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu” şeklinde tanımlamışlardır.

Sarros ve Densten (35), “aşırı stresli, talepkâr ya da mücadele ve itibardan yoksun çalışma koşullarına uyum göstermeye karşı gelişen başa çıkma

mekanizması”; Squiers ve arkadaşları, (36) tükenmişliği, sıklıkla stresin hekimleri ezmeye başladığı ve sonunda onları depresyon ve intihara iten devrilme noktası olarak tanımlarken Dr. Sexton’a göre (37) "Tükenmişlik, özünde, olumlu duyguları yaşama yeteneğinin bozulmasıdır".

Dyrbye ve ark.’nın yaptığı çalışmada (20) tükenmişlik, iş stresi sonucu oluşan sinirlilik (irritabilite), düşük enerji, konsantrasyon güçlüğü, eğlenceli şeylerden keyif alamama (anhedoni) ve uyku bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtilerden bazıları depresyon nedeniyle de görülebilmekte; ancak depresyonun aksine, tükenmişlik nörobiyolojik sorunlardan kaynaklanmamaktadır. Yine depresyonun aksine tükenmişliği olan hastalarda kimyasal dengesizlikler, hiperaktif varsayılan duygudurum ağları yoktur. Tükenmişlik, sosyal faktörlerden kaynaklanmakta ve tolerans pencerelerinin dışına itilen, adanmış, şefkatli bazı bireyleri etkilemektedir (20,38). Bununla birlikte tükenmişliğin bir stres semptomu olduğu ve ruh sağlığının bozulması ile ilişki olduğu belirtilmiştir (39).

Tükenmişlik aynı zamanda çok aşamalı sürekli devam eden bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Başlangıçta, kendini kanıtlama arzusu biçimindeki aşırı hırs, kişinin kendi ihtiyaçlarını ihmal etmesine yol açmaktadır. İlk fiziksel yorgunluk belirtilerine rağmen, temel ihtiyaçların reddedilmesi geri çekilmeye ve sosyal temasın azalmasına yol açmakta, ardından akrabalar ve meslektaşlar tarafından görülebilen davranış değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Son olarak birey, yaşamın "mekanik" görüldüğü, ruhsal boşluğa ve patolojik aşırı tepkilere yol açan, zihinsel ve/veya fiziksel çöküş veya tükenmişlikle sonuçlanan duyarsızlaşmayı yaşamaktadır. Bu değişiklikler, beyindeki serotonin ve dopamin yollarında meydana gelen, kronik stres ve depresyonda da görülen benzer fizyolojik değişikliklerle desteklenmektedir. Tükenmişlik, kişisel düzeyde, anksiyete ve depresyona, intihar düşüncesine, uyku bozukluklarına ve ayrıca düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol seviyelerinde artış ve kas-iskelet sistemi şikâyetleri gibi fiziksel sekellere yol açabilmektedir (31, 40).

Tükenmişlik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. Revizyonunda (ICD-11) “Sağlık durumunu veya sağlık hizmetleriyle teması etkileyen faktörler” bölümünde “İş

veya işsizlikle ilgili problemler” başlığı altında tanımlanmıştır ve QD85 kodu ile belirtilmektedir (İlgili bölümde insanların sağlık hizmetlerine başvurma nedenlerini içeren ancak hastalık olarak sınıflandırılmayan durumlar anlatılmaktadır) (41). DSÖ’ye göre tükenmişlik tıbbi bir durum olarak değil mesleki bir olay olarak sınıflandırmada yer almıştır.

Tükenmişlik ICD-11’de şu şekilde tanımlanmıştır:

“Tükenmişlik, başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan durum olarak kavramsallaştırılan bir sendromdur.” Tükenmişlik üç boyutla karakterizedir:

1. Enerji azalması veya tükenme duyguları
2. Bir kişinin işinden zihinsel olarak uzaklaşması veya işiyle ilgili olumsuzluk veya kinizm duyguları
3. Azalmış mesleki başarı

DSÖ’ne göre tükenmişlik, özellikle mesleki bağlamdaki olayları ifade eder ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri açıklamak için kullanılmamalıdır (42).

Medscape’in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıym Raporunda tükenmişlik, uzun vadede bitkinlik ve kinizme yol açan, kişinin iş sorumluluğundan kaynaklanan çözülmemiş işle ilişkili stres ve kişisel başarı duygusu yokluğu olarak tanımlanmaktadır (23).

2.2. Tükenmişliğin Saptanması, Tükenmişlik Ölçekleri

Tükenmişliği teşhis etmek için iyi çalışılmış bir yöntem yoktur. Öz değerlendirme için çeşitli anketler kullanılmaktadır. Ancak, genel olarak kabul edilen bir tükenmişlik tanımı olmadığından, anketlerin tükenmişliği gerçekten “ölçüp ölçemeyeceği” ve bunu diğer hastalıklardan ayırt edip edemeyeceği net değildir. Tükenmişlik riskiyle ilgili çevrimiçi anketler, bir kişinin tükenmiş olup olmadığını veya semptomların başka bir şeyden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için uygun değildir (4,5).

2.2.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ölçek farklı meslek grupları için mevcut olan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”dir (MTÖ) (4,5,13). Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen Maslach tükenmişlik ölçeği, üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler:

1. Duygusal Tükenme (DT) = 9 madde
2. Duyarsızlaşma (DYS) = 5 madde
3. Kişisel Başarı (KB) = 8 maddeden oluşmaktadır.

Ölçekte bulunan 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı) “Duygusal Tükenme” (DT), 5 madde (5, 10, 11, 15, 22 numaralı) “Duyarsızlaşma” (DYS) ve 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı) “Kişisel Başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Maslach tükenmişlik ölçeğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilgili önermeler olumsuz, kişisel başarı ile ilgili önermeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır.

Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (26). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması aşamasında bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan en önemlisi özgün formda 7 basamaklı olan cevap seçeneklerinin 5 basamağa indirilmiş olmasıdır. Özgün formda bu seçenekler “hiçbir zaman - yılda birkaç kere - ayda bir - ayda birkaç kere – haftada bir – haftada birkaç kere – her gün” şeklindedir. Ancak farklı eğitim düzeyindeki hemen hemen bütün katılımcılar bu şekilde cevap vermekte zorluk çektiklerinden, basamak sayısı 5’e düşürülmüştür. Sonuç olarak Ergin, ölçeği 7’li Likert yerine 5’li Likert olarak uyarlamıştır. Buna göre ölçekte yer alan maddeler 5 dereceli (hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman) Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Her birey için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için sınır değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamakta; düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenme puanları 0-16 arası düşük düzey, 17-26 arası orta düzey, 27 ve üzeri yüksek düzey; duyarsızlaşma puanları 0-6 arası düşük düzey, 7-12 arası orta düzey, 13 ve üzeri yüksek düzey; kişisel başarı puanları 39

ve üzeri düşük düzey, 32-38 arası orta düzey, 0-31 arası yüksek düzey olarak sınıflandırılmıştır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeği için *toplam puan arttıkça tükenmişlik artar* şeklinde yorumlanırken, kişisel başarı alt ölçeği için *toplam puan düştükçe tükenmişlik artar* şeklinde yorumlanmaktadır (13,26).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması çalışmasında geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin sonucunda ölçeğin üç alt boyutuna ilişkin Cronbach's Alpha katsayıları: DT için 0,83; DYS için 0,65; KB için 0,72 olarak raporlanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı 0-1 arası dağılım gösterir. $0,00 \leq \alpha < 0,40$ güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ düşük güvenilirlikte, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1$ yüksek derecede güvenilir demektir. Dolayısıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik kriterleri bakımından yeterli olduğu kanaatine varılmıştır (26).

2.2.2. Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik Ölçeği, 1988 yılında Pines ve Aronson tarafından geliştirilmiştir. Yazarlar, tükenmişliği, duygusal olarak zorlu durumlarda insanlarla ilişki kurmaktan kaynaklanan fiziksel, zihinsel ve duygusal tükenme durumu olarak tanımlamaktadır. Bu ölçek 7 kategorili Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirilen 21 maddeden oluşmaktadır. Dört farklı tükenmişlik ölçüsü için ölçek puanları ve genel puanlar kullanılmaktadır (34).

2.2.3. Shirom-Melamed Tükenmişlik Ölçeği

Shirom-Melamed Tükenmişlik Ölçeği üç alt ölçekten oluşmaktadır: Fiziksel yorgunluk, duygusal tükenme ve bilişsel tükenme. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt ölçek 7 puanlı (1 = hiçbir zaman; 7 = her zaman) Likert tipi ölçekte derecelendirilen dört madde içermektedir (43).

2.2.4. Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği

Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği, 2005 yılında Kristensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (44). Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeğinin tükenmişliği sadece çalışan insanlara atfetmesi ve tükenmişliğin sadece çalışanlarda görülmediği varsayımından yola çıkarak

Maslach tükenmişlik ölçeğinin eksik kalacağı hipoteziyle geliştirilmiştir. Türkçeye çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2008 yılında Bakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (45).

Kopenhag tükenmişlik ölçeği, kişisel tükenmişlik, işle ilgili tükenmişlik ve müşteri ile ilgili tükenmişlik olmak üzere 3 alandan oluşmaktadır. Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte; kişisel tükenmişlik 6 madde, işle ilgili tükenmişlik 7 madde ve müşteri ile ilgili tükenmişlik ise 6 maddeden oluşmaktadır. Kopenhag Tükenmişlik Ölçeği daha hassas bir ölçümü hedeflediğinden 5’li Likert tipi yapısını korumasına rağmen 25’lik puan adımlarını kullanmaktadır (Örn: 0: Hiç/Hemen hemen hiç; 25: Nadiren, 50:Bazen; 75: Sık sık; 100: Her Zaman) (44).

2.2.5. Oldenburg Tükenmişlik Ölçeği

Oldenburg tükenmişlik ölçeği, Demerouti ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Oldenburg tükenmişlik ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeğinin özellikle duygusal tükenmişliğe odaklanmasından yola çıkılarak kişilerde sadece duygusal değil fiziki ve bilişsel tükenmişliği de saptamaya yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek 8 maddelik tükenmişlik alt birimi ve 8 maddelik geri çekilme alt birimi olmak üzere iki alt birimden ve toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “1:kesinlikle katılmıyorum ve 5: kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Ölçekte tükenmişliğin iş alanındaki taleplerden kaynaklandığı, geri çekilmenin ise iş kaynaklarındaki eksikliklerden meydana geldiği öngörülmüştür (46).

2.2.6. Bergen Tükenmişlik Ölçeği

Bergen Tükenmişlik Ölçeği-15, Näätänen, Aro, Matthiesen ve Salmela-Aro tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek 6 kategorili Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirilen 15 maddeden oluşmaktadır (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 6 = Kesinlikle katılıyorum). Bergen Tükenmişlik Ölçeği’nin 3 alt ölçeği vardır: Yorgunluk (5 madde), kinizm (duyarsızlaşma) (5 madde) ve mesleki özsaygı kaybı (5 madde). Yorgunluk, yetersiz öz kaynaklar nedeniyle işin gerekliliklerini karşılayamama anlamına gelmektedir. Kinizm, kişinin işe olan ilgisini kaybetmesi ve çalışmasının hiçbir anlamı olmadığını hissetmesidir. Mesleki özsaygı kaybı,

yorgunluğun ve kinizmin ego yapılarına yayılması ve kişinin işine karşı olan özsaygısını kaybetmesi anlamına gelmektedir (47).

2.2.7. Hekim Tükenmişlik Anketi

Hekim Tükenmişlik Anketi (PhBQ), 2012 yılında Moreno ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hekim Tükenmişlik Anketinin üç ana bileşeni bulunmaktadır: Tükenme, geri çekilme ve beklenti kaybı. PhBQ “1: kesinlikle katılmıyorum ve 4: kesinlikle katılıyorum” şeklinde 4’lü Likert tipi yanıtlanan önermelerden ve bağımsız olarak da kullanılabilen dört alt ölçekten oluşmaktadır. Dört alt ölçek şunlardır:

1. Hekim Tükenmişlik Sendromu Ölçeği, bilişsel bileşenleri, davranışsal ve duygusal sendromları değerlendiren 12 maddelik ölçektir
2. Hekim Tükenmişlik Öncülleri Ölçeği, hekimlerin işi, sosyal ve örgütsel ortamıyla ilgili konuları (mesleğin sosyal bozulması, zaman baskısı, sosyal baskı, yönetimle ilişki ve denetim, acı ve ölümle temas ve hastalarla zor etkileşim) analiz eden 24 maddelik ölçektir
3. Hekim Tükenmişlik Sonuçları Ölçeği, mesleki izolasyon ve istifa etme niyeti gibi kişisel (fiziksel ve duygusal) ve örgütsel sonuçları dikkate alan 16 maddelik ölçektir
4. Pozitif Kişisel Kaynaklar Ölçeği, tükenmişlik sürecinin dört bireysel moderatörünü (sözlü duygusal ifade, bağlılık, anlaşılabilirlik ve duygusal öz düzenleme) içeren 20 maddelik ölçektir (48).

2.3. Tükenmişliğe Katkı Yapan Etmenler

Hekim tükenmişliğine katkı yapan etmenleri anlamak, tükenmişliği önlemek için geliştirilmekte olan müdahale şekillerine katkı sağlamaktadır ve hekimlerin semptomlarla baş etmesine yardımcı olacak hizmetleri desteklemektedir. Geçmişten bu zamana tükenmişliği ele alan çoğu program, hekimlerin bireysel tedavisine odaklanmıştır (49). Hekim tükenmişliğinin temel nedenlerini tanımlamanın ve ele almanın önemi fazla vurgulanamamıştır. Yapılan çok sayıda araştırmaya rağmen, hekim tükenmişliğinin nedenleri hakkında kesin veriler hala mevcut değildir (50).

Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde ilginç bir şekilde, özveri, vicdan, sorumluluk ve motivasyon gibi görünüşte olumlu karakter özelliklerinin, muhtemelen bu özelliklere sahip olan bireylerin idealist ve mükemmeliyetçi niteliklerini karşılayan iş tatminine ulaşamamaları nedeniyle hekimlerde tükenmişlik riskini artırdığı görülmektedir (51,52). Diğer mesleklerle karşılaştırıldığında hekimler, çalışma saatleri ve eğitim düzeyi gibi faktörleri kontrol ettikten sonra yaklaşık iki kat daha fazla tükenmişlik ve iş-yaşam memnuniyetsizliği riskine sahiptir (53). Tükenmişliğin yaklaşık yüzde 80'ni hekimlerin çalıştığı kaotik ortama ve sadece yüzde 20'si kişisel faktörlere bağlanmaktadır (54).

Medscape'in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporuna (23) göre tükenmişliğe etki eden etmenler şu şekildedir:

- Çok fazla bürokratik görev: %55
- İşte harcanan saatlerin fazlalığı: %33
- Yöneticilerden, patronlardan, personelden ya da iş arkadaşlarından saygı görememe: %32
- İş yerinde bilgisayar kullanımının artması (Elektronik Sağlık Kaydı): %30
- Yetersiz destek ve geri ödeme: %29
- Kontrol, otonomi yokluğu: %24
- Bir dişli çarkın çarkı gibi hissetme: %22
- Geri ödemede, teşviklerde azalma %19
- Hastalardan saygı görememe: %17
- Hükümet düzenlemeleri: %16
- Diğer: %7

Uzun çalışma saatleri, aşırı iş yükü ve destek yokluğu pek çok hekimi tükenme noktasına iten faktörler arasındadır. Tükenmişliğin başta gelen nedenleri yıllardır değişmemektedir. Jenerasyonlara göre sırasıyla tükenmişliğe en fazla katkı yapan 3 etmen şu şekildedir:

Milenyum jenerasyonu (25-39 yaş): Çok fazla bürokratik görev, işte çok fazla zaman geçirme, kendilerine saygı duyulmaması

X jenerasyonu (40-54 yaş): Çok fazla bürokratik görev, kendilerine saygı duyulmaması, işte çok fazla zaman geçirme

Bebek patlaması (Baby Boomers) jenerasyonu (55-73 yaş): Çok fazla bürokratik görev, artan elektronik sağlık kayıtları yükü, işte çok fazla zaman geçirme (23).

Literatüre göre, mesleki tükenmişliği etkileyen pek çok faktör vardır. Tükenmişlik risk faktörleri arasında genç yaş, uzun çalışma saatleri, yalnız yaşama, işinde fazla beğenilmeme, tatil süresinin yetersiz olması, yaşanan coğrafi bölge, kontrol eksikliği, belirsiz iş beklentileri, bozulmuş işyeri dinamikleri, aşırı iş yükü, sosyal destek eksikliği, iş-yaşam dengesizliği, anksiyete bozukluğu ve empati noksanlığı bulunmaktadır (20,38,55). Artan üretkenlik gereksinimlerinin / beklentilerinin tükenmişliğe katkıda bulunduğu belirtilmektedir (56).

Yapılan bazı çalışmalarda tükenmişlik risk faktörleri klinisyen düzeyinde ve uygulama düzeyinde olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Klinisyen düzeyindeki tükenmişlik risk faktörleri arasında kariyerin ortasında olma, klinik faaliyetlerde daha fazla zaman harcama ve kadın cinsiyet yer almaktadır (57-61). Kariyerlerinin ortasında olan hekimlerin daha uzun saatler çalıştığı, daha fazla gece görüşmesi yaptığı ve diğer yaş gruplarına göre daha fazla tıbbi heyet görevleri ile ilgilendiği saptanmıştır (62). Uygulama düzeyindeki tükenmişlik risk faktörleri arasında ise elektronik sağlık kaydı (ESK) yükü, iş stresi, klinik ekibinin uyumsuz çalışması ve klinik yöneticisi seçiminin kötü yapılması yer almaktadır (59, 63-67). İş tatmini ve stres seviyesinin yöneticinin liderlik becerilerinden güçlü bir şekilde etkilendiği genel kabul görmektedir. Bunun hekimler için de geçerli olduğu bilinmektedir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, yönetici kalitesi ile tükenmişlik ve iş tatmini seviyeleri arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermektedir (67).

Medscape'in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporuna (23) göre kadın hekimler yıllar içinde sürekli olarak erkek hekimlerden daha yüksek oranda tükenmişlik bildirmişlerdir. Medscape'in 2019 yılındaki raporunda (69) kadın hekimlerde %50, erkek hekimlerde %39 olan bu oran; 2020 yılında kadın hekimlerde %48, erkek hekimlerde %37 olarak saptanmıştır. Raporda bu sonuca çok sayıda faktörün katkıda bulunabileceği belirtilmektedir. Kadınların, tipik olarak, psikolojik sorunları kabul etme olasılığının daha yüksek olması nedeniyle tükenmişliği erkek meslektaşlarına göre kabul etme olasılıkları da daha yüksektir.

İkincisi, kadınların çocuk bakımı ve ev/aile sorumluluklarını daha fazla üstlendiği belirtilmektedir (23,68,69).

Aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada (70) tükenmişliğin yaygın etmenleri, evrak işleri, kendini değersiz hissetme, sevk zinciri ile ilgili hayal kırıklıkları, zor hastalar, tıbbi hukuk sorunları ve iş-yaşam dengesini bulmadaki zorluklar olarak belirtilmiştir. (70) Bu etmenler, bir hekimin kariyerinin farklı aşamalarında değişen etkilere sahiptir. İş-yaşam çatışmasının çözülmemesi hekimler üzerinde kariyerlerinin erken dönemlerinde en büyük etkiye sahiptir. Uzun mesai saatleri, sık telefon görüşmeleri, idari iş yükünden kaynaklanan sinirlilik ve geri ödeme sorunları, kariyerlerinin ortasındaki hekimleri güçlü bir şekilde etkilemektedir (57).

Amerikan Tabipler Birliği, 2013 yılında, hekimlerin mesleki memnuniyetinin yüksek öncelikli belirleyicilerini saptamak için bir çalışma yaptırmıştır. Mesleki memnuniyeti etkileyen iki önemli faktörün elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı ve hekimlerin yüksek kaliteli bakım sağlama yeteneklerine ilişkin algıları olduğu bildirilmiştir. Hekimin mesleki memnuniyetini etkileyen diğer faktörler ise; özerklik ve iş kontrolü, lider olmak, meslektaşlar arasında arkadaşlık, işbirliği, adalet ve saygı, iş miktarı ve hızı, yasal ve mesleki sorumluluk endişeleri, yapılan işin içeriği, yardımcı sağlık çalışanları ve destek personeli olarak belirtilmiştir (71).

Mevcut uygulama koşulları ile ilişkili diğer problemler muhtemelen hekimlerin üstesinden gelmek için donanımlı olmadığı ek stres kaynaklarıdır. Tıbbın birincil tutkularıyla (örneğin; hasta bakımı, araştırma ve öğretim) çelişen ve bunlardan uzaklaştıran tıbbi bürokrasinin artan talepleri buna bir örnektir. Bu görevler doğrudan hasta bakımından ziyade hekimin daha fazla zamanını almaktadır (72,73).

Teorik olarak sağlık bilgi teknolojisinin sağlık uzmanları arasındaki iletişimi iyileştirmesi, hasta verilerine erişmeyi ve incelemeyi kolaylaştırması, faturalama ve sigorta bürokrasisini ortadan kaldırması ve hem doktorlar hem de hastalar için genel sağlık deneyimini iyileştirmesi beklenmektedir. Ancak teoride kulağa hoş gelen şey, gerçek dünyada her zaman bu şekilde gerçekleşmemektedir. Aslında, artan kanıtlar, elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) kullanımının, bir aile

hekiminin iş gününün önemli bir kısmını alabileceğini, bu da onların işlerini yapmalarını zorlaştırdığını ve mesleki tükenmişliğe katkıda bulunduğunu göstermektedir (74-76).

Sağlık bilgi teknolojileri ile ilgili stres ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (77) elektronik sağlık kaydı kullanan hekimler arasında stresin yaygın olduğu ve hem stres hem de tükenmişliğin özellikle aile hekimleri ve birinci basamakta çalışan diğer kişiler arasında yaygın olduğu bulunmuştur. Çalışma, elektronik sağlık kayıtlarının kullanımının hekim stresine ve tükenmişliğine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır. Birçok hekim, ESK kullanmanın günlük hayal kırıklığı düzeylerine katkıda bulunduğunu bildirmiştir. Hekimler ayrıca dokümantasyon için yetersiz zamana sahip olduklarını ve evde ESK'ler üzerinde çalışmak için büyük miktarda zaman harcadıklarını bildirmişlerdir (77). ESK'lerin büyük bir revizyona ihtiyacı bulunduğu, yeni tasarımın, yazılım geliştiriciler tarafından değil hekimler tarafından yapılması gerektiği düşünülmektedir. Daha iyi ses tanıma, belgelemeye yardımcı olacak yapay zeka ve büro iş yükünü azaltan diğer yetenekler geliştirilmesi beklenen teknolojilerdir (56).

2.4. Tükenmişliğin Önlenmesi ve Tedavisi

Tükenmişlik ile ilgili sayısız olumsuz sonuç göz önüne alındığında, tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisi hastalar, hekimler, bakım ekipleri ve sağlık sistemleri için önemlidir. Ne yazık ki, tükenmişlik ile ilgili araştırmaların çoğu, tedavisi veya önlenmesi için en uygun stratejilere değil, yaygınlığına odaklanmıştır (78). Tükenmişlik strese uygunsuz bir yanıt olarak tanımlandığı için tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisinin iki şekilde kavramsallaştırılması önerilmiştir.

- Stresli uyaranlarda azalma
- Stresle başa çıkma kapasitesinde artış (esneklik) (79).

Tükenmişliğin önlenmesine yönelik bugün üzerinde durulan nokta, tükenmişliğe yol açabilecek her türlü stresin üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanan hekim “esnekliğini” arttırmayı amaçlayan girişimlerdir (36). Esneklik,

gelişim psikolojisi, sosyoloji ve tıbbi travma dahil olmak üzere çeşitli akademik mercekler altında incelenmiştir (80-82).

Esnek bir birey, stresli uyaranlara yanıt olarak gelişmiş iyileşme yoluyla stresle mücadele etme yeteneğine sahiptir. İyileşme süresinin değeri, esnek bir bireyin karşı karşıya olduğu stres miktarıyla orantılı olarak artar. Esneklikteki artışlar birey, aile, örgütsel ve toplum düzeyinde faaliyet gösteren bir dizi faktör tarafından motive edilebilir. Bu etmenler 4 grupta sınıflandırılır (83):

1. Bireysel Faktörler

- Pozitif başa çıkma
- Pozitif davranma
- Pozitif düşünme
- Gerçekçilik
- Davranışsal kontrol
- Fiziksel zindelik
- Anlayışlılık

2. Ailesel Faktörler

- Duygusal bağlar
- İletişim
- Destek
- Yakınlık
- Teşvik
- Uyum yeteneği

3. Örgütsel Faktörler

- Pozitif çalışma ortamı
- Ekip çalışması
- Uyum

4. Toplumsal Faktörler

- Aidiyet
- Uyum
- Birlik olma

- Toplu etkinlik

Gerçekte sağlam bir temel, güçlü bir değer sistemi ve benzersiz zorlukları çözmek için doğaçlama yapma yeteneği ve istekliliği de dahil olmak üzere belirli kişilik özellikleri de hekimlerin esnekliği ile ilişkilendirilmiştir (84). Empati, destek programlarına erişim, iyi bir iş-yaşam dengesi ve iş yerinde değer görme tükenmişliğe karşı koruma sağladığı görülen faktörler arasında yer almaktadır (20,55).

Shanafelt ve ark. (85) tarafından yapılan bir çalışmada, bireysel düzeyde düzenli aerobik ve/veya anaerobik egzersiz, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına yılda bir ziyaret, yaşamda kişisel olarak neyin önemli olduğuna odaklanmak, tatil yapmak ve kişinin dini /manevi yaşamını beslemesi de dahil olmak üzere çeşitli kişisel sağlık stratejilerinin cerrahlarda tükenmişliğe karşı koruyucu olduğu bildirilmektedir.

Tükenmişliğin önlenmesinde bir diğer araç duygusal zeka kavramıdır. Duygusal zeka kavramının temel bileşenleri, 1990 yılında psikolog Peter Salovey ve John D. Mayer (86) tarafından şu şekilde tanımlanmıştır:

- *Duyguları algılama yeteneği - yani, kendinizde ve başkalarında oluşan duyguları tam olarak fark etme yeteneği*
- *Düşünmeyi kolaylaştırmak için duyguları kullanma yeteneği - yani dikkat etmeniz gereken konulara sizi yönlendirmek*
- *Duyguları anlama yeteneği - duyguların nedenleri, anlamları ve düşünce ve davranışlarla ilişkileri*
- *Belirli hedeflere ulaşmak için duyguları yönetme yeteneği.*

Yazar Daniel Goleman (87) ise duygusal zekanın temel bileşenlerini şu şekilde ifade etmektedir:

- *Öz farkındalık - kişisel ruh hallerini, duyguları ve dürtüleri tanıma ve anlama yeteneği,*
- *Kendi kendine yönetim - yıkıcı dürtüleri ve ruh hallerini kontrol etme veya yeniden yönlendirme yeteneği,*
- *Empati - başkalarının duygusal deneyimlerini ve tepkilerini anlama yeteneği,*

- *İlişki becerileri - ilişki kurma ve ilişkileri yönetme yeteneği.*

Duygusal zekanın bileşenleri, etkili hasta bakımı sağlamada yardımcıdır ve hastaların hekimlerinde değer verdiği özelliklerdir. Buna ek olarak, son yirmi yılda, birçok kuruluş duygusal zekayı sahip olunması gereken bir liderlik yetkinliği olarak görmeye başlamıştır. Hatta bazıları, duygusal zekanın üst düzey liderlik pozisyonlarında olanlar için mesleki başarının yaklaşık yüzde 90'ını oluşturduğunu ifade etmektedir (88). Bir kurumdaki hekimler ve diğer yöneticiler, duygusal olarak zeki davranışlar sergilediklerinde, birlikte iyi çalışan ve daha yüksek performans seviyelerine ulaşan ekiplerin yetiştirilmesine yardımcı olmaktadır. Yüksek duygusal zekaya sahip ekip üyeleri, kendileri, birbirleri ve nihayetinde hastaları ile daha fazla ilgilenebilmektedir. Duygusal zeka çok büyük stres ve değişimler karşısında bile çalışmaktan zevk almak için gerekli iç koşulları oluşturmaya yardımcı olabilmektedir (89). Hekimlerin ve sağlık ekiplerinin esnekliği artırmak, tükenmişliği önlemek, iş bırakma seviyelerini azaltmak ve daha yüksek hasta memnuniyeti düzeylerine ulaşmak için duygusal zekayı bir öncelik haline getirmesi önerilmektedir (90).

Ayrıca özenli ve nazik iletişim eğitiminin yanı sıra psikodinamik, bilişsel, eğitici ve motivasyonel görüşmeye dayalı bireysel ve grup danışmanlığı tükenmişlik önlemi olarak önerilmektedir. Ek önlemler arasında, önceliklendirme becerilerini geliştirerek stres yönetimine odaklanan hekimler için yarım günlük çalıştaylar ve yöneticiler için tükenmişlik yönetimi stratejilerini vurgulayan özet çalıştaylar bulunmaktadır. Mesleki sorumluluk ve odaklanma alanı olarak bunu benimseyen liderlerin sayısı arttıkça, hekimlerin ve diğer klinisyenlerin çalıştığı bakım ortamlarında düzelmeler görülmesi beklenmektedir (91). Diğer yandan tıp fakültelerinin de başka bir destek kaynağı olabileceği belirtilmektedir. Hekim olmanın duygusal yönüne daha fazla vurgu yapılması ve öğrencilere kariyerleri boyunca stresle başa çıkmak için kullanabilecekleri araçlar sağlanması gerektiği ifade edilmektedir (56).

Medscape 2020 Asistan Hekim Yaşam Tarzı ve Mutluluk Raporuna göre çalışmaya katılan asistan hekimlerin dörtte üçünün (%75) bir işyeri stres programına erişimi bulunmaktadır. Yine de, çalışmaya katılanların sadece % 25'i onlardan faydalandığını ifade etmektedir (92).

Medscape'in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporuna göre (23) ise çalışmaya katılan hekimlerin dörtte birinden biraz fazlası (%28) işyerlerinin stres ve/veya tükenmişliği azaltma programları sunduğunu söylerken, yarısı işyerlerinin böyle bir program sunmadığını belirtmiştir. Geri kalan %22 (Y kuşağı arasında bu oran daha yüksek) bu tür programların kendileri için mevcut olup olmadığını bilmediklerini ifade etmiştir. Kurumlar ve hastanelere hekimlere esenlik programları sağlamaları için artan bir baskı olsa da, toplamda çalışmaya katılan hekimlerin %42'si bu programlara katılmayacaklarını belirtmiştir. Pek çok hekim bu tür programların yararlı olduğuna inanmamakta; diğer bir kısmı ise iş yerindeki meslektaşlarının tükenmiş hissettiklerini bilmelerini istememektedir.

Medscape 2018 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporunda tükenmişlik bildirmeyen hekimlerden işle ilgili stresi nasıl önledikleri açıklamaları istenmiştir. Katılımcılar, çoğu zaman işle ilgili olumlu bir tutum sergilediklerini, beklentilerini yönetmeye çalıştıklarını ve iş ve ev yaşamlarını dengelemeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Ancak bazıları sadece şanslıdır çünkü esnek çalışma programları, destekleyici meslektaşları ve / veya iyi bir işyeri ortamları bulunmaktadır (76).

Medscape 2018 Hekim Yaşam Tarzı ve Mutluluk Raporunda hekimlere kişisel inanç sistemleri sorulmuştur. Çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık dörtte üçü (%73) manevi veya dini inançları olduğunu söylerken, %27'si dini inancının olmadığını belirtmiştir. Dini inanca sahip olanların dörtte üçünden fazlası (%76) inançlarının stresle başa çıkmalarına yardımcı olduğunu ifade etmiştir (93).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık hizmetlerinde daha iyi bir çalışma sistemi için ayrıca şunlar önerilmektedir:

1. Hekimlere tekrar güvenilmesi, hastaların tıbbi bakımına değer katmayan müdahaleci düzenlemelerin ortadan kaldırılması ve kaliteyi değerlendirmek için daha doğru yaklaşımlar geliştirilmesi
2. Hekimlerin sadece kendilerinin yapabileceği işe odaklanmasına izin verilmesi
3. İyi hasta bakımı sağlamak için gereken zamanın ve iş yükünün saptanması

Yüksek kaliteli tıbbi bakım sağlamak için stratejik bir zorunluluk olarak hekimlerin sağlık ve iyilik halinin ölçülmesi, izlenmesi ve kıyaslanması gerekmektedir.

Bu değişikliklerin gerçekleştirilmesi, etkili liderlerin hekimlerle ortak çalışmasını gerektirmektedir. Bu yaklaşım, hekimleri bozuk bir sistemdeki kurban olmaktan kendi geleceklerini yaratmak için liderlerle çalışan ortaklara dönüştürmektedir (56).

De Marchis ve ark. (94) tarafından yapılan çalışmada hekim tükenmişliği azaltma çabalarının, diğer değiştirilebilir tükenmişlik risklerini hedeflemenin yanı sıra, kliniklerin hastaların sosyal ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinin artırılması gibi yapısal sorunları ele alarak daha da ileri götürülebileceği sonucuna varılmıştır (94).

Sağlık hizmeti sistemleri ve diğer hekim işverenleri arasında, hekim memnuniyetini ve refahını içeren kurumsal başarı ölçütlerini uygulama ve hekimlerin karar verme özerkliğini koruyan uygulama modelleri geliştirme gibi daha sistem düzeyinde müdahaleler benimseme yönünde büyüyen bir eğilim olduğu da belirtilmektedir (95).

Tükenmişlik krizini çözmek için, hekim uygulamalarını etkileyen çeşitli alanlardaki tüm paydaşların harekete geçmesi gerekmektedir. Hekimler hala eğitimdeyken uygulanırsa tükenmişliği giderebilecek ve orta ve uzun vadede ek faydalar sağlayabilecek üç eylem adımı sunulmuştur:

1. Tükenmişlik ve buna bağlı zorluklar yaşayan hekimler için proaktif ruh sağlığı tedavisinin desteklenmesi.

Tükenmişlikle başa çıkmak için yardım arayan hekimler, bunu yaptıkları için damgalanmış hissedebilir ve meslek son birkaç yıldır işleri kolaylaştırmaya çalışsa da, hekimlerin ihtiyaç duydukları yardımı almalarının yine de zor olabileceği belirtilmektedir. Hekim kuruluşlarının ve diğer kurumların, hekimlerin uygulama becerilerini engellemeden ihtiyaç duydukları tedaviyi ve desteği almalarını kolaylaştıracak adımlar atmaları önerilmektedir. Aynı zamanda, asistan hekimler ve tıp öğrencileri için yararlı bir kaynak olabilecek hekim sağlık programlarının rolü de önemlidir.

2. Kullanılabilirliğe ve açık uygulama programlama arayüzlerine güçlü bir şekilde odaklanarak elektronik sağlık kaydı standartlarının iyileştirilmesi.

Elektronik sağlık kaydı (ESK), hasta bakım kalitesinin geliştirilmesine çok az katkısı olan, birçok hekim için sinir bozucu bir iş yüküne neden olan bir işlemdir. Bu da hastalarla geçirilebilecek zamanı azaltmaktadır. Ulusal Sağlık Bilgi Teknolojisi Koordinatörlüğü'nün yeni standartlar yayınlamadaki gecikmesinin ve kullanılabilirlik ve iş yüküne ilişkin uzun süredir devam eden endişelere değinmemesinin, hekimlerin hasta bakımı hedeflerine etkili ve verimli bir şekilde ulaşmak için elektronik sağlık kaydı kullanırken karşılaştıkları önemli zorluklara ve engellere katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bu sorunun çözülmesine yardımcı olmak için, Ulusal Sağlık Bilgi Teknolojisi Koordinatörlüğü'nün yazılım şirketlerine sertifikalı ESK sistemlerinin hepsi olmasa da çoğuyla çalışabilen uygulamalar geliştirmesi için izin vermesi tavsiye edilmektedir. Bunun, hekimlere ve hastanelere, gerekli bütün hasta bilgilerini toplarken, tercih edilen bir uygulamayı diğeriyle değiştirme, iş akışını özelleştirme ve kullanılabilirliği geliştirme yeteneği vereceği ileri sürülmektedir (95).

3. Her büyük sağlık kuruluşuna üst düzey sağlık görevlileri atanması.

Bu kişiler, şubeler ve ekipler arasında çalışma yetkisine sahip, üst düzey, yarı zamanlı veya tam zamanlı yöneticiler olacaktır. Bu görevliler, tükenmişliğin kapsamını ve ciddiyetini incelemekten, idari yükü azaltan seçenekleri araştırmaktan ve bulguları raporlamak ve diğer uzmanlarla paylaşmaktan sorumlu olacaktır. Anlamlı bir değişikliği gerçekten sağlamanın tek yolu savunuculuk çabalarından ve tükenmişliğin klinisyenler, sağlık hizmetleri altyapısı ve ekonomisi ve en önemlisi hasta bakımı ve sonuçları için bir tehdit olduğunu vurgulamaya devam etmekten geçmektedir (74, 96).

Kısa, orta ve uzun vadede fayda sağlayacak acil bir konu olarak uygulanması önerilen ek öneriler belirtilmiştir. Bu önerilere göre, kurumlar, ruh sağlığı hizmetleri de dahil olmak üzere, hekimler için sağlık hizmetlerine erişimi derhal iyileştirmeli ve genişletmelidir. Hekimlerin, tükenmişliğin belirtilerini önlemek ve gerektiğinde yönetmek için bu tür hizmetlerden yararlanmaya teşvik edilmesi gerekmektedir (97). Hekimlerin kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğini ve güvenliğini sağlamak için prosedürlerin gözden geçirilmesi gerektiği

belirlenmektedir (98). Hastaneler ve diğer sağlık hizmet kurumları, hekimlerin ruh sağlığı hizmeti alma konusundaki endişelerini kabul ederek ve özellikle kariyerlerinin savunmasız bir aşamasında olan asistan ve stajyer hekimler için gizli bakım alma yollarını ve fırsatlarını açıkça belirleyerek bu çabayı tamamlaması ve desteklemesi önerilmektedir. Uygun ruh sağlığı hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, tüm hekimlere ve tıp öğrencilerine fayda sağlayacağı ifade edilmektedir. Hekim tükenmişliğine en büyük katkının ESK'den memnuniyetsizlik ve hayal kırıklığı olduğu konusunda geniş bir fikir birliği mevcuttur (97). Hawkins tarafından yorumlanan 2018 Hekim çalışmasında, ESK'ler, hekimlerin çalışırken karşılaştıkları tek ve en önemli "sorun noktası" olarak tanımlanmıştır (99). Orta vadede, tükenmişlik krizinin ele alınmasının, elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) kullanılabilirliğinde önemli değişiklikler; tedarikçiler tarafından uygulama programlama arayüzlerinin kullanımı; ESK'lerin tasarımı, uygulaması ve özelleştirilmesinde önemli ölçüde artan hekim katılımı; sağlık kuruluşları tarafından hekimlere yüklenen belgeleme ve ölçüm yükünü azaltmaya yönelik sürekli bir taahhütü gerektireceği bildirilmektedir. Krizi uzun vadede başarılı bir şekilde ele almak için atanan üst düzey sağlık görevlilerinin kurumlarında hekim tükenmişliğini incelemek ve değerlendirmekle ve tükenmişliği azaltmak için müdahaleleri tasarlamak, uygulamak ve sürekli iyileştirmek için hekimlere danışmakla görevlendirilmesi önerilmektedir (97).

İşini yeniden değerlendirmek, mesleki endişeleri yöneticiyle paylaşp tartışmak, meslektaşlar ile görüşüp değerlendirme yapmak, sosyal destek sisteminden yardım almak ve insan kaynakları servisini aramak, literatürde tükenmişliği tedavi etmek için sunulan çözümler arasında ifade edilmektedir. Tükenmişlik belirtilerini azaltmak için ek olarak, rahatlatıcı aktiviteler yapılması, uyku hijyeninin iyileştirilmesi, düzenli egzersiz yapılması ve farkındalık içinde olunması tavsiye edilmektedir (38). Öz farkındalık eğitiminin hekim tükenmişliğini azaltabileceği ve hem hekim sağlığını hem de hasta merkezli nitelikleri iyileştirebileceği belirtilmektedir (49).

Depresyonun aksine tükenmişlik, bireylerin çalışmalarını etkileyebilecek uyumsuz düşüncelerini düzeltmelerini veya farkında olmadıkları yanlış inanışlarını keşfetmelerini; nörokimyanın psikotrop ilaçlarla yeniden

dengelenmesini gerektirmemektedir (38). Stresi azaltma, tükenmişliği tedavi etmenin bir yönü olmakla beraber tek başına yeterli değildir. Müdahalelerin hem bireysel hem de kurumsal düzeyde hizmet sorumlulukları ve kişisel eğitim arasında bir denge ile gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bireysel tükenmişlik önleme eğitiminin, tükenmişliğe yol açan potansiyel durumları doğru bir şekilde yönetmeyi sağlayacak becerileri geliştirmek için, hekimin kariyerinin başlarında başlaması önerilmektedir. Ayrıca mevcut araçların da daha bütünsel, kişiye yönelik bir müdahale ile bir araya getirilmesinin gerektiği bildirilmektedir (31).

Medscape'in 2020 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporunda (23) hekimlerin tükenmişlikle baş etme yöntemleri şu şekilde sıralanmıştır: "Kendisini başkalarından izole etme (%45), egzersiz yapma (%45), aile üyeleriyle veya yakın arkadaşlarla konuşma (%42), uyuma (%40), abur cubur yeme (%33), müzik dinleme (%32), alkol tüketme (%24), aşırı yemek yeme (%20), sigara kullanımı (%3), reçeteli ilaç kullanımı (%2), esrar kullanımı (%1)".

Hekimlerin tükenmişlikle başa çıkmak için "kaçış" ya da kendi kendine ilaç tedavisi vermekten ziyade pozitif başa çıkma mekanizmaları kullanma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Uyku, tükenmişliği hafifletmeye yardımcı olmak için Y kuşağı tarafından ilk başta tercih edilmektedir; X kuşağı ve bebek patlaması (baby boomers) kuşağı öncelikli olarak egzersiz yapmayı veya kendini izole etmeyi tercih etmektedir (23).

Medscape 2020 Asistan Hekim Yaşam Tarzı ve Mutluluk Raporunda (92) asistan hekimlerin stresi azaltma yöntemleri şu şekilde sıralanmıştır: Aile üyeleriyle veya yakın arkadaşlarla konuşma (%75), uyuma (%72), egzersiz yapma (%72), müzik dinleme (%59), abur cubur yeme (%39), alkol tüketme (%36), kendisini başkalarından izole etme (%24), aşırı yemek yeme (%21), esrar kullanımı (%3), reçeteli ilaç kullanımı (%3), sigara kullanımı (%2).

Hekimler yardım isteme konusunda isteksizdir. Yapılan bir çalışmaya göre tükenmişlik veya depresyon bildiren hekimlerin sadece %16'sı yardım aramaktadır; %64'ü yardım istemeyeceğini ve bunu geçmişte yapmadığını ifade etmiştir. Uzmanlık alanına göre, psikiyatristler ve halk sağlığı / koruyucu hekimlik alanında çalışanlar yardım arama olasılığı en yüksek olan grubu oluşturmuştur (%45). Yardım arama olasılığı en düşük olanlar arasında en uzun

çalışma saatlerine sahip ilk beş grup arasında da yer alan genel cerrahlar, nefrologlar ve ürologlar bulunmaktadır. Genellikle hekimler yardım arama için meslektaşları tarafından yönlendirilmeye veya yasal baskıya ihtiyaç duymaktadırlar (69, 100-102).

Medscape 2020 Asistan Hekim Yaşam Tarzı ve Mutluluk Raporuna göre asistan hekimlerin yaklaşık üçte ikisi (%64), ruh sağlığı desteği almanın bir damgalanmaya neden olacağını düşünmektedir. Bir yıl önce bu oran, yaklaşık olarak aynı şekilde %66 olarak saptanmıştır (92).

Tükenmişliği azaltmada hangi müdahalelerin etkili görüldüğüne bakıldığında, hepsinin ortak bir yanının, bir kişinin olumlu duyguları algılama yeteneğini geliştirmek olduğu belirtilmektedir (37). Hekimleri kendi durumlarını ve kişisel ihtiyaçlarını düşünmeye ve kabullenmeye motive etmeyi amaçlayan bir danışmanlık çalışmasının sonuçlarına bakıldığında, danışmanlık sonrası duygusal tükenme seviyelerinin ve izin kullanan hekim sayısının azaldığı belirtilmektedir (103).

İletişimi iyileştirmek, sözsüz iletişimle rahatlığı artırmak ve ayrıca anksiyeteyi ve olumsuz belirtileri azaltmak için bir sanatsal ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı geliştiren İtalyan araştırmacılar tükenmişlikte önemli bir azalma sağlamışlardır. Çalışanların sağlığını iyileştirmek ve böylece hastalara olan ilgiyi ve bağlılığı artırmak için bu konuya özen gösterilmesi gerektiği belirtilmektedir (104).

İtalia ve ark. tarafından yapılan çalışmada (104) tükenmişliği minimum seviyeye indirmek için 3 adım önerilmiştir. Birincisi düşünme veya farkındalık için kişinin kendine zaman ayırmasıdır. Dikkatli bir hayat yaşamak ve yapılmak istenen değişiklikleri yapmak için düşünmeye zaman ayırmak gerekmektedir. İkincisi destekleyici iş ilişkileri geliştirmek için çalışma arkadaşlarıyla ve şüphesiz tükenmişliğe karşı panzehirin bir parçası olan dostlarla zaman geçirmektir. Üçüncüsü izolasyondan kaçınmaktır. Bu sayede kişinin kendi çalışma ortamında olumlu değişiklikler yapmasına yardımcı olabilecek ve asla kendi başına ortaya koyamayacağı fikirleri duyabileceği belirtilmektedir.

Tükenmişliğin yüksek kaliteli, hasta merkezli bakım sağlama becerisini önemli ölçüde azaltarak hasta memnuniyetini, güvenliğini ve kurumsal başarıyı

azalttığı belirtilmektedir. Tükenmişliği azaltmak ve kişisel sağlığı geliştirmek için kişisel ve kurumsal stratejiler izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (31).

Sexton ve arkadaşları (105), yaptıkları çalışmada tükenmişliği azaltmak için “Üç İyi Şey” adlı bir programı test etmiştir. Araştırmacılar her gönüllünün yatmadan hemen önce, o gün olan üç güzel şeyi yazmasını ve onları tükenmişlikle en yakından bağlantılı 10 olumlu duygudan biriyle etiketlemesini istemiştir: neşe, minnettarlık, huzur, ilgi, umut, gurur, eğlence, ilham, huşu ve aşk. Yapılan şeyin iyiyi fark etmek için kasları esnetmek ve aslında beyne yüklenen ve olumsuz odaklanmaya zorlayan diğer taleplerin çoğunu etkisiz hale getirmek olduğunu belirtmişlerdir.

Günümüzde çoğu hekim tükenmişliğin tıp mesleğinde yaygın olduğunun bilincindedir. Medscape 2018 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporunda, hekimleri rahatsız eden şeyin sadece tükenmişlik olmadığı; depresyonun da bir bileşen olduğu belirtilmektedir. Rapora göre genel olarak hekimlerin %42'sinin tükenmişlik ve %15'inin bir tür depresyon bildirdiği belirtilmektedir. Hekimlerin %12'sinin, sözel olarak depresyonda olduğu; aslında %3'ünde klinik depresyon olduğu saptanmıştır. Raporda tükenmişlik ve depresyon arasında bir bağlantı olduğu, klinik olarak depresyondaki hekimlerin kendilerini genellikle depresif olmaktan çok tükenmiş olarak tanımladığı ifade edilmektedir. Hekimlere tükenmişliklerini neyin azaltacağı sorulduğunda, katılımcıların %35'i finansal stresi önlemek için daha fazla gelir, %31'i daha yönetilebilir bir mesai programı istemiştir. Katılımcıların sadece %16'sı devlet düzenlemelerinin tükenmişliklerine katkıda bulunduğunu söylese de, katılımcıların dörtte birinden fazlası (%27) daha az düzenleme yapılması durumunda tükenmişliklerinin azalacağına inandıklarını belirtmişlerdir (76).

Tükenmişlik ciddi bir sorun olmasına rağmen, depresyon kadar incelenmemiştir ve hala açık tedavi kılavuzlarına sahip tam teşekküllü bir durum olarak görülmemektedir. Örneğin tükenmişlik, zihinsel sağlık teşhisleri için standart referans olan Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5)'de yer almamaktadır. Mevcut verilere göre tükenmişliğin farklılaşmış bir patoloji türü olmaktan çok bir depresyon biçimi olarak görüldüğü belirtilmektedir. Dr. Schonfeld'e göre *“tükenmişlik kısmen çok zorlu çalışma*

koşullarının bir sonucudur, ancak temelde kronik stres faktörlerinin neden olduğu depresif bir sendromdur.” Tükenmişliği depresif bir sendrom olarak görmenin insanları tedavi olmaya motive edebileceği, çünkü depresyon için tedavi seçeneklerinin olduğu ancak tükenmişlik için tedavi araştırmalarının aynı seviyede olmadığı belirtilmektedir (106,107).

2.5. COVID-19 Pandemisi ve Tükenmişlik

2.5.1. Tanımlar

2.5.1.1. Pandeminin Tanımı

Pandemi kelimesi, eski Yunancada tüm anlamına gelen “pan” kelimesi ile insanlar anlamına gelen “demos” kelimesinin birleşiminden türetilmiştir.

Epidemiyoloji sözlüğünde pandemi, "dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın" olarak tanımlanmaktadır (108).

Bu tanım, nüfus bağışıklığı, viroloji veya hastalık şiddeti hakkında hiçbir şey içermemektedir. Bu tanımla, mevsimsel epidemilerin uluslararası sınırları aştığı ve çok sayıda insanı etkilediği göz önüne alındığında, pandemilerin güney ve kuzey yarım kürede yıllık olarak meydana geldiği söylenebilir. Bununla birlikte, mevsimsel epidemiler pandemi olarak kabul edilmemektedir (109).

DSÖ'ye göre pandemi, yeni bir hastalığın dünya çapında yayılmasıdır. Örneğin bir influenza pandemisi, yeni bir influenza virüsü ortaya çıkıp dünyaya yayıldığında ve çoğu insanın bağışıklığı olmadığına ortaya çıkar. Geçmiş influenza pandemilerine neden olan virüsler tipik olarak hayvan influenza virüslerinden kaynaklanmıştır. İnfluenza pandemilerinin bazı yönleri mevsimsel influenzaya benzer görünebilirken, diğer özellikler oldukça farklı olabilir. Örneğin, hem mevsimsel hem de pandemik influenza tüm yaş gruplarında enfeksiyonlara neden olabilir ve çoğu vaka, kişinin tedavi olmaksızın tamamen iyileştiği kendi kendini sınırlayan hastalığa neden olur. Bununla birlikte, tipik mevsimsel influenza, ölümlerin çoğuna yaşlılar arasında neden olurken, diğer şiddetli vakalar en yaygın olarak çeşitli tıbbi rahatsızlıkları olan kişilerde

görülmüştür. Aksine influenza pandemisinde, şiddetli vakaların veya ölümlerin çoğu, hem kronik rahatsızlığı olan hem de sağlıklı olan genç kişilerde görülmüştür ve normalde mevsimsel influenzada görülenden çok daha fazla viral pnömöni vakasına neden olmuştur (110).

Pandemilerde etki veya ciddiyet, yeni virüse karşı bağışıklığı olmayan çok daha fazla sayıda insan olması nedeniyle, daha yüksek olma eğilimindedir. Nüfusun büyük bir kısmı enfekte olduğunda, enfekte kişiler içerisindeki şiddetli hastalık geçirmekte olanların oranı az olsa bile, toplam ciddi vaka sayısı oldukça büyük olabilir (110).

Hem mevsimsel hem de pandemik influenza için, en yüksek aktivite seviyelerinin bir bölge için olağan influenza mevsimi döneminde meydana gelmesi beklenir. (Örneğin ılıman iklim bölgelerinde, bu genellikle kış aylarıdır). Ancak 2009 yılındaki influenza pandemisinde görüldüğü gibi, pandemiler alışılmadık epidemiyolojik modellere sahip olabilir ve yaz aylarında büyük salgınlar meydana gelebilir (110).

2.5.1.2. Yeni Koronavirüs Hastalığı

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin'in Wuhan şehrinde, 2019 yılı Aralık ayının sonlarında, solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir hastalıktır. Salgın başlangıçta bu bölgedeki deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Wuhan başta olmak üzere Hubei eyaletindeki diğer şehirlere ve Çin Halk Cumhuriyeti'nin diğer eyaletlerine ve tüm dünya ülkelerine yayılmıştır (111,112).

Koronavirüsler, hayvanlarda veya insanlarda hastalığa neden olabilecek büyük bir virüs ailesidir. İnsanlarda, birkaç koronavirüsün soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi daha şiddetli hastalıklara kadar solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir. Yeni Koronavirüs Hastalığına SAR-CoV-2 virüsü neden olmaktadır (111,112).

Dünya Sağlık Örgütü COVID-19'u resmi olarak 11 Mart 2020'de dünya çapında pandemi ilan etmiştir (112). Bugüne kadar, 200'den fazla ülkede teyit edilmiş vaka ve ölüm sayısı katlanarak artmıştır ve tahmini kaba ölüm oranı en az % 2'nin üzerindedir (112,113).

2.5.2. COVID-19 Pandemisinin Tükenmişliğe Etkisi

Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS), mevsimsel influenza ve H1N1'in geçmiş salgınlarının araştırmasına dayanarak hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının değişen derecelerde tükenmişlik yaşadıkları bilinmektedir. Salgınlar sırasında hekimlerde gelişen kaygı ve stresin Maslach tükenmişlik ölçeği skorları ile pozitif korelasyonu olduğu bulunmuştur (28,29). Tükenmişliğe her zaman katkıda bulunanlara ek olarak tanımlanan diğer faktörler, tedaviler üzerinde kontrol eksikliği, enfeksiyon kontrol önlemleri, yanlış korunma önlemleri kavramı, zayıf iletişim ve direktifler, hazırlıksızlık ve duygusal destek eksikliği, yetersiz kişisel koruyucu ekipman ve ölüm algısıdır (29). Eşi benzeri görülmemiş koronavirüs durumuyla başa çıkma konusundaki hazırlıksızlık, halk arasında büyük bir korku ve endişe duygusuna neden olan vaka sayısındaki artışa katkıda bulunmuştur. Ayrıca bu durum, temel tıbbi malzeme, hekimler ve sağlık çalışanlarının yetersizliği ile sonuçlanmıştır (27).

COVID-19 salgınının ortasında, Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi, hekimler arasında yeterli uykunun önemine dikkat çeken bir görüş bildirisi yayınlamıştır (114, 115). Kısa bir süre önce Journal of Clinical Sleep Medicine'de yayınlanan açıklamada (116), Indira Gurubhagavatula hekim tükenmişliğinin arkasında yatan nedenleri dile getirmiştir. Gurubhagavatula'ya göre *“Hekimler, yeterli uyku da dahil olmak üzere öz bakım pahasına sıkı çalışma kültüründe yaşamaktadırlar ve sıklıkla ihtiyaç duydukları uykuyu alamamaktadırlar.”* Makalenin araştırmacılarına göre, vardiyalı çalışma programları, yüksek iş yükü, uzun çalışma saatleri, uyku kesintileri ve yetersiz uykunun yaygınlığı, yaygın tükenmişlikle bağlantılıdır. Amerikan Uyku Tıbbi Akademisine göre yetersiz uyku hekim tükenmişliğine katkı yapmaktadır. Hekimler diğer meslek alanlarına göre daha fazla tükenmişlik riski ile karşı karşıyadır. COVID-19 pandemisi

sırasında iş yükünün artması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin stresli koşullar altında uzun saatler çalışmak zorunda kalması, bulaş korkusu ve aile üyelerine hastalık taşıma kaygısının hekimlerde tükenmişliği artırması beklenmektedir (114-116).

Medscape tarafından yapılan bir ankete katılan yaklaşık 7500 hekim, COVID-19 pandemisi başladığından beri gelirlerinde büyük bir düşüş olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada ABD'li hekimlerin yaklaşık üçte ikisi tükenmişliklerinin daha yoğun hale geldiğini belirtmiştir. Evde kalma kuralları ve sosyal mesafe, her 10 ABD'li hekimden 4'ü için daha stresli ev ilişkilerine yol açmıştır (117).

Medscape 2021 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporuna göre hekimlerde tükenmişlik oranı %42 olarak saptanmıştır. Ancak COVID-19, bazı uzmanlıkları diğerlerinden daha fazla etkilemiş görünmektedir. Bir yıl önceki araştırmada, tükenmişlikte en üst sırada yer alan beş uzmanlık alanı üroloji, nöroloji, nefroloji, endokrinoloji ve aile hekimliği iken 2021 yılında yapılan araştırmada en üst sıradaki uzmanlıklar arasında yoğun bakım, romatoloji ve enfeksiyon hastalıkları yer almıştır. Rapora göre tükenmişlik oranı kadın hekimlerde %51 erkek hekimlerde %37 olarak saptanmış, bu yılki farkın geçmişe göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kadın hekimlerin birçoğunun evli ve çocuğu olduğu ve pandemi döneminden dolayı evde çocuklara bakacak büyükanne ve büyükbabaların olmamasının ve uzaktan eğitim nedeniyle evde çocuklara öğretmenlik yapma görevinin kadın hekimlerde tükenmişliği arttıran ek risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. Kişisel koruyucu ekipman eksikliği, zor koşullar, uzun çalışma saatleri, hastaları kaybetmenin üzüntüsü ve hastaların ailelerinin acı çekmesini izlemek, pandemide ön safta yer alan birçok sağlık çalışanında aşırı stres ve yorgunluğa yol açmıştır (118).

Bu yılki rapora göre tükenmişliğe etki eden etmenler şu şekildedir:

- Çok fazla bürokratik görev: %58
- İşte harcanan saatlerin fazlalığı: %37
- Yöneticilerden, patronlardan, personelden ya da iş arkadaşlarından saygı görememe: %37
- Yetersiz destek ve geri ödeme: %32

- Kontrol, otonomi yokluğu: %28
- İş yerinde bilgisayar kullanımının artması (Elektronik Sağlık Kaydı): %28
- Hastalardan saygı görememe: %17
- COVID-19 ile ilgili sosyal mesafe ve toplumsal sorunlardan kaynaklanan stres: %16
- Hükümet düzenlemeleri: %14
- COVID-19 hastalarını tedavi etmekten kaynaklanan stres: %8
- Diğer: %9

Tükenmişlik bildiren katılımcıların %70'inden fazlası, tükenmişlik seviyelerinin yaşamları üzerinde en azından orta derecede bir etkiye sahip olacak kadar ciddi olduğunu, onda biri ise tıbbi bırakmayı düşünecek kadar şiddetli olduğunu düşünmektedir. Pandeminin başlangıcından bu yana hekimler arasında mutluluk büyük bir düşüş yaşamıştır. COVID-19 öncesi hekimler arasında mutluluk %69 saptanmışken şimdi % 49 saptanmıştır. Stres, riskler, sosyal mesafe ve gelecekteki belirsizlik mutluluğun azalmasına katkıda bulunmuştur (118).

Hekimler, asistanlar ve diğer sağlık çalışanlarının olası maruziyet riskinde oldukları ve başka kişilere hastalığı yayma riskini taşıdıkları bildirilmektedir. Pandemi sırasında sağlık çalışanlarına önemli derecede gereksinim duyulmasına karşın, bu kişiler aşırı derecede virülen hastalığa yakalanma açısından en savunmasız popülasyonlardan birini oluşturmaktadır. Anekdote niteliğindeki kanıtlar, bu çalışanların asemptomatik olduklarında bile virüsü aile üyelerine yaymış olabileceklerini göstermektedir, ancak bu son noktaya ilişkin kesin veriler henüz ortaya çıkmamıştır.

Sağlık hizmetlerinde çalışanların ve dolayısıyla ailelerinin koronavirüse maruz kalma riski yüksek olduğundan, bu korku ve endişenin bir kısmını hafifletmek ve stres ve tükenmişlik duygularını azaltmak için sağlık çalışanlarına ve ailelerine test, tedavi ve aşılama konusunda öncelikli erişim sağlanması önerilmektedir. Sağlık çalışanlarına sevdikleriyle ilgilenebilmeleri için yeterli zamanın sağlanmasının, pandemi seyrini sürdürürken güven ve kontrol duygusunun yeniden oluşturulmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir (119,120).

Akut solunum yolu enfeksiyonu salgını ile ruhsal bozukluklar arasındaki nöropsikiyatrik bağlantı, yıllar önce meydana gelen influenza ve şiddetli akut solunum sendromu salgınlarına kadar uzanır. Karantina bölgelerinde bulunan kişiler can sıkıntısı, öfke ve yalnızlık yaşayabilmektedir. Viral enfeksiyonun öksürük ve ateş gibi semptomları da COVID-19'a yakalanma korkusu nedeniyle insanlar arasında bilişsel sıkıntı ve anksiyetenin kötüleşmesine neden olabilmektedir. Yeni koronavirüs salgınının erken evresinde, depresyon, panik atak, anksiyete, psikomotor heyecan, intihar, deliryum ve psikotik belirtiler gibi çeşitli psikiyatrik komorbiditeler bildirilmiştir (121).

Evde karantina uygulaması, artan uyku bozukluğu ve uyuşukluk görülmesi nedeniyle akut veya travma sonrası stres bozukluğu gelişen hekimlerin prevalansını artıran bir numaralı faktördür (122). SARS ve Ebola ile ilgili önceki çalışmalar, bu tür salgınların yayılması sırasında duygusal strese bir şiddetlenme olduğunu ortaya koymuştur. Pek çok hekimin bu tür enfeksiyonların görülme sıklığı sona erdikten sonra da depresyon, anksiyete ve tükenmişlikle karşı karşıya olduğunu varsaymak faydalı olacaktır (123). Sonuçlar, tıbbi hizmet sağlayıcıların %18-57'sinin enfeksiyonun başlangıcında, sırasında ve sonrasında duygusal stres yaşadığını gösteren SARS salgını üzerine yapılan çalışmalarla tutarlıdır (124).

COVID-19 enfeksiyonunun mental sağlık etkilerinden kaçınmak için insanların medyadaki COVID-19 haberlerine aşırı maruz kalmaktan kaçınmaları, sağlıklı bir diyet ve pozitif bir yaşam tarzı sürdürmeleri önemlidir. Bilgi almak için resmi devlet kaynaklarından yararlanılması ve internette hatalı bilgilerin yayılmasının önlenmesi gerektiği de bildirilmektedir (29).

2.5.3. Pandemi Sürecinde Tükenmişlikle Mücadele

Ana odak, önleme, enfeksiyonla mücadele, tedavi ve aşılarda gelişimini hızlandırarak hayat kurtarmaya odaklanmak olsa da, hekim tükenmişliği ve sağlık çalışanının psikolojik sağlığı gibi kritik konulara çok az dikkat edilmektedir. Şimdiye kadar, yetkililer tarafından COVID-19 nedeniyle ortaya çıkan ve tükenmişliğe katkıda bulunan spesifik faktörleri en aza indirmek için önemli bir adım atılmamıştır (27).

Medscape'in 2021 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıyım Raporunda (118) hekimlerin tükenmişlikle baş etme yöntemleri şu şekilde sıralanmıştır: Egzersiz yapma (%48), aile üyeleriyle veya yakın arkadaşlarla konuşma (%43), kendisini başkalarından izole etme (%43), uyuma (%39), müzik dinleme (%36), abur cubur yeme (%35), alkol tüketme (%26), aşırı yemek yeme (%21), reçeteli ilaç kullanımı (%3) sigara kullanımı (%2), esrar kullanımı (%1).

Egzersiz, tükenmişlikle baş etmenin popüler bir yolu olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, alkol tüketimi ve aşırı abur cubur yeme alışkanlığı geçen yıldan bu yana biraz artmıştır. Çalışmada tükenmişliği azaltmak için en çok neyin yardımcı olacağı sorulduğunda verilen cevaplar şu şekilde sıralanmıştır: Mali sıkıntıları önlemek için ödemelerin arttırılması (%45), daha uygulanabilir bir çalışma programı (%42), yöneticilerden / işverenlerden, meslektaşlardan ve personelden daha fazla saygı görme (%39), daha fazla kontrol ve özerklik (%35), daha fazla destek personeli (%32), daha makul hasta yükü (%30), daha az hükümet düzenlemesi (%27), kişisel koruyucu ekipmana daha fazla / daha kolay erişim (%7), COVID-19 hastalarını tedavi etmek zorunda olmamak (%5) (118).

COVID-19 zaten tüm sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturmuştur ve sonraki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri önlemek için hekim tükenmişliği konusunu saptamak ve düzeltme için somut girişimler planlamak çok önemlidir. Geçmiş salgınlar sırasında uygun müdahaleleri ve etkinliği belirlemek için hekim tükenmişliği konusu bütünüyle araştırılmamıştır. Shah ve arkadaşlarının COVID 19 pandemisinde hekimlerin sağlığı ve tükenmişliği üzerine yapılan çalışmada (27) pandemi sırasında hekimlerin sağlığını koruma ve tükenmişliği önleme için bazı öneriler sunulmuştur:

- İlk olarak, kişisel koruyucu ekipman, yataklar, ilaçlar, ventilatörler, eğitim kılavuzları ve araştırma güncellemeleri gibi gerekli kaynakları sağlayarak hekimler güçlendirilmelidir.
- Vaka önceliği ve ciddiyetine göre triyaj yoluyla hastaları yönetmek için personele düzenli olarak güncel kılavuzlar verilmelidir. Klinik olmayan görevlerden ve tıbbi notlardan bir dereceye kadar klinisyenlerin yükünü hafifletmek için tıbbi asistanlar, sekreterler, koordinatörler, büro

yardımcıları ve triyaj uzmanları da dahil olmak üzere ek yardımcı sağlık hizmet personeli ve idari personel istihdam edilmelidir.

- Ek hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli görevlendirerek hekimlerin iş gücü artırılmalıdır.
- Asistan hekimlerin göreve başlayışları hızlandırılmalı ve asistan hekim kadroları için ek acil durum bütçesi ayrılmalıdır.
- Hastaların ve sağlık çalışanlarının tıbbi ve psikiyatrik ihtiyaçlarını karşılamak için teletıp ve telepsikiyatri hizmetlerine erişim kolaylaştırılmalıdır.
- Karantina direktifleri, yönergeleri ve yönetim protokolü konusunda bakanlığın açık iletişimiyle destek sağlanmalıdır.
- Molalar planlayarak aşırı iş yükü azaltılmalı, acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışma saatleri sınırlandırılmalıdır.
- Gerekli temel ihtiyaçlar karşılanmalıdır.
- Düzenli psikososyal destek, farkındalık toplantıları ve dayanıklılık eğitimi sağlanmalıdır.
- Vital bulguları, olası enfeksiyon semptomlarını ve tükenmişlik belirtilerini günlük olarak tarayarak tüm personelin güvenliği ve sağlığı garantiye alınmalıdır.
- Koronavirüs vakalarını veya koronavirüs dışı vakaları ele almak için bir cephe çalışanı olarak asistan hekimler ve yandal asistanları eğitilmelidir (27).

Hekimler, COVID-19 salgınına yanıt verirken en önde gelen sağlık çalışanları olduğundan, tükenmişlikten kaynaklanan sıkıntılardan korunmak için hekimlerin sağlığına yatırım yapılması çok önemlidir. COVID-19'un erken dönemlerinde hekim tükenmişliği tehditlerinin belirlenmesi ve yönetilmesi için yetkililer ve kuruluşlar için gerekli temel önlemler önerilmektedir (27).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28/05/2020 tarih ve 70904504/317 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel şekilde tasarlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Zamanı

Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma kapsamında, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili ve Cerrahi Tıp Bölümlerinde yer alan Anabilim Dallarında uzmanlık eğitimi gören asistan hekimlerden toplam 306 asistan hekime ulaşılmıştır. Veriler, 01.06.2020 – 01.07.2020 tarihleri arasındaki 1 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere yüz yüze anket görüşmesi uygulanarak toplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri

1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde tıpta uzmanlık öğrencisi olmak,
2. Çalışmaya katılmak için onay vermiş olmak.

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak,
2. Çalışmaya katıldığı halde anket veya ölçekleri doldurmayıp çalışmayı yarıda bırakmak.

3.6. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

3.6.1. Sosyodemografik Veri Anketi

Çalışmanın amacına yönelik olarak katılımcıların sosyodemografik bulgularını değerlendirmek üzere yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, asistanlıkta kaçınıcı yılı olduğu, hangi uzmanlık alanında ihtisas yaptığı (dahili-cerrahi), aylık ortalama nöbet sayısı, kronik hastalık öyküsü, sigara-alkol kullanımı ve günlük ortalama uyku süresi gibi demografik bilgilerini içeren 12 soruluk bir anket araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.6.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach tükenmişlik ölçeği 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeği, üç alt ölçekten ve 22 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler:

1. Duygusal Tükenme (DT) = 9 madde
2. Duyarsızlaşma (DYS) = 5 madde
3. Kişisel Başarı (KB) = 8 maddeden oluşmaktadır.

Ölçekte bulunan 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı) “Duygusal Tükenme” (DT), 5 madde (5, 10, 11, 15, 22 numaralı) “Duyarsızlaşma” (DYS) ve 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı) “Kişisel Başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Maslach tükenmişlik ölçeğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilgili önermeler olumsuz, kişisel başarı ile ilgili önermeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır.

Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (26). Ölçekte yer alan maddeler 5 dereceli (hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman) Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Her birey için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için sınır değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamakta; düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenme puanları 0-16 arası düşük düzey, 17-26 arası orta düzey, 27 ve üzeri yüksek düzey; duyarsızlaşma puanları 0-6 arası düşük

düzey, 7-12 arası orta düzey, 13 ve üzeri yüksek düzey; kişisel başarı puanları 39 ve üzeri düşük düzey, 32-38 arası orta düzey, 0-31 arası yüksek düzey olarak sınıflandırılmıştır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeği için *toplam puan arttıkça tükenmişlik artar* şeklinde yorumlanırken, kişisel başarı alt ölçeği için *toplam puan düştükçe tükenmişlik artar* şeklinde yorumlanmaktadır (13,26).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması çalışmasında geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin sonucunda ölçeğin üç alt boyutuna ilişkin Cronbach's Alpha katsayıları: DT 0,83; DYS 0,65; KB 0,72 olarak raporlanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı 0-1 arası dağılım gösterir. $0,00 \leq \alpha < 0,40$ güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ düşük güvenilirlikte, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1$ yüksek derecede güvenilir demektir. Dolayısıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik kriterleri bakımından yeterli olduğu kanaatine varılmıştır (26).

3.7. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 20.0 (IBM Statistical Packages for the Social Sciences; Armonk, NY, ABD) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Değişkenlerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin ikiden fazla grup analizlerinde tek yönlü varyans analizi ve ikili grup karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testi (*post hoc olarak yanılma düzeyi aşağı çekilerek Mann Whitney U testi*) ve ikili grup karşılaştırmalarında da Mann Whitney U testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Ayrıca asistan hekimlere uygulanan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin güvenilirliği ve iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa değeri hesaplandı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Araştırmaya toplam 306 asistan hekim katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 28 ± 3 idi. Katılımcıların %53,9'u erkek, %28,1'i evli, %9,5'inin en az bir çocuğu vardı. Katılımcıların %38,9'u (n=119) birinci asistanlık yılında iken, %32,0'si ikinci, %15,0'i üçüncü, %8,2'si dördüncü ve %5,9'u ise beşinci asistanlık yılındaydı. Katılımcıların %62,4'ü dahili bilimlerde, %37,6'sı cerrahi bilimlerde eğitim almaktaydı. Çizelge 4.1 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özellikleri göstermektedir.

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı sosyo-demografik özellikler (n=306)

Yaş, $\bar{X} \pm S$ (min-maks)	28,00 $\pm$ 3,00 (24-42)
Cinsiyet	n (%)
Erkek	165 (53,9)
Kadın	141 (46,1)
Medeni durum	n (%)
Evli	86 (28,1)
Bekâr	220 (71,9)
Çocuk varlığı	29 (9,5)
Asistanlık yılı	n (%)
1	119 (38,9)
2	98 (32,0)
3	46 (15,0)
4	25 (8,2)
5	18 (5,9)
Uzmanlık alanı	n (%)
Dahili Bilimler	191 (62,4)
Cerrahi Bilimler	115 (37,6)
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma	

Katılımcıların %4,6'sı (n=14) nöbet tutmadığını belirtirken, %2,3'ü ayda ortalama bir-iki nöbet, %18,6'sı ayda ortalama üç-beş nöbet, %45,8'i ayda ortalama altı-dokuz nöbet ve %28,8'i ayda ortalama on ve üzeri nöbet tutmaktaydı. Katılımcıların %14,1'i (n=43) kronik bir hastalığının bulunduğunu belirtti. Kronik hastalığı olanların %20,9'unun (n=9) endokrinolojik, %18,6'sının (n= 8) solunum yolları ile ilgili ve %20,9'unun (n=9) psikiyatrik bir hastalığı vardı. Katılımcıların %12,4'ü (n=38) sürekli kullandığı en az bir ilacının olduğunu

bildirdi. Düzenli olarak alkol kullandığını belirten katılımcıların oranı %35,3 (n=108) ve kullanım miktarı haftada ortalama 4 ± 6 kadehti. Sigara kullandığını belirten katılımcıların oranı %22,5 (69) ve bu kişilerin toplam kullanım miktarı ortalama $7,01\pm5,86$ paket/yıl idi. Sadece iki katılımcı (%0.7) madde kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %45,1'inin ortalama günlük uyku süresi 3-6 saat, %52,0'sinin 7-8 saat ve geriye kalan %2,9'unun 8 saat üzeriydi. Çizelge 4.2 araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı tanımlayıcı özellikleri göstermektedir.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan asistan hekimlere ait bazı tanımlayıcı özellikler (n=306)

Aylık ortalama nöbet sayısı, n (%)	Nöbet yok	14 (4,6)
	1-2	7 (2,3)
	3-5	57 (18,6)
	6-9	140 (45,8)
	10 ve üzeri	88 (28,8)
Kronik hastalık varlığı, n (%)	Hayır	263 (85,9)
	Evet	43 (14,1)
Kronik hastalık türü, n (%)	Endokrinolojik hastalık	9 (20,9)
	Solunum yolu hastalığı	8 (18,6)
	Psikiyatrik hastalık	9 (20,9)
	Diğer	17 (39,5)
Sürekli kullanılan ilaç varlığı, n (%)	Hayır	268 (87,6)
	Evet	38 (12,4)
Alkol kullanımı, n (%)	Evet	108 (35,3)
	Alkol kullanım miktarı (kadeh/hafta) (n=108), $\bar{X}\pm S$	$4,00\pm6,00$
Sigara kullanımı n (%)	Evet	69 (22,5)
	Toplam sigara kullanım miktarı (paket/yıl) (n=69), $\bar{X}\pm S$	$7,01\pm5,86$
Madde kullanımı varlığı, n(%)	Hayır	304 (99,3)
	Evet	2 (0,7)
Ortalama günlük uyku süresi, n(%)	3-6 saat	138 (45,1)
	7-8 saat	159 (52,0)
	8 saat üzeri	9 (2,9)
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma		

Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ölçeğin bütünü için Cronbach's Alpha katsayısı 0,72; ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayıları: DT için 0,88; DYS için 0,72; KB için 0,71 olarak hesaplandı.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt ölçek skoru ortalaması $16,20 \pm 6,07$ (min:0-maks:35); duyarsızlaşma alt ölçek skoru ortalaması $7,16 \pm 3,34$ (min:0-maks:17) ve kişisel başarı alt ölçek skoru ortalaması $20,04 \pm 3,54$ (min:9-maks:32) idi. Tükenmişlik düzeylerine bakıldığında; asistan hekimlerin %53,9'unun duygusal tükenmesi düşük, %41,8'inin orta düzeyde; %4,2'sinin yüksekti. Duyarsızlaşma düzeylerine bakıldığında; %43,1'inin düşük, %49,7'sinin orta düzeyde, %7,2'sinin yüksekti. Kişisel başarıya bakıldığında ise %0,3'ünün tükenmişliği orta düzeyde; %99,7'sinin tükenmişliği yüksek düzeydeydi. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri Çizelge 4.3'te sunulmuştur.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri (n=306)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları, $\bar{X} \pm S$ (min-maks)	Duygusal Tükenme	16,20±6,07 (0-35)
	Duyarsızlaşma	7,16±3,34 (0-17)
	Kişisel Başarı	20,04±3,54 (9-32)
Duygusal Tükenme, n (%)	Düşük	165 (53,9)
	Orta	128 (41,8)
	Yüksek	13 (4,2)
Duyarsızlaşma, n (%)	Düşük	132 (43,1)
	Orta	152 (49,7)
	Yüksek	22 (7,2)
Kişisel Başarı, n (%)	Düşük	0
	Orta	1 (0,3)
	Yüksek	305 (99,7)
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma		

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyetleri arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0,05$), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek skorları benzerdi ($p > 0,05$). Erkek asistan hekimlerin kişisel başarı alt ölçek skoru kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksekti ($p < 0,05$).

Katılımcılardan çocuğu olan ve olmayanlar arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

varken ($p<0,05$), duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçek skorları benzerdi ($p>0,05$). Çocuğu olmayan asistan hekimlerin duyarsızlaşma alt ölçek skoru olanlardan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$).

Asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0,05$), duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçek skorları benzerdi ($p>0,05$). Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin duyarsızlaşma alt ölçek skoru cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerden anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$).

Katılımcılardan sürekli ilaç kullanımı olan ve olmayanlar arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek skorları benzerdi ($p>0,05$). Sürekli ilaç kullanımı olan asistan hekimlerin duygusal tükenme alt ölçek skoru olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$).

Diğer taraftan asistan hekimlerin medeni durumları, kronik hastalığa sahip olma durumları, alkol ve sigara kullanım durumları ve günlük ortalama uyku süresi durumlarında Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı Çizelge 4.4'te sunulmuştur.

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı (n=306).

		n	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
			$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$
Cinsiyet					
Erkek		165	15,70±6,23	7,08±3,42	20,84±3,34
Kadın		141	16,77±5,85	7,26±3,25	19,11±3,54
	p^*		0,125**	0,671	<0,001**
Medeni durum					
Evli		86	16,33±6,08	7,12±3,19	19,77±3,29
Bekâr		220	16,15±6,08	7,18±3,41	20,15±3,63
	p^*		0,816**	0,957	0,263
Çocuk varlığı					
Yok		277	16,31±6,09	7,29±3,34	20,01±3,54
Var		29	15,07±5,85	5,90±3,09	20,34±3,53
	p^*		0,294**	0,032	0,716
Uzmanlık alanı					
Dahili bilimler		191	16,32±6,07	7,48±3,31	19,78±3,42
Cerrahi bilimler		115	15,99±6,10	6,63±3,34	20,47±3,69
	p^*		0,648**	0,015	0,099**
Kronik hastalık					
Yok		263	15,97±5,89	7,02±3,38	20,08±3,49
Var		43	17,60±7,01	8,05±2,96	19,77±3,87
	p^*		0,101**	0,056	0,394
Sürekli ilaç kullanımı					
Yok		268	15,93±5,94	7,02±3,37	20,16±3,56
Var		38	18,08±6,72	8,13±2,95	19,16±3,31
	p^*		0,041**	0,055	0,062
Alkol kullanımı					
Yok		198	15,77±5,98	6,93±3,37	20,25±3,56
Var		108	16,98±6,19	7,58±3,26	19,65±3,48
	p^*		0,095**	0,079	0,153**
Sigara kullanımı					
Yok		237	16,20±6,17	7,11±3,34	19,86±3,54
Var		69	16,17±5,75	7,35±3,37	20,67±3,48
	p^*		0,973**	0,769	0,094**
Ortalama günlük uyku süresi					
3-6 saat		138	16,67±6,00	7,30±3,13	20,11±3,85
7-8 saat		159	15,87±6,16	6,98±3,50	19,94±3,27
8 saat üzeri		9	14,67±5,59	8,22±3,53	20,67±3,43
	p^{***}		0,428	0,313	0,771
n: Hasta sayısı; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; *Mann-Whitney U Testi; **Student's T Testi; ***Kruskal Wallis Testi					

Asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme düzeyine göre kronik hastalığa sahip olma durumları arasında ve alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Diğer taraftan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme düzeyine göre katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, çocuğa sahip olma durumları, uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları ve sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.5'te sunulmuştur.

Çizelge 4.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=306)

	DUYGUSAL TÜKENME			p*
	Düşük	Orta	Yüksek	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	97 (58,8)	62 (48,4)	6 (46,2)	0,179
Kadın	68 (41,2)	66 (51,6)	7 (53,8)	
Medeni durum				
Evli	48 (29,1)	33 (25,8)	5 (38,5)	0,574
Bekar	117 (70,9)	95 (74,2)	8 (61,5)	
Çocuk varlığı				
Yok	148 (89,7)	116 (90,6)	13 (100,0)	0,474
Var	17 (10,3)	12 (9,4)	0 (0,0)	
Uzmanlık alanı				
Dahili bilimler	100 (60,6)	82 (64,1)	9 (69,2)	0,728
Cerrahi bilimler	65 (39,4)	46 (35,9)	4 (30,8)	
Kronik hastalık varlığı				
Yok	146 (88,5)	109 (85,2)	8 (61,5)	0,025
Var	19 (11,5)	19 (14,8)	5 (38,5)	
Alkol kullanımı				
Yok	112 (67,9)	82 (64,1)	4 (30,8)	0,026
Var	53 (32,1)	46 (35,9)	9 (69,2)	
Sigara kullanımı				
Yok	126 (76,4)	101 (78,9)	10 (76,9)	0,874
Var	39 (23,6)	27 (21,1)	3 (23,1)	
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; *Ki-Kare Testi				

Asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma düzeyine göre çocuğa sahip olma durumları arasında ve alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Diğer taraftan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma düzeyine göre katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları, kronik hastalığa sahip olma durumları ve sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.6'da sunulmuştur.

Çizelge 4.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma düzeyine göre araştırmaya katılan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=306)

	DUYARSIZLAŞMA			p*
	Düşük	Orta	Yüksek	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	69 (52,3)	84 (55,3)	12 (54,5)	0,879
Kadın	63 (47,7)	68 (44,7)	10 (45,5)	
Medeni durum				
Evli	37 (28,0)	45 (29,6)	4 (18,2)	0,537
Bekar	95 (72)	107 (70,4)	18 (81,8)	
Çocuk varlığı				
Yok	113 (85,6)	143 (94,1)	21 (95,5)	0,037
Var	19 (14,4)	9 (5,9)	1 (4,5)	
Uzmanlık alanı				
Dahili bilimler	73 (55,3)	103 (67,8)	15 (68,2)	0,082
Cerrahi bilimler	59 (44,7)	49 (32,2)	7 (31,8)	
Kronik hastalık				
Yok	116 (87,9)	128 (84,2)	19 (86,4)	0,674
Var	16 (12,1)	24 (15,8)	3 (13,6)	
Alkol kullanımı				
Yok	96 (72,7)	87 (57,2)	15 (68,2)	0,023
Var	36 (27,3)	65 (42,8)	7 (31,8)	
Sigara kullanımı				
Yok	103 (78,0)	117 (77,0)	17 (77,3)	0,977
Var	29 (22,0)	35 (23,0)	5 (22,7)	
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; *Ki-Kare Testi				

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin yaşı, asistanlıkta geçirdiği süre, aylık ortalama nöbet sayısı, haftalık alkol kullanım miktarı ve toplam sigara kullanım miktarı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile bazı tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişki Çizelge 4.7’de sunulmuştur.

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları ile bazı tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişki (n=306)

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş (yıl)	r	-0,009	-0,011	0,086
	p	0,881	0,845	0,134
Asistanlıkta geçirdiği süre (yıl)	r	0,041	0,037	0,041
	p	0,473	0,520	0,479
Aylık ortalama nöbet sayısı (n=292)	r	0,097	0,060	-0,001
	p	0,090	0,296	0,984
Alkol kullanım miktarı (kadeh/hafta)	r	0,008	0,125	0,044
	p	0,935	0,197	0,653
Toplam sigara kullanım miktarı (paket/yıl)	r	-0,221	-0,006	0,119
	p	0,068	0,964	0,330
n: Hasta sayısı; r:Spearman korelasyon katsayısı				

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları ile kronik hastalığa sahip olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,008$). Diğer taraftan katılımcıların eğitim aldıkları uzmanlık alanları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğa sahip olma durumu, sürekli ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanım durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanlarına göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.8’de sunulmuştur.

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanlarına göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, (n=306)

	Dahili Bilimler	Cerrahi Bilimler	p
	(n=191)	(n=115)	
Yaş, $\bar{X} \pm S$ (min-maks)	28,00 $\pm$ 2,00 (24-37)	28,00 $\pm$ 3,00 (24-42)	0,060*
Cinsiyet, n (%)			
Erkek	97 (50,8)	68 (59,1)	0,156**
Kadın	94 (49,2)	47 (40,9)	
Medeni durum			
Evli	56 (29,3)	30 (26,1)	0,542**
Bekar	135 (70,7)	85 (73,9)	
Çocuk varlığı			
Yok	172 (90,1)	105 (91,3)	0,717**
Var	19 (9,9)	10 (8,7)	
Kronik hastalık			
Yok	159 (83,2)	104 (90,4)	0,008**
Var	32 (16,8)	11 (9,6)	
Sürekli ilaç kullanımı			
Yok	166 (86,9)	102 (88,7)	0,647**
Var	25 (13,1)	13 (11,3)	
Alkol kullanımı			
Yok	129 (67,5)	69 (60,0)	0,181**
Var	62 (32,5)	46 (40,0)	
Sigara kullanımı			
Yok	151 (79,1)	86 (74,8)	0,386**
Var	40 (20,9)	29 (25,2)	
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; *Mann-Whitney U Testi; **Ki-Kare Testi			

Araştırmaya katılan asistan hekimlerden dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alanlar içinde erkek ve kadın hekimler arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0,004$), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan erkek asistan hekimlerin kişisel başarı alt ölçek skoru kadın asistan hekimlerden anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$).

Katılımcılardan dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alanlar içinde çocuğu olan ve olmayanlar arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,042$). Duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçek skorları açısından ise anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan çocuğu olmayan asistan hekimlerin duyarsızlaşma alt ölçek skoru çocuğu olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin medeni durumları, alkol ve sigara kullanım durumları arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı Çizelge 4.9'da sunulmuştur.

Çizelge 4.9. Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı, (n=191)

DAHİLİ BİLİMLER		n	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
			$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$
Cinsiyet					
Erkek		97	15,65±6,12	7,56±3,34	20,58±3,15
Kadın		94	17,01±5,97	7,40±3,29	18,96±3,52
p^*			0,080	0,654	0,004
Medeni durum					
Evli		56	16,82±6,62	7,50±3,41	19,14±3,17
Bekar		135	16,11±5,84	7,47±3,28	20,04±3,50
p^*			0,607	0,853	0,063
Çocuk varlığı					
Yok		172	16,51±6,04	7,65±3,25	19,79±3,42
Var		19	14,63±6,23	5,95±3,55	19,68±3,53
p^*			0,210	0,042	0,729
Alkol kullanımı					
Yok		129	15,71±5,77	7,22±3,43	20,01±3,46
Var		62	17,58±6,51	8,02±2,99	19,31±3,32
p^*			0,070	0,111	0,228
Sigara kullanımı					
Yok		151	16,37±6,14	7,32±3,34	19,68±3,49
Var		40	16,13±5,86	8,10±3,14	20,18±3,19
p^*			0,629	0,275	0,300
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; *Mann-Whitney U Testi					

Araştırmaya katılan asistan hekimlerden cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alanlar içinde erkek ve kadın hekimler arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0,015$), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek skorları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan erkek asistan hekimlerin kişisel başarı alt ölçek skoru kadın asistan hekimlerden anlamlı olarak yüksekti. Diğer taraftan cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin medeni durumları, çocuğa sahip olma durumları, alkol ve sigara kullanım durumları arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı Çizelge 4.10'da sunulmuştur.

Çizelge 4.10. Cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının dağılımı, (n=115)

CERRAHİ BİLİMLER		n	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
			$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$	$\bar{X}\pm S$
Cinsiyet					
Erkek		68	15,78±6,43	6,40±3,44	21,21±3,59
Kadın		47	16,30±5,63	6,96±3,19	19,40±3,61
p^*			0,567	0,280	0,015
Medeni durum					
Evli		30	15,40±4,89	6,40±2,63	20,93±3,25
Bekar		85	16,20±6,48	6,71±3,56	20,31±3,84
p^*			0,517	0,926	0,526
Çocuk varlığı					
Yok		105	16,00±6,19	6,70±3,43	20,36±3,72
Var		10	15,90±5,28	5,80±2,10	21,60±3,34
p^*			0,948	0,452	0,264
Alkol kullanımı					
Yok		69	15,87±6,39	6,38±3,20	20,71±3,72
Var		46	16,17±5,69	7,00±3,53	20,11±3,66
p^*			0,681	0,275	0,390
Sigara kullanımı					
Yok		86	15,91±6,26	6,73±3,31	20,17±3,63
Var		29	16,24±5,69	6,31±3,44	21,34±3,78
p^*			0,608	0,509	0,128
n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; $\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; *Mann-Whitney U Testi					

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik konusu günümüzde giderek artan bir öneme sahiptir. Yapılan bazı çalışmalarda hekimlerdeki tükenmişliğin artan tıbbi hatalar, daha düşük hasta memnuniyeti, taburculuk sonrası iyileşme sürelerinin uzaması ve mesleki çalışma çabasının azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (6-8). Tükenmişlik ile ilgili olumsuz sonuçlar göz önüne alındığında, tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisi hastalar, hekimler, bakım ekipleri ve sağlık sistemleri için önemlidir (78). COVID-19 pandemisi tüm sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturmuştur ve sonraki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri önlemek için ön cephede sağlık hizmeti sunan asistan hekimlerde tükenmişlik olup olmadığını saptamak ve düzeltme için somut girişimler planlamak çok önemlidir (27). Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerde (araştırma görevlilerinde) COVID-19 pandemisi sırasında tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan 306 asistan hekimin %53,9'u erkek %46,1'i kadındı. Yaşları 24 ila 42 arasında değişmekte olup ortalaması $28 \pm 3,00$ idi. Medeni durumları incelendiğinde %28,1'inin evli, %71,9'unun bekar olduğu görüldü. Ayrıca %9,5'i çocuk sahibiydi. Asistan hekimlerin %62,4'ü dahili bilimlerde, %37,6'sı cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi almaktaydı.

Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme ortalama puanları $16,2 \pm 6,07$; duyarsızlaşma ortalama puanları $7,16 \pm 3,34$ ve kişisel başarı ortalama puanları $20,04 \pm 3,54$ olarak bulundu. Çalışmamızın sonucuna göre katılımcılarda duygusal tükenme açısından düşük düzey, duyarsızlaşma açısından orta düzey ve kişisel başarı açısından yüksek düzey tükenmişlik saptandı. Ülkemizde Sönmez ve ark.'nın (25) pandemi öncesi Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme ortalama puanları $27,78 \pm 7,80$; duyarsızlaşma ortalama puanları $12,76 \pm 4,15$ ve kişisel başarı ortalama puanları $27,69 \pm 5,04$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre pandemi öncesi Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeyi bizim çalışmada elde ettiğimiz verilerden daha düşüktür. Bu farklılık her iki tıp fakültesindeki çalışma koşulları, müfredat farklılığına bağlı olabileceği gibi pandeminin getirdiği ek yüke de bağlı olabilir.

Lin ve ark.'nın (24) ABD'de, 2017 yılında, 1522 acil tıp asistanı arasında yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %46,1'i yüksek, duyarsızlaşma açısından %72,5'i yüksek ve kişisel başarı açısından %30,6'sı düşük puan almışlardır. Alyamani ve ark.'nın (125) 2017 yılında, Suudi Arabistan'da, 200 asistan hekim arasında yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %12,5'i yüksek, duyarsızlaşma açısından %51,0'i yüksek ve kişisel başarı açısından %31,5'i düşük puan almışlardır. Serenari ve ark.'nın (126) 2019 yılında, Bologna Üniversitesi asistanları ile yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %47,7'si yüksek, duyarsızlaşma açısından %50,3'ü yüksek ve kişisel başarı açısından %37,9'u düşük puan almışlardır. Malik ve ark.'nın (127) 2016 yılında, Pakistan'da, cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler arasında yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %50,4'ü yüksek, duyarsızlaşma açısından %49,6'sı yüksek ve kişisel başarı açısından %20,3'ü düşük puan almışlardır. Vargas ve ark.'nın (128) İtalya'da, 2019 yılında, anestezi ve yoğun bakım hekimleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %39,4'ü yüksek, duyarsızlaşma açısından %25,5'i yüksek ve kişisel başarı açısından %31'i düşük puan almışlardır. Shanafelt ve ark.'nın (129) 2007 yılında, Minnesota'da, 556 akademik hekim arasında yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %30,2'si yüksek, duyarsızlaşma açısından %13,3'ü yüksek ve kişisel başarı açısından %13,2'si düşük puan almışlardır. Pantenburg ve ark.'nın (130) 2016 yılında, Almanya'da, 2357 genç hekimle yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme ortalama puanları $21,30 \pm 9,74$; duyarsızlaşma ortalama puanları $9,9 \pm 5,92$ ve kişisel başarı ortalama puanları $36,30 \pm 6,77$ olarak saptanmıştır. Soler ve ark.'nın (131) 2008'de, Avrupa'daki aile hekimleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %43'ü yüksek, duyarsızlaşma açısından %35,3'ü yüksek ve kişisel başarı açısından %32'si düşük puan almışlardır. Yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu farklılıklar katılımcıların ayrı tıp ve uzmanlık alanlarında ve farklı çalışma koşullarında, farklı kültürel ortamlarda çalışmalarından kaynaklanmış olabilir. Çizelge 5.1'de asistan hekimlerle yapılan tükenmişlik

çalışmaları özetlenmiştir. Bu özet çizelge sonuçları bize bizim çalışmamızdaki asistan hekimlerin kişisel başarı alt ölçeğinde diğer çalışmalara göre tükenmişliğinin en fazla olduğunu göstermektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde tükenmişlik oranları değerlendirildiğinde, diğer çalışmalardaki asistanların daha fazla tükendiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre, pandemi döneminde tükenmişliğin daha çok kişisel başarı alanında olduğu söylenebilir. Bu konuda net bilgiye ulaşmak için pandemi döneminde daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Tükenmişliğin pek çok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Çalışmamızda pandemi sırasında saptanan tükenmişlik oranlarına pandeminin ne kadar etkisi olduğu incelenememiştir. Bu karşılaştırmanın yapılabilmesi için pandemi sona erdikten sonra yapılacak çalışmalara da ihtiyaç bulunmaktadır.

Çizelge 5.1. Asistan Hekimlerle Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları ve Sonuçları

Çalışmalar	Tükenmişlik Düzeyi								
	Duygusal Tükenme			Duyarsızlaşma			Kişisel Başarı		
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek
Bizim Çalışma 306-Tüm asistanlar- 2021-Türkiye	%53,9	%41,8	%4,2	%43,1	%49,7	%7,2	-	%0,3	%99,7
Serenari ve ark. (126) 190- Tüm asistanlar- 2019- İtalya	%28,0	%24,3	%47,7	%24,3	%25,4	%50,3	%37,4	%24,7	%37,9
Lin ve ark.(24) 1522- Acil tıp asistanları- 2017- ABD	%26,7	%27,2	%46,1	%11,6	%16,0	%72,5	%36,9	%32,5	%30,6
Alyamani ve ark. (125) 200-Tüm asistanlar- 2017- S.Arabistan	%52,0	%35,5	%12,5	%17,5	%31,5	%51,0	%41,0	%27,5	%31,5
Malik ve ark.(127) 133-Cerrahi uzmanlık alanı asistanları- 2016- Pakistan	%16,5	%33,1	%50,4	%24,8	%25,6	%49,6	%53,4	%26,3	%20,3

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin cinsiyetleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; erkek hekimlerin kişisel başarı puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur. Sönmez ve ark.'nın (25) yapmış oldukları çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, erkek hekimlerin duyarsızlaşma puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Elmore ve ark.'nın (132) 2016 yılında, ABD'de, genel cerrahi asistanları ile yapmış oldukları çalışmada kadın hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından tükenmişlik düzeylerinin erkek hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmış, kişisel başarı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Hekim tükenmişliği çalışmalarının pek çoğunda erkek hekimlerin duyarsızlaşma puanı kadın hekimlerden yüksektir (128,130,131). Vargas ve ark.'nın (128) yapmış oldukları çalışmada erkek hekimlerin duyarsızlaşma puanı kadın hekimlerden yüksek, kişisel başarı puanı ise kadın hekimlerden düşük saptanmıştır. Duygusal tükenme puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Pantenburg ve ark.'nın (130) genç hekimlerle yapmış oldukları çalışmada erkek hekimlerin duyarsızlaşma puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Soler ve ark.'nın (131) aile hekimleri ile yapmış oldukları çalışmada erkek hekimlerin duyarsızlaşma puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürde cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde birbirinden çok farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Tükenmişlik ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen 183 çalışmayı içeren meta analiz çalışmasının sonuçları incelendiğinde kadın hekimlerin erkeklere göre duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu, erkek hekimlerin ise duyarsızlaşma puanlarının kadın hekimlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (133). Canan Ergin'e göre kadınların karşılarındaki insanlara daha fazla önem vermeleri duygusal tükenmelerinin artmasında rol oynamaktadır (26). Maslach ve Jackson

ise erkek veya kadın olmanın tek başına tükenmişliğin kritik bir belirleyicisi olmadığını, bu değişken hakkında önemli yorumlara gidilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir (134).

Katılımcıların medeni durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Benzer şekilde, Sönmez ve ark.'nın (25) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, Erol ve ark.'nın (135) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekimler arasında yapmış oldukları çalışmalarda medeni durum ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Elmore ve ark.'nın (132) genel cerrahi asistanları ile yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Vargas ve ark.'nın (128) anestezi ve yoğun bakım hekimlerinde yapmış oldukları çalışmada ise evli olan hekimlerin kişisel başarı puanının bekar olanlara göre daha düşük olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Shanafelt ve ark.'nın (129) akademik hekimlerle yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Pantenburg ve ark.'nın (130) Almanya'da genç hekimlerle yapmış oldukları çalışmada medeni durum ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatür gözden geçirildiğinde çalışmamız ile benzer sonuçlar olduğu gibi farklı sonuçlar olduğu da görülmektedir. Çalışmamızın yaş ortalaması olarak genç bir popülasyon olan asistan hekimler arasında yapılmış olması, evlilikte geçen sürelerin daha kısa olması ve evli hekimlerin azınlıkta olması sonuca etki etmiş olabilir.

Asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocuğu olan hekimlerin duyarsızlaşma puanının çocuğu olmayan hekimlere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark yoktur. Erol ve ark.'nın (135) yapmış oldukları çalışmada da çocuğu olan hekimlerin duyarsızlaşma puanının çocuğu olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Elmore ve ark.'nın

(132) yapmış oldukları çalışmada çocuk sahibi olan hekimlerin kişisel başarı açısından tükenmişlik düzeyleri çocuk sahibi olmayan hekimlere göre daha yüksek saptanmış, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Vargas ve ark.'nın (128) yapmış oldukları çalışmada çocuk sahibi olan hekimlerin duygusal tükenme puanının çocuğu olmayan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmış, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Shanafelt ve ark.'nın (129) yapmış oldukları çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Pantenburg ve ark.'nın (130) yapmış oldukları çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızla benzer şekilde çocuk sahibi olmanın duyarsızlaşmayı azalttığı belirtildiği gibi herhangi bir ilişki saptanmayan çalışmalara da rastlanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması, çocuk sayısı gibi faktörlerin bu sonuca etki ettiği düşünülebilir.

Katılımcı asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin duyarsızlaşma puanının cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptandı. Duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmadı. Erol ve ark.'nın (135) yapmış oldukları çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde, cerrahi uzmanlık alanı asistanlarının duyarsızlaşma puanının dahili uzmanlık alanı asistanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Algül ve ark.'nın (136) 2005 yılında İstanbul'da yapmış oldukları çalışmada ise dahili ve cerrahi uzmanlık alanı asistanları arasında tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Alyamani ve ark.'nın (125) S. Arabistan'da yapmış oldukları çalışmada cerrahi uzmanlık alanı asistanlarının dahili uzmanlık alanı asistanlarına göre duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek, kişisel başarı puanlarının daha düşük olduğu saptanmış, duygusal tükenme puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Serenari ve ark.'nın (126) Bologna Üniversitesi asistanları ile

yapmış oldukları çalışmada cerrahi asistanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının cerrahi dışı uzmanlık alanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmış, kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Pandeminin başlarında elektif ameliyatlara ertelenmesi nedeniyle cerrahi uzmanlık alanlarında iş yükünde kısmi azalma olması çalışmamız sonucuna etki etmiş olabilir.

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sönmez ve ark.'nın (25) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalığı olanların kişisel başarı puanı olmayanlara göre daha yüksek saptanmış, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Beyhan ve ark. (137) tarafından Doğu Akdeniz bölgesinde çalışan anestezi ve reanimasyon hekimleri arasında yapılan bir çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların kronik hastalık durumları ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Girgin ve ark.'nın (138) Bursa il merkezinde görevli anestezi hekimleri arasında yapmış oldukları çalışmada ise kronik hastalık durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Baykan ve ark.'nın (139) Kayseri il merkezinde çalışan aile hekimleri arasında yapmış oldukları çalışmada da katılımcıların kronik hastalık durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Yurt dışında yapılan birçok çalışma incelendiğinde kronik hastalık durumu ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmediği görülmektedir. Çalışmamızın sonucunun ülkemizde yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Katılımcıların sürekli ilaç kullanım durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Sürekli ilaç kullanımı olan asistan hekimlerin duygusal tükenme puanının ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark yoktur. Dündar ve ark.'nın (140) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görevli 148 tıpta uzmanlık öğrencisiyle yapmış oldukları çalışmada çalışmaya katılan yaklaşık her on kişiden biri sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalığa sahip

olduğunu belirtmiştir. Çalışmada sürekli ilaç kullanım durumu ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Soler ve ark.'nın (131) 2008'de, Avrupa'daki aile hekimleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada psikotrop ilaç kullanımının tükenmişlik ile güçlü ilişkisi olduğu saptanmış ve düşük özgüven duygusunun tezahürü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Literatür incelendiğinde tükenmişliğin ilaç kullanımını arttırdığı ifade edilmektedir (4). Çalışmamızın sonucu da literatür ile uyumlu olarak kabul edilebilir.

Katılımcıların %35,3'ü düzenli olarak alkol kullandığını belirtmiştir. Alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında ilişki olup olmadığı araştırılmış ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Beyhan ve ark.'nın (137) Doğu Akdeniz bölgesinde çalışan anestezi ve reanimasyon hekimleri arasında yapmış oldukları çalışmada da alkol kullanım durumu ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Girgin ve ark.'nın (138) Bursa'da anestezi hekimleri arasında yapmış oldukları çalışmada alkol kullanımının tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Soler ve ark.'nın (131) Avrupa'daki aile hekimleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada alkol kullanımının tükenmişlik ile güçlü ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı duygusu ile karakterize bir sendrom olan tükenmişlik ile alkol bağımlılığı arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir (56). Çalışmamızda alkol kullanım durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmaması, pandemi döneminde çalışan hekimlerin yeni koronavirüs hastalığına yakalanma kaygısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %22,5'i sigara kullanmaktadır. Sigara kullanımı ile tükenmişlik arasındaki ilişki araştırılmış ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sönmez ve ark.'nın (25) yapmış oldukları çalışmada da sigara kullanımı ile tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dünder ve ark.'nın (140) yapmış oldukları çalışmada ise yüksek tükenmişlik skoruna sahip hekimlerde sigara kullanma riskinin daha yüksek

olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Beyhan ve ark.'nın (137) Doğu Akdeniz bölgesinde yapmış oldukları çalışmada sigara kullanan hekimlerin duygusal tükenme puanının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Girgin ve ark.'nın (138) yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımının tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Soler ve ark.'nın (131) yapmış oldukları çalışmada artmış sigara kullanımının tükenmişlik ile güçlü ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde tükenmişliğin sigara kullanımını arttırdığı ifade edilmektedir (4). Çalışmamızda sigara kullanım durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmaması, pandemi döneminde mola vermeden çalışmak zorunda kalınmasından kaynaklanmış olabilir.

Uyku bozukluğu ve düşük uyku kalitesi tükenmişliğin fiziksel belirtileri arasında ifade edilmektedir (3). Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi pandemi döneminde yeterli uykunun önemine dikkat çeken bir bildiri yayınlamıştır (115). Akademiye göre yetersiz uyku hekim tükenmişliğine katkı yapmaktadır. Diğer yandan uykunun tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu, düşük uyku sürelerinin tükenmişliği arttırdığı da bilinmektedir (78-79).

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin günlük ortalama uyku süreleri ile tükenmişlik arasındaki ilişki olup olmadığı da araştırılmıştır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları ile uyku süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Beyhan ve ark.'nın (137) Doğu Akdeniz bölgesinde çalışan anestezi ve reanimasyon hekimleri arasında yapmış oldukları çalışmada uyku düzensizliği yaşayan hekimlerin duygusal tükenme puanı daha yüksek saptanmış, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Alyamani ve ark.'nın (125) yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılan asistan hekimlerin %24,5'inin günde 5 saatten daha az uyuduğu saptanmıştır. Serenari ve ark.'nın (126) Bologna Üniversitesi asistan hekimleriyle yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %14,3'ü çoğu zaman uyku güçlüğü çektiğini belirtmiştir. Malik ve ark.'nın (127) cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimler arasında yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %45,9'u günde 6 saatten daha az uyuduğunu ifade etmiştir. Katılımcılara tükenmişlikle

nasıl başa çıktıkları sorulduğunda %20,3'ü uykunun yardım ettiğini bildirmişlerdir. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde uyku süreleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Soler ve ark.'nın (131) yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılan aile hekimlerinin %86,1'inin günde 8 saatten daha az uyuduğu saptanmıştır. Katılımcıların günlük uyku süreleri ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda uyku süreleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmaması, çalışmanın pandeminin erken evresinde yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Bu evrede Türkiye'de pandemisinin kısa süreceği varsanısı ile acil olmayan hastalara bakım vermenin askıya alınması ve sadece pandemiye odaklanılması, çalışanlara dinlenme zamanı tanınması asistan hekimlerde uyku sorununa yol açmamış olabilir. Pandeminin birinci yılını doldurduğu günümüzde ise yapılan çalışmalar tükenmenin ve uyku sorunlarının arttığını, uyku yetersizliği ve tükenmenin COVID-19'a yakalanma riskini artırdığını göstermektedir (141).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız toplam 306 asistan hekim arasında yapıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 28 ± 3 idi. Katılımcıların %53,9'u erkek, %28,1'i evli, %9,5'inin en az bir çocuğu vardı. Katılımcıların %62,4'ü dahili bilimlerde, %37,6'sı cerrahi bilimlerde eğitim almaktaydı. Katılımcıların %14,1'i kronik hastalığının bulunduğunu, %12,4'ü sürekli kullandığı en az bir ilacının olduğunu belirtti. Katılımcıların %35,3'ü düzenli olarak alkol kullandığını, %22,5'i sigara kullandığını belirtti. Katılımcıların %45,1'inin ortalama günlük uyku süresi 3-6 saat iken, %52,0'sinin 7-8 saat ve geriye kalan %2,9'unun 8 saat üzeriydi.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları;

1. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin duygusal tükenme ortalama puanları $16,2 \pm 6,07$; duyarsızlaşma ortalama puanları $7,16 \pm 3,34$ ve kişisel başarı ortalama puanları $20,04 \pm 3,54$ olarak bulundu.
2. Çalışmamızın sonucuna göre katılımcılarda duygusal tükenme açısından düşük düzey, duyarsızlaşma açısından orta düzey ve kişisel başarı açısından yüksek düzey tükenmişlik saptandı.
3. Asistan hekimlerin %53,9'unun duygusal tükenmesi düşük, %41,8'inin orta düzeyde iken %4,2'sinin yüksekti. Duyarsızlaşma düzeylerine bakıldığında; %43,1'inin düşük, %49,7'sinin orta düzeyde iken %7,2'sinin yüksekti. Kişisel başarıya bakıldığında ise %0,3'ünün orta düzeyde iken %99,7'sinin tükenmişliği yüksek düzeydeydi.
4. Katılımcıların cinsiyetleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; erkek hekimlerin kişisel başarı puanının kadın hekimlerden daha yüksek iken duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından anlamlı bir fark olamadığı saptanmıştır.
5. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin medeni durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.
6. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocuğu olan hekimlerin

duyarsızlaşma puanının çocuğu olmayan hekimlere göre daha düşük olduğu; duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

7. Asistan hekimlerin uzmanlık eğitimi aldıkları uzmanlık alanları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin duyarsızlaşma puanının cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.
8. Asistan hekimlerin kronik hastalığa sahip olma durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.
9. Katılımcıların sürekli ilaç kullanım durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; sürekli ilaç kullanımı olan asistan hekimlerin duygusal tükenme puanının ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı fark yoktur.
10. Katılımcıların alkol kullanım durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.
11. Katılımcıların sigara kullanım durumları ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.
12. Asistan hekimlerin günlük ortalama uyku süreleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tükenmişlik sendromunun hekimlik gibi insanlarla yüz yüze ilişkinin yoğun olduğu mesleklerde sık görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle hekimler hem tükenme hem de ruh sağlığı açısından ciddi bir risk altındadır. Hekimlerde tükenmişlik seviyelerinin artması hastalar açısından da olumsuz sonuçlara neden olabileceğinden dolayı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle üniversite hastaneleri gibi en üst düzey sağlık hizmeti veren ve aynı zamanda geleceğin

hekimlerini yetiştirmeyi hedefleyen kurumlarda, tükenmişlik düzeyini azaltmaya ve engellemeye yönelik çeşitli çalışmalar ve hekimleri motive edici düzenlemeler yapılması gereklidir. Özellikle son dönemde artmış olan sağlıkta şiddet vakalarına engel olabilmek adına uygun kanunlar çıkarılmalı ve caydırıcı cezalar verilmesi hekimlerde güven içinde çalışma duygusunu artırabilir. Tükenmişlik seviyelerinin azaltılması için hekimlerin çalışma şartlarının düzenlenmesi, mobbingin önlenmesi, gelir durumlarında iyileştirmeler yapılması ve görev dağılımlarının eşit olması gibi önlemlerin alınması yararlı olacaktır.

Pandemi döneminde artan işyükü, COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma kaygısı, enfeksiyonu sevdiklerine taşıma korkusu ön cephede çalışan asistan hekimlerde tükenmişliğe katkı yapmış olabilir. Asistan hekimlerin pandemi döneminde maddi ve manevi desteklenmesi iş doyumunu artırmada ve tükenmişliği azaltmada önemlidir.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin COVID-19 Pandemisinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Hekimlik gibi insanlarla yüz yüze ilişkinin yoğun olduğu mesleklerde tükenmişlik sık görülmektedir. Hekimler hem tükenme hem de ruh sağlığı açısından ciddi bir risk altındadır. Pandeminin özellikle ön saflarda çalışan asistan hekimlerde tükenmişliği artıracakı düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinde COVID-19 pandemisi sırasında tükenmişlik düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören araştırma görevlileri oluşturmuştur. Araştırma kapsamında, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili ve Cerrahi Tıp Bölümlerinde yer alan Anabilim Dallarında uzmanlık eğitimi gören asistan hekimlerden toplam 306 asistan hekime ulaşılmıştır. Veriler, 01.06.2020 – 01.07.2020 tarihleri arasındaki 1 aylık sürede araştırmaya katılmaya gönüllü olan hekimlere yüz yüze anket görüşmesi uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 306 asistan hekimin Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme ortalama puanları $16,20 \pm 6,07$; duyarsızlaşma ortalama puanları $7,16 \pm 3,34$ ve kişisel başarı ortalama puanları $20,04 \pm 3,54$ 'tür. Erkek hekimlerin kişisel başarı puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu; çocuğu olan hekimlerin duyarsızlaşma puanının çocuğu olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Dahili bilimlerde uzmanlık eğitimi alan hekimlerin duyarsızlaşma puanı cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi alan hekimlere göre daha yüksektir.

Sonuç: Asistan hekimlerde duygusal tükenme açısından düşük düzey, duyarsızlaşma açısından orta düzey ve kişisel başarı açısından yüksek düzey tükenmişlik saptanmıştır. Asistan hekimlerin çalışma şartlarının düzenlenmesi, gelir durumlarında iyileştirmeler yapılması ve görev dağılımlarının eşit olması

gibi önlemlerin alınmasının, tükenmişlik sendromunun önlenmesinde olumlu etki edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, Asistan Hekim, Pandemi



8. ABSTRACT

Evaluation of Burnout Levels of Research Assistants Working at Akdeniz University Hospital in the COVID-19 Pandemic

Introduction and Aim: Burnout is common in professions where face-to-face intense relationships with people, such as physician. Physicians are at a serious risk in terms of both burnout and mental health. It is thought that the pandemic will increase burnout, especially among resident physicians that working in the front line. The aim of our study is to determine the burnout levels and the factors affecting this during the COVID-19 pandemic in research assistants working at Akdeniz University Hospital.

Material and Method: The universe of this study, which is planned in cross-sectional type, was composed of research assistants studying at Akdeniz University Faculty of Medicine. Within the scope of the research, a total of 306 resident physicians who are studying specialty in the Departments of Internal and Surgical Medicine Departments participated in this study. The data were collected by applying face-to-face questionnaires to physicians who volunteered to participate in the study in the 1-month period between 01.06.2020 - 01.07.2020.

Results: The total of 306 resident physicians participated in this study. Maslach Burnout Inventory emotional exhaustion mean score was $16,20 \pm 6,07$; the mean score of depersonalization was $7,16 \pm 3,34$ and the mean score of the personal accomplishment was $20,04 \pm 3,54$. It was found that the scores of personal accomplishment were higher in male resident physicians compared to those female resident physicians. It was found that depersonalization scores of physicians with children were lower than without children. It was found that the scores of depersonalization were higher in resident physicians who were in the internal branch compared to those who were in the surgical branch.

Conclusion: According to the results of our study, a low level of emotional exhaustion, a moderate level of depersonalization and a high level of burnout in terms of personal accomplishment were found in resident physicians. It is thought

that taking measures such as regulating the working conditions of resident physicians, making improvements in their income levels and equal distribution of duties will have a positive effect on the prevention of burnout syndrome.

Key Words: Burnout, Resident Physician, Pandemic



9. KAYNAKLAR

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974; 30(1): 159-165.
2. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract. 1975; 12: 73-82.
3. Drummond D. Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes. Fam Pract Manag. 2015; 22(5): 42-7.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Org Behav. 1981; 2(2): 99-113.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52(1): 397-422.
6. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA. 2009; 302(12): 1294-1300.
7. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health Care Manage Rev. 2008; 33(1): 29-39.
8. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. Mayo Clin Proc. 2016; 91(4): 422-431.
9. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health. 2017; 17: 264.
10. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Depression: What is burnout? Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279286/?report=classic> Erişim tarihi: 30.01.2020
11. German Society for Psychiatry and Psychotherapy, Psychosomatics and Neurology (DGPPN). Unipolar Depression. Erişim: <https://www.leitlinien.de/nvl/depression> Erişim tarihi: 30.01.2020

12. Korczak D, Kister C, Huber B. Differential diagnosis of burnout syndrome. HTA report. German Institute for Medical Documentation and Information (DIMDI). Erişim: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf Erişim tarihi: 30.01.2020
13. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996. ss. 19–26.
14. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA. 2010; 304(11): 1173-1180.
15. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. JAMA. 2011; 306(9): 952-960.
16. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W et al. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann Intern Med. 2008; 149(5): 334-341.
17. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. JAMA. 2011; 305(19): 2009-2010.
18. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015; 90 (12): 1600-1613.
19. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg. 2009; 250(3): 463-471.
20. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. JAMA. 2018; 320(11): 1114-1130.
21. Badre N. Burnout: A concept that rebrands mental illness for professionals. Erişim: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/218514/>

[depression/burnout-concept-rebrands-mental-illness-professionals](#) Erişim

Tarihi:18.04.2020

22. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. JAMA. 2018; 320(11): 1131-1150.
23. Medscape. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460> Erişim tarihi: 16.02.2020
24. Lin M, Battaglioli N, Melamed M, Mott SE, Chung AS, Robinson DW. High Prevalence of Burnout Among US Emergency Medicine Residents: Results From the 2017 National Emergency Medicine Wellness Survey. Ann Emerg Med. 2019; 74(5): 682-690.
25. Sönmez CI, Ayhan Başer D, Gülmez H. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan doktorlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Euras J Fam Med 2018; 7(3): 93-100.
26. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1992; 143-54.
27. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? Cureus, 2020; 12(4): e7538
28. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. Behav Sci. 2018, 8: 98.
29. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. Cureus. 2020, 12(3): e7405.
30. Greene, G. A Burnt-out Case. 1st ed. New York: Penguin; 1960. p. 248.
31. Medscape. Burnout Common Among Oncologists: What To Do? Erişim: <https://www.medscape.com/viewarticle/919599> Erişim tarihi: 24.09.2020
32. Cherniss C. Staff Burnout: Job stress in the human services. 1st ed. California: Sage Publications; 1980. p. 199.

33. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. 1st ed. New York: Human Sciences Press; 1980. p. 240.
34. Pines AM, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures. 1st ed. New York: Free Press; 1988. p. 257.
35. Sarros JC, Densten IL. Undergraduate Students Stress and Coping Strategies. Higher Education Research and Development. 1989; 8(1): 47-57.
36. Squiers JJ, Lobdell KW, Fann JJ, Di Maio JM. Physician Burnout: are we treating the symptoms instead of the disease? Ann Thorac Surg. 2017; 104: 1117–22.
37. Medscape. Simple Tool Shows Lasting Reduction in Burnout. Erişim: <https://www.medscape.com/viewarticle/887432#:~:text=SAN%20FRANCISCO%20%E2%80%94Physicians%20and%20other,American%20Conference%20on%20Physician%20Health>. Erişim tarihi: 07.10.2020
38. MDedge Psychiatry. Clinical Psychiatry News. Burnout: A concept that rebrands mental illness for professionals. Erişim: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/218514/depression/burnout-concept-rebrands-mental-illness-professionals> Erişim tarihi: 05.09.2020
39. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician Burnout: contributors, consequences and solutions. J InternMed. 2018; 283(6): 516-529.
40. Strijbos MH. Causes and consequences of burnout. European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress, 30 Sep 2019, Barcelona.
41. World Health Organization. International classification of diseases 11th Revision. Erişim: <https://icd.who.int/en> Erişim tarihi: 13.08.2020
42. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Erişim: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ Erişim tarihi: 13.08.2020
43. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behavioral Medicine. 1992; 18: 53-60.

44. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout. *Work and Stress*. 2005; 19(3): 192-207.
45. Bakoğlu R, Yiğit İ, Yıldız S ve Taştan Boz İ. Tükenmişliği Ölçmede Alternatif Bir Araç: Kopenhag Tükenmişlik Envanterinin Türkçede Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 16. Ulusal Yönetim Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, 2008, Antalya, 460-468.
46. Halbesleben J, Demerouti E. The Construct Validity of an alternative measure of burnout: Investigating The English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Journal Work And Stress*. 2005; 19(3): 208-220.
47. Näätänen P, Aro A, Matthiesen SB, Salmela-Aro K. Bergen Burnout Indicator 15. 1st ed. Helsinki: Edita Publishing Oy; 2003. p. 112.
48. Moreno-Jimenez B, Barbaranelli C, Galvez Herrera M, Garrosh Hernandez E. The Physician Burnout Questionnaire: A New Definition and Measure. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*. 2012; 19(4): 325–344.
49. 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; 302(12): 1284-1293.
50. Gabbard GO. *Medicine And Its Discontents*. Mayo Clin Proc. 2013; 88(12): 1347-1349.
51. Balch CM, Shanafelt T. Combating stress and burnout in surgical practice: a review. *Thorac Surg Clin* 2011; 21: 417–30.
52. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001; 130: 696–702.
53. 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; 172: 1377–1385.

54. Duke Health. What's driving physician burnout? Erişim:
<https://physicians.dukehealth.org/articles/whats-driving-physician-burnout>. Erişim tarihi: 05.12.2020
55. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V et al. Professional burnout in European Young Oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Ann Oncol.* 2017; 28(7): 1590-1596.
56. Nejm Catalyst. Physician Burnout: The Root of the Problem and the Path to Solutions. Erişim:
http://contentmanager.med.uvm.edu/docs/physician_burnout_the_root_of_the_problem_and_the_path_to_solutions/faculty-affairs-documents/physician_burnout_the_root_of_the_problem_and_the_path_to_solutions.pdf?sfvrsn=2 Erişim tarihi: 03.12.2020
57. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88: 1358–67.
58. Spinelli WM, Fernstrom KM, Galos DL, Britt HR. Extending our understanding of burnout and its associated factors: providers and staff in primary care clinics. *Eval Health Prof.* 2016; 39: 282–98.
59. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E, Dube K, Bodenheimer T, Grumbach K. Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med* 2014; 27: 229 –38.
60. Rabatin J, Williams E, Baier Manwell L, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M. Predictors and outcomes of burnout in primary care physicians. *J Prim Care Community Health.* 2016; 7: 41–3.
61. Mc Murray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. *J Gen Intern Med.* 2000; 15: 9.
62. Martin L. Three surprising truths about physician burnout. Erişim:
<https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2016/07/Three-surprising-truths->

[about-physician-burnout-The-Advisory-Board-Company.pdf](#) Erişim tarihi: 20.10.2020

63. Linzer M, Poplau S, Babbott S, Collins T, Guzman-Corrales L, Menk J et al. Work life and wellness in academic general internal medicine: results from a national survey. *J Gen Intern Med* 2016; 31: 1004 –10.
64. Spinelli WM, Fernstrom KM, Britt HR, Pratt R. “Seeing the patient is the joy:”. A focus group analysis of burnout in outpatient providers. *Fam Med* 2016; 48: 6.
65. Ginossar T, Oetzel J, Hill R, Avila M, Archiopoli A, Wilcox B. HIV health-care providers' burnout: can organizational culture make a difference? *AIDS Care* 2014; 26: 1605– 8.
66. Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: a systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Manage Rev.* 2015; 40: 254–71.
67. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(4): 432– 40.
68. Medscape. Burnout Rises Above 50% in Some Specialties, New Survey Shows. Erişim: <https://www.medscape.com/viewarticle/907834> Erişim tarihi: 13.09.2020
69. Medscape. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2019. Erişim: https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056?src=ban_burnout2019_desk_mscpmrk_intra Erişim tarihi: 13.09.2020
70. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician.* 2008; 54: 234-235.
71. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyeras J et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q.* 2014; 3(4): 1.

72. Gottschalk A, Flocke SA. Time spent in face to face patient care and work outside the examination room. *Ann Fam Med*. 2005; 2: 488–93.
73. Ammenwerth E, Spotl HP. The time needed for clinical documentation versus direct patient care. *Methods Inf Med*. 2009; 48: 84–91.
74. AAFP. Study: EHRs Contribute to Family Physician Stress, Burnout. Erişim: <https://www.aafp.org/news/practice-professional-issues/20190116ehrstudy.html#:~:text=A%20survey%20of%20nearly%201%2C800,to%20their%20daily%20frustration%20level>. Erişim tarihi: 21.11.2020
75. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, Temte JL, Tuan WJ, Sinsky CA et al. Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations. *Ann Fam Med*. 2017; 15(5): 419-426.
76. Medscape. Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235> Erişim tarihi: 06.11.2020
77. Gardner RL, Cooper E, Haskell J, Harris DA, Poplau S, Kroth PJ et al. Physician stress and burnout: the impact of health information technology. *J Am Med Inform Assoc*. 2019; 26(2): 106-114.
78. Dissanaik S. How to prevent burnout (may be). *Am J Surg* 2016; 212: 1251–5.
79. Drummond D. The burnout prevention matrix. Erişim: <https://support.thehappyemd.com/physician-burnout-prevention-matrix> Erişim tarihi: 30.07.2020
80. Bonanno GA, Mancini AD. The human capacity thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*. 2008; 121: 369–75.
81. Nucifora F, Langlieb AM, Siegal E, Everly GS, Kaminsky M. Building resistance, resilience, and recovery in the wake of school and workplace violence. *Disaster Med Public Health Prep*. 2007; 1: 33–7.
82. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience-have we underestimated the human capacity to thrive after extreme events? *Am Psychol*. 2004; 59: 20–8.

83. Meredith LS, Sherbourne CD, Gaillot S, Hansell L, Ritschard HV, Parker AM et al. Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2011.
84. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. Acad Med. 2013; 88: 382–9.
85. Shanafelt TD, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Satele DV, Hanks JB, Sloan JA et al. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. Ann Surg. 2012; 255: 625–33.
86. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: theory, findings, and implications. Psychological Inquiry. 2004; 15(3): 197-215.
87. The New York Times. How to be emotionally intelligent. The New York Times. Erişim: <https://www.nytimes.com/2015/04/12/education/edlife/how-to-be-emotionally-intelligent.html> Erişim tarihi: 05.12.2020
88. Harvard Business Review. What makes a leader? Erişim: <https://hbr.org/2004/01/what-makes-a-leader> Erişim tarihi: 05.12.2020
89. Goren L. Ten Strategies for Building Emotional Intelligence and Preventing Burnout. Fam Pract Manag. 2018; 25(1): 11-14.
90. Weng HC, Hung CM, Liu YT, Cheng YJ, Yen CY, Chang CC et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. Med Educ. 2011; 45(8): 835-842.
91. Medscape. Physician Burnout on the Downswing? Erişim: <https://www.medscape.com/viewarticle/909535> Erişim tarihi: 03.12.2020
92. Medscape. Medscape Residents Lifestyle & Happiness Report 2020. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-residents-lifestyle-happiness-6013110> Erişim tarihi: 15.11.2020
93. Medscape. Medscape Physician Lifestyle & Happiness Report 2018. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-happiness-6009320#4> Erişim tarihi: 15.11.2020
94. De Marchis E, Knox M, Hessler D, Willard-Grace R, Olayiwola JN, Peterson LE et al. Physician Burnout and Higher Clinic Capacity to

- Address Patients' Social Needs. J Am Board Fam Med. 2019; 32(1): 69–78.
95. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. J Gen Intern Med. 2007; 22(11): 1544-1552.
96. American Academy of Family Physicians. Massachusetts Groups Call Physician Burnout Public Health Crisis. Erişim: <https://www.aafp.org/news/focus-on-physician-well-being/20190208burnoutcrisis.html> Erişim tarihi: 06.09.2020
97. Massachusetts Medical Society. A Crisis in Health Care: A Call to Action on Physician Burnout. Erişim: <http://www.massmed.org/News-and-Publications/MMS-News-Releases/Physician-Burnout-Report-2018/> Erişim tarihi: 04.12.2020
98. Federation of State Medical Boards. Physician Wellness and Burnout. Erişim: <http://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/policies/policy-on-wellness-and-burnout.pdf> Erişim tarihi: 04.12.2020
99. Hawkins M. 2018 Survey of America's Physicians: Practice Patterns & Perspectives. Erişim: <https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/09/physicians-survey-results-final-2018.pdf> Erişim tarihi: 04.12.2020
100. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Ind Health. 2007; 45: 599-610.
101. Sivertz K. When physicians need admission to a psychiatric unit. B C Med J. 1998; 40: 156-8.
102. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health. 2002; 30: 125-32.
103. Rø KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. BMJ. 2008; 337: a2004.
104. Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. Psychooncology. 2008; 17(7): 676-680.

105. Sexton JB, Adair KC. Forty-five good things: prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work-life balance and happiness. BMJ Open. 2019; 9: e0222695
106. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the "burnout syndrome" a distinct illness? Front Public Health. 2015; 3: 158.
107. Medscape. Burnout Might Really Be Depression; How Do Doctors Cope? Erişim: <https://www.medscape.com/viewarticle/891005> Erişim tarihi: 06.11.2020
108. Last JM, editor. A dictionary of epidemiology, 4th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
109. World Health Organization. The classical definition of a pandemic is not elusive. Erişim: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics> Erişim tarihi: 09.12.2020
110. World Health Organization. What is a pandemic? Erişim: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/ Erişim tarihi: 13.12.2020
111. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Sayfası. Erişim: <https://COVID19.saglik.gov.tr/TR-66300/COVID-19-nedir-.html> Erişim tarihi: 26.12.2020
112. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Erişim: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> Erişim tarihi: 26.12.2020
113. Centers for disease control and prevention (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Erişim: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html> Erişim tarihi: 26.12.2020
114. The American Journal of Managed Care. Sleep, Physician Burnout Linked Amid COVID-19 Pandemic. Erişim: <https://www.ajmc.com/view/sleep-physician-burnout-linked-amid-COVID19-pandemic> Erişim tarihi: 19.12.2020

115. American Academy of Sleep Medicine. Position statement highlights importance of sleep for physician self-care. Erişim: <https://aasm.org/position-statement-highlights-importance-of-sleep-for-physician-self-care> Erişim tarihi: 19.12.2020
116. Kançerla BS, Upender R, Collen JF, Rishi MA, Sullivan SS, Ahmed O et al. Sleep, fatigue and burnout among physicians: an American Academy of Sleep Medicine position statement. J Clin Sleep Med. 2020; 16(5): 803–805.
117. Medscape. Medscape US and International Physicians' COVID-19 Experience Report: Risk, Burnout, Loneliness. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-physician-COVID-experience-6013151> Erişim tarihi: 19.01.2021
118. Medscape. 'Death by 1000 Cuts': Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456> Erişim tarihi: 28.01.2021
119. Healthcare Finance. Healthcare workers risk burnout, exposure in wake of coronavirus pandemic. Erişim: <https://www.healthcarefinancenews.com/news/healthcare-workers-risk-burnout-exposure-wake-coronavirus-pandemic> Erişim tarihi: 02.01.2021
120. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. JAMA. 2020; 323(15): 1439–1440.
121. 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; 7: 228-229.
122. Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, Bossis L, Stallings CR, Origoni AE et al. Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. Schizophr Bull. 2011; 37: 101-107.
123. 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; 87: 123-127.

124. Phua DH, Tang HK, Tham KY. Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Acad Emerg Med.* 2005; 12: 322-328
125. Alyamani A, Alyamani L, Altheneyan F, Aldhali S, AlBaker K, Alshaalan A et al. Prevalence of Burnout among Residents at King Abdulaziz Medical City in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Research and Health Sciences.* 2018; 7: 37-40.
126. Serenari M, Cucchetti A, Russo PM, Fallani G, Mattarozzi K, Pinna AD, Colonnello V, Poggioli G, Cescon M. Burnout and psychological distress between surgical and non-surgical residents. *Updates Surg.* 2019; 71(2): 323-330.
127. Malik AA, Bhatti S, Shafiq A, Khan RS, Butt UI, Bilal SM et al. Burnout among surgical residents in a lower-middle income country - Are we any different? *Ann Med Surg (Lond).* 2016; 9: 28-32.
128. Vargas M, Spinelli G, Buonanno P, Iacovazzo C, Servillo G, De Simone S. Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. *Inquiry.* 2020; 57: 46958020919263.
129. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, Rummans TA, Dyrbye LN. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med.* 2009; 169(10): 990-995.
130. Pantenburg B, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. *J Occup Med Toxicol.* 2016; 11: 2.
131. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008; 25(4): 245-265.
132. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *J Am Coll Surg.* 2016; 223(3): 440-51.

133. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*. 2010; 77(2): 168–185.
134. Maslach C, Jackson SE. The role and family variables in burnout. *Sex Roles*. 1985; 12(7-8): 837-50.
135. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8(4): 241-247.
136. Algül R, Yılmaz D, Özer Ü, Kaya B. Cerrahi ve dahili branş hekimlerinde tükenmişlik düzeyini etkileyen değişkenler ve tükenmişliğin işe bağlılık ve örgütsel bağlılık ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2016; 19(4): 176-184.
137. Beyhan S. Doğu akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırılması. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2013; 41(1): 7 - 13.
138. Girgin NK, Bayrak VM, Akkaya C, Erşaylı DT, Yılmazlar A. Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2006; 34(1): 48-55.
139. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014; 18(3): 122-133.
140. Dünder C, Köksal EN, Pekşen Y. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik ve etkileyen faktörler: kesitsel bir çalışma. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2017; 37(1): 10-15.
141. Kim H, Hegde S, LaFiura C, Raghavan M et al. COVID-19 illness in relation to sleep and burnout. *BMJ Nutrition, Prevention and Health*. 2021;0. doi: 10.1136/bmjnp-2021-000228

10. EKLER

Ek 1. Anket Formu

Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin COVID 19 Pandemisinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi Anketi

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinin COVID 19 pandemisi sırasında “tükenmişlik düzeylerinin” belirlenmesi için yapılan bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle araştırma görevlilerinin tükenmişlik konusunda farkındalığının artırılması ve Covid 19 pandemisinin tükenmişliğe etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özellikleriniz, çalışma koşullarınız ve tıbbi özgeçmişinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir anket yer almaktadır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

A-Sosyodemografik Özellikler:

- 1) Ad: _____ Soyad: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: ☐ E ☐ K
- 2) Medeni durumu: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer
- 3) Çocuğunuz var mı? : ☐ Evet ☐ Hayır
- 4) Araştırma görevlisi olarak kaçınıcı yılınızdasınız?
☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5.
- 5) Hangi uzmanlık alanında görev yapmaktasınız?
☐ Dahili bilimler ☐ Cerrahi bilimler
- 6) Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?
☐ Nöbet tutmuyorum ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 ve üzeri
- 7) Kronik bir hastalığınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet Belirtiniz.....
- 8) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
☐ Hayır ☐ Evet Belirtiniz.....

Alışkanlıklar:

- Alkol: ☐ Hayır ☐ Evet...../kadeh/hafta
- Sigara: ☐ Hayır ☐ Evet...../paket/yıl
- Madde Kullanımı: ☐ Hayır ☐ Evet
- Ortalama Günlük Uyku: ☐ 3-6 saat ☐ 7-8 saat ☐ 8 saat üzeri

B- Bu bölümdeki sorular sizin tükenmişlik durumunuz ile ilgilidir. Lütfen kendinize en uygun cevabı işaretleyin.

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
İfade					
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Anketimizi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.