



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

**ADANA İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19
PANDEMİSİ SÜRECİNDE TÜKENMİŞLİK
DURUMLARININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet ŞİMŞEK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU**

ADANA-2022



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

**ADANA İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19
PANDEMİSİ SÜRECİNDE TÜKENMİŞLİK
DURUMLARININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Mehmet ŞİMŞEK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU**

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Mensubu olmaktan ömür boyu gurur duyacağım Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca ve tez yazım sürecimde bilgisini, tecrübesini ve en önemlisi güler yüzünü hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Çiğdem Gereklioğlu'na,

Tez çalışmamıza bizi kırmayarak destek ve önemli katkılar veren Adana Şehir Hastanesi'nden değerli hocam Doç. Dr. Kenan Topal'a,

Eğitim sürecimde bana ve hekim kimliğime tarifi olmayan katkılar sunan, bilgi ve tecrübelerini aktarmak için müthiş gayret gösteren, her zaman yol gösteren ve ufkumu açan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Prof. Dr. Sevgi Özcan'a, Prof. Dr. Esra Saatçı'ya, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Doç. Dr. Hatice Kurdak'a, Öğr. Gör. Dr. Zeliha Yelda Özer'e ve Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nur Topuz'a,

Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerimizde, bölümümüzde ve gittiğim rotasyonlarda beraber görev yaptığım tüm asistan arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Bugüne gelmem uğruna sundukları sonsuz sevgi ve emekleri için kalpten şükran duyduğum canım annem İmren Şimşek'e, canım babam Mustafa Şimşek'e ve gözbebeğim, sevgili ablam Selma Yazıcı'ya,

Her koşulda destekleyenim, yol arkadaşım, sırdaşım, sevgili eşim Emel Öcal Şimşek'e ve minik yavrumuz Mustafa'ma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Şimşek

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Koronavirüs Hastalığı 2019	3
2.1.1. Etiyoloji	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Klinik Bulgular	6
2.1.4. Tanı	7
2.1.5. Tedavi	9
2.1.6. Önleyici Tedbirler.....	11
2.2. Tükenmişlik	12
2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı.....	12
2.2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli	13
2.2.2.1. Duygusal Tükenme	13
2.2.2.2. Duyarsızlaşma.....	13
2.2.2.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi.....	14
2.2.3. Tükenmişliğe Yol Açan Faktörler	14
2.2.3.1. Bireysel Faktörler	14

2.2.3.2. Örgütsel Faktörler	16
2.2.4. Tükenmişlik Belirtileri.....	17
2.2.5. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri	18
2.2.5.1. Bireysel Yöntemler	18
2.2.5.2. Örgütsel Yöntemler.....	20
2.2.6. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik	21
2.3. COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Rolü	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Özellikleri	29
3.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler	30
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	30
3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	31
3.3. İstatistiksel Analiz.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	51
5.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	68
7. KAYNAKLAR	71
8. EKLER.....	87
8.1. Ek.1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	87
8.2. Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	88
8.3. Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	92

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	33
Tablo 2. Katılımcıların meslek grupları ve mesleki tatmin düzeyleri	34
Tablo 3. Katılımcıların pandemiye özgü çalışma koşulları ve getirdiği sonuçlar	35
Tablo 4. Katılımcıların alışkanlıkları ve yaşam tarzı verileri	36
Tablo 5. Katılımcıların aile bilgileri ve enfekte olma endişeleri ile ilgili verilerin dağılımı	36
Tablo 6. Katılımcıların ve yakınlarının COVID-19 ile temas durumları ve sonuçları	37
Tablo 7. Katılımcıların psikolojik durumları üzerine salgının etkileri	38
Tablo 8. Katılımcıların MTÖ alt boyutlarının puan dağılımları	39
Tablo 9. Katılımcıların yaş gruplarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	39
Tablo 10. Katılımcıların cinsiyetlerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	39
Tablo 11. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	40
Tablo 12. Katılımcıların meslek gruplarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	41
Tablo 13. Katılımcıların mesleğini isteyerek seçme ve mesleki tatmin durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	42
Tablo 14. Katılımcıların çalışma koşullarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	42
Tablo 15. Katılımcıların pandemiye özgü görevlendirilmelerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	43
Tablo 16. Katılımcıların kariyer ve kişisel planlarında değişiklik yapma durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	44
Tablo 17. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	45
Tablo 18. Katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	46
Tablo 19. Katılımcıların aile dinamikleri ve enfekte olma endişelerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	47
Tablo 20. Katılımcıların yakınlarının enfekte olma durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	48
Tablo 21. Katılımcıların enkenle temas ve hastalık öykülerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	49
Tablo 22. Salgının ruhsal etkilerine göre katılımcıların MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. DSÖ verilerine göre bazı ülkelerin vaka ve ölüm sayıları (15 Haziran 2021) 6



KISALTMALAR LİSTESİ

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
CRP	: C-reactive Protein (C-reaktif Protein)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Duygusal Tükenme
DY	: Duyarsızlaşma
ESR	: Erythrocyte Sedimentation Rate (Eritrosit Sedimentasyon Hızı)
FDA	: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç Dairesi)
FiO₂	: Fraction of Inspired Oxygen (Solunan Oksijen Fraksiyonu)
KB	: Kişisel başarı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDH	: Lactate Dehydrogenase (Laktat Dehidrojenaz)
MERS-CoV	: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüs)
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
PaO₂	: Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı
R₀	: Temel Çoğalma Sayısı
RNA	: Ribonükleik Asit
RT-PCR	: Real Time Polymerase Chain Reaction (Gerçek Zaman Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
SARS-CoV	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüs)
SpO₂	: Santral Parsiyel Oksijen Saturasyonu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ÖZET

Adana İl Merkezinde Görev Yapan Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Sürecinde Tükenmişlik Durumlarının ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Tükenmişlik, sağlık çalışanları gibi insanlara yüz yüze hizmet sunulan meslek gruplarında oldukça sık görülen bir durumdur. Koronavirüs [Coronavirus disease-2019 (COVID-19)] pandemisi olağan dışı koşulları nedeniyle bazı psikososyal sorunları beraberinde getirmiştir. Çalışmamızda salgınla mücadelede aktif görev alan birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırmamızda 01 Mart 2021-30 Nisan 2021 tarihleri arasında, Adana il merkezinde görevli 1210 birinci basamak sağlık çalışanına ulaşılması amaçlanmış, çalışanlardan araştırma anketimizi doldurması istenmiş ve çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak, katılmayı kabul eden toplam 513 kişi ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanan sosyodemografik veri formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak toplanmış ve SPSS 20.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Erkeklerde ve mesleki deneyimi az olan kişilerde duyarsızlaşma puanı daha yüksekti. Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olmak, çocuk sahibi olmamak, mesleğini istemeyerek seçmek, düşük mesleki tatmin duygusu yaşamak, yeterli dinlenme zamanı bulamamak, COVID-19 servisinde ya da polikliniğinde görev yapmış olmak, enfekte kişiyle temas etmiş olmak, kendisinin ve ailesinin enfekte olmasından endişe duymak tükenmişlikle ilişkili faktörler arasındaydı. Medeni durum, kronik hastalık varlığı, haftalık çalışma saati ve nöbet tutma ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların %93,4'ü (n=479) pandemi öncesine göre stres düzeyinin arttığını, % 23'ü (n=118) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir.

Sonuç: Tükenmişlik ile ilişkili olduğu tespit edilen ve düzenlenebilir olan faktörlerin gözden geçirilmesinin ve girişimlerde bulunulmasının sağlık çalışanlarının psikososyal yönden iyi hissetmelerine, görevlerini layıkıyla yerine getirebilmelerine ve kritik bir hizmet olan sağlık bakımının kalitesinin artırılmasına önemli katkı vereceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, birinci basamak, COVID-19 pandemisi, tükenmişlik

ABSTRACT

The Assessment of Burn-out and Related Factors in Primary Care Workers in Adana Province During COVID-19 Pandemic

Objective: Burn-out is a common condition in occupational groups that provide face-to-face service to humans, such as healthcare workers. The coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic has brought some psychosocial problems together due to unusual conditions. The present study aimed to evaluate the burn-out status and related factors in primary care workers who actively play a role in fighting against the pandemic.

Material and Method: In this cross-sectional study, it was aimed to reach 1210 primary care workers who were actively working in Adana province between March 01, 2021, and April 30, 2021, and it was conducted with 513 volunteers. Data were collected through a sociodemographic data collection form prepared by the researcher in the light of the literature and the Maslach Burnout Inventory (MBI), and analyzed SPSS 20.0 statistical package form.

Results: Desensitization score was higher in males and in those with shorter professional experience. Being a family medicine resident, not having children, choosing the job without desire, low occupational satisfaction, not resting enough, having worked in COVID-19 outpatient and inpatient clinics, having contact with infected persons, and worrying about being infected or family members' being infected were found to be the factors associated with burn-out. A statistically significant relationship was not found between burn-out and marital status, the presence of chronic diseases, total weekly working hours, and being on duty. Of the participants, 93.4% (n=479) stated that their stress level increased as compared to the pre-pandemic period and 23% (n=118) stated that they needed psychological support.

Conclusion: It is suggested that reviewing the correctable factors related to burn-out and making interventions would contribute to healthcare workers' feeling better psychosocially, enable them to do their work up, and improve the quality of healthcare services that is a critical service.

Keywords: Family medicine, primary care, COVID-19 pandemic, burn-out

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tarih boyunca pek çok kez halk sağlığını tehdit eden bölgesel veya küresel çapta salgınlar görölmüştür. Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin, ölkelerde, kıtalarda hatta tüm dünya çapında yayılması pandemi olarak tanımlanabilir.¹ Son yüzyıla baktığımızda 1918 İspanyol Gribi (Influenza A/H1N1), 1957 Asya Gribi (Influenza A/H2N2), 1968 Hong Kong Gribi (Influenza A/H3N2), 2002 Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS-CoV), 2009 Domuz Gribi (Influenza A/H1N1), 2012 Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome-MERS-CoV) önem arz eden pandemiler arasında sayılabilir.² Günümüzde bu listeye SARS-CoV-2'nin neden olduğu Koronavirüs hastalığı 2019 (Coronavirus disease 2019- COVID-19) hastalığı da dahil olmuştur.

2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde etken tespit edilemeyen ve artış gösteren pnömoni vakaları bildirildi. Yapılan çalışmalar sonucu Ocak 2020'de bu etkenin daha önce insanlarda tanımlanmamış yeni bir çeşit koronavirüs olduğu tespit edildi ve SARS-CoV-2 olarak adlandırıldı. Daha sonrasında bu yeni virüsün sebep olduğu hastalık tablosu COVID-19 enfeksiyonu olarak isimlendirildi. Çin'in ardından İran, Güney Kore ve Avrupa'da hızlı bir şekilde yayılan COVID-19 enfeksiyonu, kısa süre içinde bütün dünya ölkelerini etkilemeye başladı.³ Hastalık 11 Mart 2020 tarihinde ölkemizde de ilk kez göröldü ve aynı gün Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) COVID-19 enfeksiyonunu pandemi ilan etti.¹

Hastalığın ilk ortaya çıktığı tarihten yaklaşık bir buçuk yıl sonra, 15 Haziran 2021 tarihinde DSÖ verilerine göre, dünya genelinde 175 milyonun üzerinde doğrulanmış vaka ve 3,8 milyonun üzerinde ölüm bildirilmiştir.⁴ Ölkemizde bu rakamlar sağlık bakanlığının verilerine göre 5,3 milyonun üzerinde doğrulanmış vaka ve 48 binin üzerinde ölüm şeklinde belirtilmektedir.⁵

Böylesine büyük çapta bir krizle mücadele, etkilediği hemen her ölkede genel popölasyonda ekonomik, sosyal, kültürel ve sağlık sorunlarını beraberinde getirmiştir. Ayrıca hızla artan hasta sayıları sağlık sistemlerinin ve sağlık çalışanlarının kapasitesini zorlamıştır. Bu zorlu süreçte sağlık çalışanları mücadelenin en ön safında yer almaktadır. Bu durum çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi bazı psikososyal sorunların sıkça görölmesine yol açmıştır.⁶

Literatürde sağlık alışanlarında tükenmişlikle ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte COVID-19 pandemisi sürecinde birinci basamakta yapılan çalışma sayısının yetersiz olduğu görölmüştür. Çalışmamızda salgınla mücadelede ön safta yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık. Bölgemizde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının devam eden pandemi döneminde bu açıdan değerlendirilmesinin farkındalığı arttırabileceği ve tükenmişlikle ilişkili olan değerştirilebilir faktörlerin modifiye edilmesi için çalışmalar önerilebileceği düşünölmüştür. Ayrıca pandemi sürecinin dünya tarihinde ender rastlanan bir süreç olması bakımından bu dönemde hizmet veren sağlık çalışanlarını ve onların gereksinimlerini değerlendiren bir çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüs Hastalığı 2019

2.1.1. Etiyoloji

Koronavirüsler ilk olarak altmışlı yılların sonlarında tanımlanmıştır ve soğuk algınlığında ve diğer solunum yolu enfeksiyonlarının önemli bir kısmında patojen olarak rol aldığı bilinmektedir.⁷ Memeli hayvanlarda ve kuşlarda yaygın olarak tespit edilen ve insanlarda solunum yolu enfeksiyonuna neden olan zarflı RNA virüsleridir. Geçtiğimiz yirmi yılda potansiyel olarak tehlikeli iki zoonotik koronavirüs ortaya çıkmıştır. 2002 yılında Çin’de ortaya çıkan Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV) ilk salgından sorumludur. İkinci salgına 2012 yılında Orta Doğu’da görülen Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) neden olmuştur.⁸

2019 yılı sonlarında tespit edilen bu yeni tip koronavirüs, şiddetli akut solunum sendromu ilişkili virüse yapısal benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır ve neden olduğu hastalık Dünya Sağlık Örgütü tarafından Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak tanımlanmıştır.⁹ SARS-Cov-2, koronavirüs ailesinin beta koronavirüs grubuna dahildir ve insanda enfeksiyona neden olan ailenin yedinci üyesi olarak kabul edilir. Hücre yüzeylerinde bulunan spike (S) proteini konak hücre reseptörlerini tanıyarak hücreye bağlanmasını ve sonrasında konak hücreye girmesini sağlar, nihayetinde süreç hastalıkla sonuçlanır.¹⁰ Koronavirüsler ısıya ve ultraviyole ışınlarla oldukça duyarlı olmakla birlikte %75 etanol, perasetik asit ve klor içeren dezenfektanlarla etkili bir şekilde inaktive edilebilirler.¹¹ SARS-COV-2, hastalığın seyrinde mutasyona uğrayabilen ve bu sebeple tedavi edilmesi, salgının önlenmesi ve kontrolü zor olan bir RNA virüsüdür.¹²

2.1.2. Epidemiyoloji

Bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkması genel olarak bulaştırıcı kaynak, bulaşma yolu ve duyarlı nüfus unsurlarına dayanır. Mevcut durumda SARS-CoV-2 ile enfekte hastalar bulaşın ana kaynağıdır ve çok miktarda virüs üretir. İnkübasyon dönemindeki

semptomsuz hastalar veya hafif klinik semptomu olan kişiler günlük aktivitelerine devam ederek önemli bir bulaş kaynağı olabilir.¹³

COVID-19'da bulaşma ağırlıklı olarak solunum damlacıklarının öksürme ve hapşırma yoluyla havaya yayılmasıyla olur ve bireyler arasında yakın temasın da bulaşmaya neden olabileceği bildirilmektedir. Yüksek damlacık konsantrasyonu nedeniyle havalandırılmamış kapalı alanlar bulaşma riskini artırır.¹⁴

İnkübasyon dönemi konağın bir enfeksiyon ajanına maruz kalması ile klinik semptomların ortaya çıkması arasında geçen süre olarak tanımlanabilir. Asemptomatik seyreden bir inkübasyon döneminde virüsün bulaşp bulaşmadığı bilinmemektedir ve bulaşma oluyorsa salgının kontrolünü zorlaştıran bir etkidir.¹⁵ COVID-19'un inkübasyon dönemi ile ilgili bir çalışmada ortalama kuluçka süresinin 5,2 gün olduğu, seyahat öyküsü olan ve semptom başlangıç gününün kullanıldığı doğrulanmış 88 vaka ile yapılan başka bir çalışmada bu sürenin 6,4 gün olduğu gösterilmiştir.¹⁶ Bununla birlikte kuluçka süresinin 19 gün olarak tespit edildiği sıra dışı bir vaka da bildirilmiştir.¹⁷ Özellikle uzun ve semptom göstermeyen bir kuluçka süresi, hastalığın tarama, tespit ve salgın kontrolüyle ilgili politikalarda önemli düzenlemeler yapılmasını gerektirir. Bu bilgiler ışığında COVID-19 hastalığında karantina süresinin 14 gün olması yaygın bir görüş olarak uygulamaya geçmiştir. Günümüzde salgının seyri göz önünde tutularak ülkemizde karantina süresi 7 gün olarak uygulanmaktadır.

Temel çoğalma sayısı (R_0) yaygın olarak kullanılan, duyarlı popülasyonda bulaştırıcı bir vaka tarafından meydana getirilen yeni vakaların ortalama sayısını tahmin etmekte kullanılan bir terimdir. R_0 'ın 1'den büyük olması mevcut bir enfekte vakanın birden fazla kişiyi enfekte edeceğini ve insandan insana bulaş yoluyla vaka sayısının artacağını düşündürür. Çeşitli çalışmalarda hastalık için R_0 değeri 1,4 ile 6,49 arasında bulunmuştur.¹⁸ On iki çalışmanın analiz edildiği bir çalışmada ortalama R_0 değerinin 3,28 ve medyan değerin 2,79 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Tahmin süresi, kullanılan modeller ve veri kümeleri gibi pek çok faktörün R_0 değerini etkileyebileceğinin bilinmesi ve yorumlarken bu etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir.²⁰

COVID-19 ile ilgili yayınlar daha çok yetişkin kişilere odaklanmaktadır ve enfeksiyonun çocuklarda görülme sıklığı görece düşüktür.²¹ Pediatrik yaş grubunda ilk vaka 20 Ocak 2020 tarihinde Çin'in Shenzhen şehrinde, Wuhan kentini ziyaret eden bir ailenin 10 yaşındaki erkek çocuğunda bildirilmiştir.²² Çocuklarda hastalık daha hafif

seyreder, prognozu daha iyidir, pnömoni sıklığı daha azdır ve iyileşme daha hızlıdır. Bu farklılığın viral reseptörlerin çocuklarda dağılımının, matüritesinin ve fonksiyonlarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.¹⁵ Fark edilmesi zor olan asemptomatik veya hafif seyreden çocuk vakaların bulaştırıcılıkta önemli bir rol oynayabileceği akılda tutulmalıdır.²³

Gebe kadınlar solunum yollarındaki immünolojik ve fizyolojik adaptasyonlar sebebiyle viral solunum yolu enfeksiyonlarına daha duyarlı hale gelirler.²⁴ Gebelik sırasında geçirilen, esas olarak ciddi veya kritik COVID-19 hastalığı, olumsuz anne ve bebek sonuçları riskinin artmasıyla ilişkilidir ve morbidite için risk faktörleri arasında Siyah ve Hispanik ırktan olma, obezite, ileri anne yaşı, eşlik eden komorbiditeler ve doğum öncesi COVID-19 ile ilgili hastane kabulleri sayılabilir.²⁵

Yaşlanmayla birlikte immün fonksiyonlar azalır ve immün regülasyon bozulur. Ayrıca gelir düzeyi, eğitim seviyesi, yaşam biçimi, sigara, alkol kullanımı gibi alışkanlıklar, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kortikosteroid kullanımı, ciddi kognitif bozukluklar gibi pek çok hastalık ve immün yanıtı baskılayan ilaç kullanımı bu bozulmaya katkıda bulunur. İleri yaş, salgın başlangıcından itibaren hastalık şiddeti ile ilişkili önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır.²⁶ Yaşlı hastalarda COVID-19 enfeksiyonunun şiddetli hastalığa ilerleme olasılığı daha yüksektir ve genç ve orta yaşlı hastalarla kıyaslandığında bu grupta ölüm oranı daha yüksektir.²⁷

Vaka ve ölüm sayıları yaş, eşlik eden hastalık varlığı, kişinin genel immün durumu gibi çeşitli faktörlere bağlı olabildiği gibi ülkeler arasında da farklılık göstermektedir (Şekil 1).

Name	Cases - cumulative total 	Cases - newly reported in last 24 hours	Deaths - cumulative total	Deaths - newly reported in last 24 hours
Global	175.847.347	298.969	3.807.276	8.738
 United States of America	33.140.498 	8.197	594.644	148
 India	29.510.410 	70.421	374.305	3.921
 Brazil	17.412.766 	37.948	487.401	1.129
 France	5.635.842 	2.850	109.512	13
 Turkey	5.330.447 	5.012	48.721	53
 Russian Federation	5.222.408 	13.721	126.801	371
 The United Kingdom	4.565.817 	7.319	127.904	8
 Italy	4.244.872 	1.390	127.002	26
 Argentina	4.124.190 	13.043	85.343	268
 Colombia	3.753.224 	28.519	95.778	586
 Spain	3.729.458 	0	80.465	0
 Germany	3.715.518 	549	89.844	10

Şekil 1. DSÖ verilerine göre bazı ülkelerin vaka ve ölüm sayıları (15 Haziran 2021)⁴

2.1.3. Klinik Bulgular

COVID-19 asemptomatik hastalıktan septik şok ve çoklu organ yetmezliğine kadar değişen geniş bir spektrumda hastalık tablosu oluşturabilmektedir ve hastalığın şiddetine göre hafif, orta, şiddetli ve kritik hastalık olarak sınıflandırılabilir. Buna ilaveten hastalarda en sık görülen başvuru semptomları ateş (%98,6), yorgunluk (%69,6), kuru öksürük ve ishal şeklinde sıralanmaktadır.¹⁴ Daha seyrek olarak boğaz ağrısı, dispne, göğüste sıkışma, nefes darlığı ve balgam görülebilir.²⁸ Koku ve tat alma bozuklukları hastalığın sık görülen erken semptomlarıdır ve bu bulgular açısından dikkatli olmak erken teşhis ve tedavi açısından faydalı olabilir.²⁹

Çin’de 44672 doğrulanmış vaka ile yapılan büyük bir epidemiyolojik çalışmada hastaların %86,6’sının 30 ila 79 yaşları arasında olduğu, %80,9’unun hafif/yaygın pnömoni olarak kabul edildiği, %13,8’inin ciddi vakalar olduğu ve %4,7’sinin kritik vakalar olduğu bildirilmiştir.³⁰

Hafif hastalık; vakaların %81’lik büyük kısmını oluşturmakla birlikte, kuru öksürük, hafif ateş, burun tıkanıklığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrısı ve halsizlik gibi

viral üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile başvurabilir ve dispne gibi ciddi semptomları ve radyolojik bulguları yoktur.³¹

Orta şiddette hastalık; vakalarda öksürük, nefes darlığı, takipne gibi alt solunum yolu enfeksiyonu bulguları ve radyolojik bulgular vardır. Oda havasında oksijen saturasyonu (SpO2) $\geq$ %94'tür.³¹

Şiddetli hastalık; vakalar şiddetli pnömoni bulguları ile başvurur. Hastaların kliniğinde şiddetli dispne, takipne (solunum hızı > 30 /dakika), solunum sıkıntısı, SpO2 $\leq$ %93, arteriyel oksijen kısmi basıncının solunan oksijen fraksiyonuna oranı (PaO2/FiO2) <300 ve 24-48 saat içinde akciğerde %50'den fazla infiltrasyon bulunur. Şiddetli hastalık formunda dahi ateş görülmeyebilir veya hafif olabilir.³¹

Kritik hastalık; hastaların %5'inde akut solunum yetmezliği, kalp hasarı, septik şok ve ya çoklu organ yetmezliğini içeren kritik hastalık gelişebilir. Bu grupta vaka ölüm oranı %49 olarak bildirilmiştir. Eşlik eden kardiyovasküler hastalık (%10,5), diyabet (%7,3), solunum yolu hastalığı (%6,5), hipertansiyon (%6) ve onkolojik hastalık (%5,6) öyküsü olan hastalarda vaka ölüm oranı daha yüksektir. Komorbiditesi olmayan hastalarda vaka ölüm oranı daha düşük bulunmuştur (%0,9).³¹

2.1.4. Tanı

COVID-19 hastalığının tanısında kullanılan yöntemler şüpheli temas öyküsünü içeren anamnez, klinik semptomların varlığı, laboratuvar bulguları ve radyolojik görüntülemelerdir.

Günümüzde olası vakalarda SARS-CoV-2 virüsünü saptamada birincil kullanılan ve tercih edilen yöntem gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (real time polymerase chain reaction-RT-PCR) testidir. RT-PCR testinde, nazal sürüntü, trakeal aspirat ve bronkoalveolar lavaj örnekleri kullanılabilir ancak öncelikle nazofaringeal ve orofaringeal sürüntüler alınarak üst solunum yolu örneklerinin kullanılması tercih edilir.³² Bir çalışmada virüsün üst solunum yolundan alınan örneklerde ve semptomların başlamasından sonra ilk 3 gün içinde en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur, ayrıca asemptomatik kişilerin üst solunum yolu örneklerinde de SARS-CoV-2 RNA saptanmıştır.³³ SARS-CoV-2 RNA'nın kan ve dışkı örneklerinde de tespit edilebileceği bildirilmiştir.³⁴ RT-PCR testinin özgüllüğü yüksek görünmekle beraber, sürüntü alma esnasında kontaminasyon nedeniyle özellikle semptomsuz hastalarda yanlış pozitif

sonuçlar verebilmektedir. Duyarlılık oranının %66-80 arasında olduğu tahmin edilmektedir.³⁵ Hastalığın başlangıcında alınan veya st solunum yolu sürüntü rneği kullanılarak yapılan tek bir negatif test enfeksiyonu dışlamada yeterli olmaz, yüksek klinik şüphede testin tekrarlanması veya daha derin solunum yollarından örnek alınması önerilebilir.³²

Tanıda radyolojik görüntüleme yöntemi olarak konvansiyonel akciğer grafisi (X-ray), bilgisayarlı tomografi (BT) ve akciğer ultrasonografisi kullanılabilir. Akciğer grafisi hastalık başlangıcında olan erken akciğer değişikliklerini belirlemede düşük duyarlılığa sahiptir ve tamamen negatif olabilir. Enfeksiyonun ilerleyen aşamalarında birleşme eğilimi gösteren iki taraflı multifokal alveolar opasiteler gösterebilir, plevral effüzyon eşlik edebilir.³⁶

Göğüs bilgisayarlı tomografisi kolay uygulanabilir olması ve hızlı sonuç vermesi nedeniyle hastalığın tanı ve takibinde önemli bir yer tutmaktadır. COVID-19 hastalarında tipik göğüs BT bulguları özellikle periferik ve alt loblarda buzlu cam opasiteleri ve iki taraflı çoklu lobüler ve alt segment konsolidasyon alanlarıdır.³² Göğüs BT'de plevral efüzyon, kitle, kavitasyon ve lenfadenopati gibi COVID-19 açısından tipik olmayan bulgular alternatif tanı olasılığını akla getirmelidir.³⁷

Ultrasonun özgüllüğü ldk düşüktür ve duyarlılığının %75 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Hastalık şiddeti, uygulayan kişinin becerisi ve hasta ağırlığı gibi faktörlerden etkilenir ve hastalığın seyrinin takibinde faydalanılabilir.³⁸

Yapılan bir sistematik derleme çalışmasına göre albümin düşüklüğü (%75,8), C-reaktif protein (CRP) yüksekliği (%58,3), laktat dehidrojenaz (LDH) yüksekliği (%57,0), lenfopeni (%43,1) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) yüksekliği (%41,8) hastalarda görülen en yaygın laboratuvar sonuçları olarak bulunmuştur.³⁹

Başka bir meta-analiz çalışmasında başvuru esnasında lenfopeninin COVID-19 hastalarında artmış mortalite ve yoğun bakım ihtiyaı gibi kötü sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁰

Ayrıca CRP sonuçları ve ölüm riski arasında bir korelasyon olduğu bildirilmiştir.⁴¹ Yirmi beş çalışmanın derlendiği 5350 hastayı içeren bir meta-analiz çalışmasında yüksek serum CRP, prokalsitonin, D-dimer ve ferritin düzeylerinin, kötü klinik sonuç olarak değerlendirilen mortalite, akut solunum sıkıntısı sendromu, yoğun bakım ihtiyaı ve şiddetli hastalık ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁴²

Trombosit sayısı hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılabilir, hayatta kalan hastalarda, hayatta kalmayanlara göre daha yüksek trombosit sayısı vardır ve trombositopeni ciddi hastalık riskinde artış ile ilişkilidir.⁴³

2.1.5. Tedavi

Pandemi başlarında COVID-19 hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilerimiz oldukça sınırlıydı. Bu durum yeni viral hastalıkla ilgili çalışmaların çok yoğun ve hızlı bir şekilde yapılması için aciliyet oluşturdu. Neticede tedavi için yeni ilaçların geliştirilmesi ve hastalığı önlemeye yönelik aşı çalışmalarında önemli ilerleme kaydedildi.

Günümüzde farmakolojik tedavide; antiviral ajanlar (örn. remdesivir), anti-SARS-CoV-2 monoklonal antikorlar (örn. bamlanivimab/etesevimab), anti-inflamatuvar ilaçlar (örn. deksametazon), immünomodülatör ajanlar (örn. barisitinib) gibi çeşitli terapötik seçenekler kullanılmaktadır.⁴⁴ Hastalığın klinik seyri iki aşama şeklinde düşünülebilir; semptom başlangıcı ve sonrasındaki birkaç günü içeren viral replikasyonun yoğun olduğu dönem ve artmış sitokin salınımı sonucu oluşan hiperinflamasyonun ve pıhtılaşma sisteminin aktifleşmesi sonucu olan tromboza eğilimin yüksek olduğu dönem. Birinci aşamada antiviral ilaçların ve antikor bazlı tedavilerin, ikicisinde ise anti-inflamatuvar ve immünmodulator ilaçların antiviral tedaviye eklenmesinin faydalı olması muhtemeldir.⁴⁵

Remdesivir klinik çalışmalarda hafif ve orta şiddetli COVID-19 hastalarında iyileşme süresini kısaltmada plaseboya karşı üstün olduğu gösterilen, yetişkinlerde ve 12 yaş üzeri pediatrik grupta kullanımı Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından onaylanmış, SARS-CoV-2'ye karşı antiviral aktivite gösteren geniş spektrumlu bir antiviral ajandır. Buna karşın remdesivirin hastanede kalış süresi, mekanik ventilasyon ihtiyacı veya genel mortalite üzerine etkisi olmadığını ya da sınırlı etkisi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.³¹

Hidroksiklorokin pandemi başlangıcında COVID-19 tedavisinde antiviral olarak önerilmesine karşın, randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen verilerde hastanede yatan hastalarda klinik durum veya mortalite üzerine etkisi olmadığı görülmüştür.⁴⁶

Favipiravir tedavide ülkemizde de kullanılan bir antiviral ajandır. Hidroksiklorokin ile kıyaslandığı bir çalışmada favipiravirin mekanik ventilasyon

ihtiyacını azalttığı görülmesine karşın başka bir çalışmada hafif ve orta şiddetli hastalığı olanlarda mortalite açısından yararlı bir etki göstermediği bildirilmiştir.^{47,48}

Molnupiravir nispeten yeni olan ve Şubat 2022 tarihinde ülkemizde de kullanılmaya başlanan antiviral bir ajandır. Yapılan randomize, çift kör bir çalışmada molnupiravir plaseboya kıyasla nazofarengeal enfeksiyöz virüs izolasyonunda azalma, SARS-CoV-2 RNA eliminasyonu için geçen sürede azalma, viral RNA yükü azalan hasta oranında artış ve bazale göre viral RNA yükünde daha fazla düşüş ile ilişkili bulunmuştur.⁴⁹ Yapılan bir meta-analizde molnupiravirin güvenli ve hastalar tarafından iyi tolere edilen bir antiviral olduğu, hafif vakalarda hastaneye yatış veya ölümleri önemli oranda azalttığı, orta-şiddetli vakalarda etkisinin şüpheli olduğu ve ileri araştırmalara gerek duyulduğu bildirilmiştir.⁵⁰

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehberde ≥ 65 yaş olanlar, bağışıklığı baskılanmış olanlar, kanser, KOAH, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet gibi komorbiditesi olanlar, obezler, sigara içenler ve gebe olanlarda ağır hastalık gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiş ve takiplerinde dikkatli olunması gerektiği vurgulanmıştır. Aşağıdaki bulguları olan kişilerin hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi önerilmiştir.⁵¹

- Hafif-orta seyirli pnömonisi olup solunum dakika sayısı ≥ 24 ve $SpO_2 \leq 93$ olanlar
- Hafif-orta pnömonisi olup, başvuruda alınmış kan tetkiklerinde kötü prognostik ölçütü (kan lenfosit sayısı $< 800/\mu$ veya serum CRP > 10 x Normal değer in üst sınırı veya ferritin > 500 ng/ml veya D-Dimer > 1000 ng/ml) saptananlar
- Ağır pnömonisi olanlar (bilinç değişikliği, solunum sıkıntısı olanlar, solunum dakika sayısı ≥ 30 , oda havasında $SpO_2 \leq 90$, akciğer görüntülemesinde bilateral yaygın (> 50) tutulumu olanlar)
- Hipotansiyon ($< 90/60$ mmHg, ortalama kan basıncı < 65 mmHg), taşikardi (> 100)
- Sepsis, septik şok
- Miyokardit, akut koroner sendrom, aritmi
- Akut böbrek hasarı.⁵¹

Hastalığı geçiren kişilerde fiziksel, tıbbi ve bilişsel sekelleri içeren, uzun COVID olarak da isimlendirilen kalıcı post-COVID sendromu, devam eden immünsupresyonun, pulmoner, kardiyak ve vasküler fibrozisin neden olduğu, mortalite artışına ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan patolojik bir durumdur. Tedavi edilen kişilerde hastalığın potansiyel uzun süreli etkilerinin bu hastaların bakımını üstlenen aile bireylerine, sağlık sistemlerine ve genel topluma bir yük getirmesi olasıdır.⁵² COVID-19 sonrası belirtilerin analiz edildiği bir çalışmada hastaların yalnızca % 10.8'inin iyileştikten sonra semptom göstermediği, büyük bir kısmının çeşitli yakınmaları olduğu bildirilmiştir. En sık görülen belirtiler yorgunluk (% 72,8), anksiyete (% 38), eklem ağrısı (% 31,4), sürekli baş ağrısı (% 28,9), göğüs ağrısı (% 28,9), demans (% 28,6), depresyon (% 28,6) ve dispne idi (% 28,2). Nadir olarak inme, böbrek yetmezliği, miyokardit ve pulmoner fibroz gibi daha kritik bulgular da saptanmıştır. Hastalık şiddeti yaş ve komorbiditelerle ilişkili olmakla beraber, post-COVID semptomlar da geçirilmiş hastalığın şiddeti ile ilişkiliydi.⁵³ Bu hastaların takibini üstlenen hekimlerin negatif PCR testinin takibi sonlandırmada yeterli olmadığının bilincinde olması ve uzun süren semptomlar açısından dikkatli olması bakımın kalitesini arttıracaktır.

2.1.6. Önleyici Tedbirler

COVID-19 hastalığı nefes darlığı ve öksürük ile karakterize, kontamine yüzeye temas veya hava yoluyla bulaşan oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Hem canlı hem de cansız yüzeyler hastalığın yayılmasında rol oynayabilir. Etkili yüzey dezenfektanı kullanımı, el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman (uygun maske, yüz ve göz koruyucu vb.) kullanımı gibi önleyici tedbirler enfeksiyonun yayılmasını azaltmaya yardımcı olabilir.⁵⁴ Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu sosyal ve ekonomik hayatın her alanında uyulması gereken kurallar ve önleyici tedbirlerle ilgili güncel kılavuzlar yayınlamaktadır.⁵⁵

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde aşı kritik bir role sahiptir. Küresel çapta yayılım gösteren COVID-19 hastalığına karşı aşı çalışmaları da sürecin en başından beri yoğun bir şekilde devam etmektedir. Günümüzde aşı konusunda önemli bir yol kat ettiğimiz söylenebilir. DSÖ'nün Haziran 2021 itibariyle şiddetli hastalık ve ölümü önlemede etkinlik ve güvenilirlik kriterlerini karşıladığını bildirdiği aşilar; AstraZeneca/Oxford, Johnson and Johnson, Moderna, Pfizer/BionTec, Sinopharm ve

Sinovac aşılarıdır. DSÖ, 18 yaş üzerindeki kişilere COVID-19 hastalığı geçirilmiş olsa bile sırası geldiğinde vakit kaybetmeden, ulaşabildiği aşığı yaptırtmasını önermektedir. Otoimmün hastalıklar da dahil komorbid hastalığı olanlara da aşı yaptırtması önerilmektedir. Yalnızca baskılanmış immün sistemi olanlar, gebeler, şiddetli alerji (özellikle aşı veya içeriğindeki maddelere karşı) öyküsü olanlar ve aşırı zayıf kişilere aşı uygulanırken durumun dikkatlice gözden geçirilmesi ve uygulamanın bireyselleştirilmesi tavsiye edilir. Aşı sonrası pek çok kişide kol ağrısı, hafif ateş, baş ağrısı, yorgunluk, kas ve eklem ağrısı gibi minör belirtilerin olabileceği akılda tutulmalıdır.⁵⁶

Ülkemizde de aşılama çalışmaları öncelikli olarak sağlık çalışanlarında başlamıştır ve günümüzde genel toplumda devam etmektedir. Bugüne kadar kullanılan aşılar Sinovac ve Pfizer/BionTec aşılarıdır. Yerli üretim aşı çalışmalarının yoğun bir şekilde devam ettiği ve faz 3 aşamasına geçilen aşı çalışmaları olduğu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 23 Haziran 2021 tarihi itibarıyla 29 milyonun üzerinde ilk dozu uygulanan, 14 milyonun üzerinde iki dozu uygulanan kişi olmak üzere toplamda 44 milyon doza yakın aşı yapılmıştır.⁵⁷

Günümüzde yerli aşı Turkovac'ın da kullanım onayı almasıyla toplam 3 aşı ile COVID-19'a karşı bağışıklama çalışmaları devam etmektedir. Risk gruplarına göre önceliklendirilerek 17 yaş üstü bireylere aşı tanımlaması yapılmakta ve kişilere en az 2 doz aşığı takiben 3 ay sonra hatırlatma dozlarını da yaptırtmaları önerilmektedir. Kronik hastalığı olanlar başta olmak üzere 12-17 yaş arası çocuklar da ailelerinin tercihin ve onayına bağlı olarak 3 doz aşı olabilmektedir.

2.2. Tükenmişlik

2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı

Dilimize 'tükenmişlik' şeklinde çevrilen 'burnout' kavramı mesleki bir tehlike olarak ilk kez 1970'li yıllarda Amerika'da psikolog olan Herbert Freudenberger tarafından bitkinlik, hayal kırıklığı ve iş bırakma isteğiyle karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmasında Freudenberger tükenmişliği enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler sonucu başarısız olmak, yıpranmak ve yorulup tükenmek şeklinde tarif etmiştir. Tükenmişliğin fiziksel ve davranışsal işaretleri, kişisel yatkınlık özellikleri

ve bazı önleyici tedbirlerin de ele alındığı bu çalışma daha sonra yapılacak birçok araştırmaya temel oluşturmuştur.⁵⁸

2.2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik kavramının günümüzde en çok kabul edilen tanımı 1981 yılında Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Bu modelde tükenmişlik; daha çok insanlarla yüz yüze çalışan meslek gruplarında bireylerin, karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı duygusunda azalma hissetmeleri bileşenlerinden oluşan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Maslach tarafından bu üç alt bileşeni objektif olarak ölçmeye yarayan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) geliştirilmiştir.⁵⁹

2.2.2.1. Duygusal Tükenme

Maslach ve arkadaşlarına göre duygusal tükenme, tükenmişliğin bireysel stres boyutunu temsil etmektedir ve kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesi sonucu psikolojik olarak kendilerini işe verememeleri durumunu ifade eder. Neticede insanlara karşı olumsuz, alaycı tutum ve duygular geliştirebilirler.⁶⁰ Duygusal tükenme, tükenmişliğin üç bileşeninden en yaygın olarak rapor edilen ve en kapsamlı şekilde üzerinde çalışılan merkezi niteliğindedir ve bu karmaşık sendromun en belirgin bileşenidir. Kendisinin veya bir başkasının tükenmişlik yaşadığını ifade eden birisi çoğunlukla duygusal tükenmişliğe atıfta bulunmaktadır. Buna rağmen tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli olmamaktadır.⁶¹ Duygusal tükenme, gerginlik, kaygı, yorgunluk, uykusuzluk gibi durumlarla bağlantılı olabileceği için psikolojik ve fiziksel gerginliğe yol açabileceği düşünülmektedir.⁶²

2.2.2.2. Duyarsızlaşma

İnsan ilişkileri içinde işin yoğunluğu ve duygusal talepleri, hizmet sağlayıcının hizmet alıcıların ihtiyaçlarına cevap verebilme kapasitesini düşürebilir. Maslach'ın tanımına göre duyarsızlaşma; bireyin hizmet verdiği kişilere karşı mesafeli, duygudan yoksun ve hatta sert davranması şeklinde ifade edilir ve tükenmişliğin üç alt boyutundan en önemlisi olarak belirtilir. Duygusal tükenme içinde olan birey, insanların sorunlarını

çözme konusunda yetersizlik hissederek duyarsızlaşma seçeneğini bir kaçış olarak kullanmaktadır ve nihayetinde insanlarla olan yüz yüze ilişkisini mümkün olan en az seviyeye indirmeye çalışır.⁶¹ Birey hizmet verdiği insanları nesne yerine koymaya başlamaktadır ve taleplerini görmezden gelmektedir. Bu durum kişinin kendini koruma mekanizmasıdır. İçinde bulunduğu tükenmişlik ve çaresizlikten duyarsızlaşma yoluyla kendini korumaya çalışmaktadır.⁶³

2.2.2.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi

Kişisel başarıda azalma hissi tükenmişlik sendromunda kişinin kendi kendini değerlendirdiği aşamadır. İş yaşamında yetersizliği, başarı ve üretkenlikte azalmayı ifade eder. Bu başarısızlık hissi iş kaynaklarında, sosyal destekte ve kariyer fırsatlarındaki eksikliklerle tetiklenebilir.⁶⁴ Kişisel başarıda azalma hissinin tükenmişliğin diğer alt boyutlarıyla ilişkisi biraz daha karmaşık görünmektedir. Sürekli ve yoğun talepleri olan çalışma durumunun beraberinde getireceği duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın kişinin öz yeterliliğinde azalma yapması muhtemeldir. Yorgun hissederken ve kayıtsız insanlara yardım ederken başarı duygusu kazanmak zor olabilir.⁶¹

2.2.3. Tükenmişliğe Yol Açan Faktörler

Tükenmişliğe yol açan faktörler bireysel ve örgütsel olarak iki başlık altında incelenebilir. Bireysel özelliklerden daha ziyade işin doğasının tükenmişlik üzerine etkisinin daha belirleyici olduğu bildirilmiştir.⁶⁴

2.2.3.1. Bireysel Faktörler

Kişinin sosyodemografik özellikleri olarak da bilinen yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ile kişilik özellikleri ve işe karşı tutumları gibi bireysel değişkenler tükenmişlik üzerine etki edebilmektedir.

Yaş ve çalışma süresi ile tükenmişlik arasında ilişki olup olmadığını değerlendiren çok sayıda araştırma olmasına rağmen kesin sonuca varılması mümkün olmamıştır. Bazı çalışmalar yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını bildirse de bu değişkenler arasında ilişki saptayamadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bu farklılıkların sebebi

çalışılan bireylerin kişisel özellikleri, çalışma koşulları veya örneklem hatasıyla ilgili olabilir. Genç çalışanların yaşlılara oranla tükenmişliğe daha yatkın oldukları düşünüüyorsa başa çıkma becerileri kazandırmak gibi önleyici tedbirler alınması yararlı olabilir.⁶⁵

Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki ilişki tarihsel olarak tartışmalı bir konudur. Araştırmacıların cinsiyet farklılığı ile ilgili çalışmaların sonuçlarını, karar vericilerin bakış açısını değiştirme potansiyeli nedeniyle bildirmekte çekinceli davranabildikleri belirtilmektedir. Yaygın görüş kadınların erkeklerden psikolojik olarak daha fazla stres altında olduğunu söylese de iş ilişkili tükenmişlik konusunda büyük ölçüde temelsizdir. Özellikle kadınlar erkeklerden daha fazla duygusal tükenme eğiliminde olabilir ancak erkekler kadınlardan daha fazla duyarsızlaşma eğilimindedir. Her iki cinsiyetin de tükenmişlik yaşayabileceği ve başa çıkmak için bireysel ve örgütsel desteğe ihtiyaç duyabileceği çalışma ortamında dikkate alınmalıdır.⁶⁶

Medeni durum ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmada evliliğin tükenmişlik oranlarını azalttığı bildirilmiştir. Yalnız yaşayan bireylerde duyarsızlaşma riski daha yüksek bulunmuştur. Çift halinde yaşanan aile ortamının güvende hissettirmesinin ve aileden destek almasının çalışanı işyerinde duyarsız, alaycı ve olumsuz davranışlar geliştirmekten koruduğu düşünülmektedir.⁶⁷

Yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin düşük eğitim düzeyine sahip kişilere göre daha fazla oranda tükenmişlik belirtileri gösterdiklerini bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu kişilerin eğitimleri gereği daha fazla sorumluluk yüklenmeleri ve daha stresli görevlerde çalışıyor olmaları buna sebep olabilir. Buna ilaveten eğitim seviyesiyle beraber artan beklentilerin karşılanamamış olması da tükenmişliğe katkıda bulunabilir.⁶¹ Tersine, eğitim düzeyinin öğrenme davranışları yoluyla psikolojik güçlenmeyi arttırdığı ve tükenmişliği azalttığını, aynı iş ve çalışma koşulları içinde yüksek eğitim düzeyine sahip çalışanların davranışsal öğrenme yoluyla daha güçlü psikolojik durum ve daha az tükenmişlik düzeylerine sahip oldukları da bildirilmiştir.⁶⁸

Kişilik özellikleri ile tükenmişlik arasındaki ilişki teorik olarak bilinmektedir ve tükenmişlik gelişmesinde önemli rol oynayabilir. Kişilik özellikleri stresle başa çıkma mekanizması olabilir, uygunsuz davranışlardan kaçınmaya aracı olabilir ya da tam tersi kendi kaynak olarak işlev görebilir. Duygusal tükenme dışa dönüklük ve duygusal sağlamlık ile negatif ilişkili, duyarsızlaşma uyumluluk ve duygusal sağlamlık ile negatif

ilişkili ve kişisel başarı dışı dönüklük, vicdanlılık, uyumluluk ve duygusal sağlamlık ile pozitif ilişkili bulunmuştur.⁶⁹

Kişinin işiyle ilgili beklentilerinin karşılanmaması, iş baskısı ve görev belirsizliği gibi durumların tükenmişliğe önemli katkı yaptığı gösterilmiştir. Bireyin görev ve sorumluluklarıyla ilgili beklentilerin açık bir şekilde tanımlanmasının tükenmişlik düzeyinde azalma sağlayabileceği bildirilmiştir.⁷⁰

2.2.3.2. Örgütsel Faktörler

Maslach ve Leiter tükenmişliğin örgütsel bağlamını iş yükü, kontrol, ödül, toplum, adalet ve değerler şeklinde altı alanda tanımlamıştır. Tükenmişlik, çalışma ortamında bu altı alanın tamamı veya bir kısmı ile kişilerin beklentileri arasındaki sürekli uyumsuzluk sonucu gelişir.

Artmış iş yükünün özellikle duygusal tükenme alt boyutunda olmak üzere tükenmişlikle doğrudan bir ilişkisi vardır. Çalışma hayatında dinlenmek için yeterli zamanı ve desteği olmayan bireyler tükenmişliğe duyarlı hale gelir. Bireyin yapabileceklerinin sınırı bellidir ve fazla beklenti beraberinde fazla stres ve tükenmişliği getirir. İş yükü ile tükenmişlik arasındaki bu doğrusal ilişki görüldüğünden daha karmaşıktır. Yapılan işin türüne ve bireyin işini anlamlandırma şekline göre değişkenlik gösterir.

Kontrol bireyin çalışma ortamında sorumluluk alarak karar verebilmesi, işle ilgili kaynakları kullanabilmesi ve sorun çözmesi gibi durumları ifade eder. Organizasyon içi rol çatışması veya yetersiz görev tanımları tükenmişliğe önemli katkıda bulunur. Bireyin işi ile ilgili kontrol eksikliği işine ve organizasyona karşı daha az uygun davranış göstermesine neden olur ve tükenmişliğin daha çok kişisel başarıda azalma alt boyutuyla ilişkilidir.

Ödül ve tükenmişlik arasındaki ters ilişki birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmaların büyük bölümü yetersiz finansal, sosyal ya da kurumsal ödüllendirmenin çalışanları tükenmişliğe daha duyarlı hale getirebileceği sonucuna varmıştır ve daha çok kişisel başarı alt boyutuyla ilişkilidir. Aşırı ödüllendirmenin de tükenmişlikle ilgili olabileceğini söyleyen çalışmalar da vardır. Bu açıdan bakıldığında benzer şekilde ödüllendirildiği çalışma arkadaşlarından daha az katkı verdiğini düşünen birey bu

eşitsizlik nedeniyle gerilim yaşayabilir. Ödüllendirme sisteminde eşitsizliği önleme girişimleri iş hayatında uyumsuzluğun giderilmesine katkı verebilir.

Toplum ile ilgili çalışmalar daha çok yöneticiler, iş arkadaşları ve aile üyeleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Sosyal desteğin iyi olduğu durumlarda beklentiler ve tükenmişlik arasındaki dengeyi kurmak daha kolay olmaktadır. Bir organizasyondaki kişilerin insani ilişkilerinin kalitesi iş ile ilgili etkileşimlerine yansımaktadır ve aidiyet duygusunu geliştirmektedir. Canlı, özenli ve duyarlı toplumsal ilişkiler tükenmişlikle ters orantılıdır.

Çalışanlar stresli bir durumla karşılaştıklarında yöneticilerinden problemi etkin şekilde çözmelerini beklemekle birlikte, kişisel ve örgütsel performansları için adalet ve iyimserlik konularında yüksek beklentilere girerler. Adalet, özellikle ödüllendirme, fırsat eşitliği ve takdir edilme ile ilişkili olarak sağlam bir toplumun temelidir. Maslach ve Leiter'in adalet üzerine esas vurgusu bir organizasyondaki insanlar arasındaki karşılıklı güven ruhu üzerinedir. Yöneticilerinin adil ve destekleyici olduğunu düşünen çalışanlarda büyük organizasyonel değişikliklere uyum daha iyi olmakta ve tükenmişliğe yatkınlık azalmaktadır.

Değerler bireyin iş hayatıyla olan ilişkisinin kalbini oluşturur ve bireyin organizasyona bağlılığını oluşturan temel motivasyondur. Bu nedenle iş ve değerler arasındaki uyumsuzluğun bireyin işi ile olan ilişkisine zarar verme potansiyeli yüksektir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında tükenmişliğin üç boyutu da ortaya çıkabilir. Nihayetinde birey başa çıkma metodu olarak kendi değerleriyle örgütün beklentilerini aynı çizgiye çekmeye çalışır veya başka kariyer fırsatlarını değerlendirmek amacıyla işten ayrılır.⁷¹

2.2.4. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik sendromu genellikle aniden ortaya çıkmaz, yavaş ve sinsi bir şekilde kendini gösteren kronik belirtiler içerir. Bu sinsi süreçte belirtilerin ne olduğunun bilinmesi tükenmişliğin erken tanınması ve müdahale edilmesi açısından önemlidir. Belirtilerde bireysel farklılıklar olmakla birlikte fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler şeklinde üç ana başlıkta toplanabilir.

Fiziksel belirtiler öncelikle hafif şekilde başlar ve bu süreçte en sık yorgunluk, bitkinlik, baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları gibi sorunlar görülür. İlerleyen

dönemde müdahale edilmezse tekrarlayan soğuk algınlıkları, enfeksiyonlara dirençte azalma, kilo problemleri, solunum güçlüğü, genel vücut ağrıları, gastrointestinal rahatsızlıklar, çarpıntı, tansiyon yüksekliği, cilt hastalıkları, kas spazmları gibi çok çeşitli belirtiler görülebilir. Bu tür geçmeyen belirtilerden şikayetçi olan bireyler semptomları hafife alınmadan tükenmişlik açısından değerlendirilmelidir.

Psikolojik belirtiler, tükenmişliğin diğer belirtilerine göre daha az belirgin olabilir. En sık sinirlilik, engellenmişlik hissi, kolay incinme, tedirgin ve huzursuz hissetme, özgüven eksikliği, düşmanca duygular hissetme, enerji kaybı, ümitsizlik, ilgisizlik, aile içi sorunlar, çevreye karşı negatif tutumlar geliştirme, saygı ve hoşgörü gibi olumlu duygularda azalma, depresyon, çaresizlik ve suçluluk hissi gibi belirtiler görülebilir. Ayrıca işe karşı olumsuz duygular edinme, iş bırakmayı düşünme ya da sık sık işe gitmemeyi isteme gibi belirtiler görülebilir.

Davranışsal belirtiler bireyin çevresindeki insanlar tarafından daha çabuk fark edilir. Tükenmişlik yaşayan bireyde en sık başarısızlık hissi, unutkanlık, aile içi çatışmalar, konsantrasyon güçlüğü, sinir patlamaları, ağlama atakları, alınganlık, işi yavaşlatma, işten uzaklaşma, verilen hizmetin kalitesinde azalma, artan şikayetler, iş arkadaşlarına karşı suçlayıcı ve alaycı olma, işe geliş gidiş saatlerine uyumsuzluk, işten ayrılma isteği gibi çok geniş bir yelpazede belirtiler görülebilir.⁷²

2.2.5. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri

Tükenmişlik, çalışanlar, çalışma ortamı, aile ve sosyal çevre üzerindeki etkileri ve potansiyel olumsuz sonuçları nedeniyle üzerinde dikkatle durulması gereken bir sorundur. Bu nedenle tükenmişlikle mücadele yöntemleri son dönemde üzerinde sıklıkla durulan bir konu haline gelmiştir. Buradan hareketle mücadelede temel çıkış noktası bireyin istekleri ve ihtiyaçları ile işin örgütsel ve ekonomik koşullarının iyi bilinerek, aradaki dengeyi insani ve etik koşullar içinde, çözüm odaklı bir şekilde kurabilmeye dayanmaktadır. Bu amaçla yapılabilecekler bireysel ve örgütsel yöntemler şeklinde sınıflandırılabilir.⁷³

2.2.5.1. Bireysel Yöntemler

Tükenmişlik çoğunlukla bireyin tek başına kontrol edemeyeceği ölçüde önemli bir sorun teşkil eder ve bireyin iş, aile ve sosyal çevresinden hatta bir profesyonelden

yardım almasını gerektirebilir. Bireysel olarak yapılabilecek en temel katkı kişinin fiziksel ve ruhsal açıdan kendini güçlü kılmak için bir takım egzersizler yapmasıdır. Nefes egzersizleri, jimnastik, solunum kontrolü gibi fiziksel egzersizler, moral ve motivasyon artırıcı yöntemler, gevşeme eğitimleri, meditasyon, hobi edinme, kişisel gelişim eğitimleri gibi yöntemlerle sağlığın ve iyilik halinin geliştirilmesi yararlı olabilir.⁷³

Bireyin tükenmişlik hakkında bilgi sahibi olması ve belirtilerini bilmesi yaşadığı durumu erken fark etmesini ve yardım arayışına girmesini sağlayacaktır. İş ile ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler koymak, bireyi bekleyen sorumlulukların ve risklerin işe başlamadan önce iyi tanımlanması bir sorunla karşılaşıldığında önlem almayı kolaylaştırır ve birey üzerindeki baskıyı azaltır.⁷⁴ İş sorumluluğunda ya da görev alanında değişiklik, iş hayatı ve sosyal hayat arasında denge, tatile çıkmak, mesleki gelişim etkinliklerine katılmak, boş zamanların verimli şekilde değerlendirilmesi gibi uygulamalar tükenmişlikle mücadelede katkı verebilir.⁷⁵

Bir çalışmada problem odaklı stratejiler olarak bilinen planlama, aktif başa çıkma, sosyal destek, çözüm odaklı yaklaşım, kişisel gelişim, olumlu yorumlama ve kısıtlamayla başa çıkma stratejilerinin kişisel başarı algısı ile önemli oranda pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. İşe bağlılık ve organizasyon ile ortak değerlerin paylaşılması problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olur. Duygusal tükenme alt boyutu çözüm odaklı ve aktif başa çıkma stratejilerinin yanı sıra, mizah, duygulara odaklanma, duyguları açığa çıkarma ve kısıtlamalarla başa çıkma gibi duygu odaklı stratejiler ile pozitif ilişki gösterir. Duyarsızlaşma alt boyutu ile başa çıkma stratejileri arasında önemli bir ilişki gösterilememiştir. Bunun sebebi diğer yöntemler işe yaramadığında duyarsızlaşmanın son seçenek olarak kullanılması olabilir. Sonuç olarak rahatlama teknikleri, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, insanlar arası iyi ilişkiler, gerçekçi iş beklentileri, iş ve özel yaşamda denge tükenmişlikle bireysel mücadelede anahtar rol oynamaktadır.⁷⁶

Aktif bir manevi hayat süren, alçakgönüllü ve sağlıklı ilişkilere önem veren, sorunlarla duygusal ve ruhsal başa çıkma yöntemlerini benimsemiş kişilerin tükenmişliğe karşı daha korunaklı oldukları görülmüştür. Bununla birlikte kendini geri çekme, inkar, kendini suçlama, uygunsuz mizah ya da hava atma gibi bazı stratejilerin

duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı kötüleştirebileceği bildirilmiştir. Bunlar bireyin içinde bulunduğu duruma verdiği uygunsuz tepkiler olabilir.⁷⁷

2.2.5.2. Örgütsel Yöntemler

Mevcut literatür ışığında bireysel müdahalelere ilaveten örgütsel stratejiler belirlemek tükenmişlikle mücadelede esastır. Bu noktada en etkili müdahale yönetsel uygulamalarla bireysel eğitim müdahalelerini kombine etmektir. Organizasyon içi işleyişi veya bireyi tek başına değiştirmek yetmez, etkili değişim her ikisini de uygun biçimde geliştirmeye mümkün olur. Tek bir çalışma alanına yönelip yoğun müdahaleler yapmak yerine diğer bazı uyumsuzlukları da gidermek daha iyi katkı verebilir. İnsanlar yaptıkları işe değer veriyorlarsa, önemli bir iş yaptıklarını düşünüyorlarsa ya da gayretlerinden dolayı ödüllendirildiklerini hissediyorlarsa daha fazla iş yükünü tolere edebilir, böylece değerli hissettirme ve ödül müdahale stratejisi olabilir. İşyerinde eşitlik ve adalet algısının önemi üzerinde duran bir uygulamada, eşitsizlik duygusunu azaltmanın yollarını tanımlayan çalışanlarda duygusal tükenmenin azaldığı görülmüştür.⁶¹

Örgütsel düzeyde bazı uygulamalar tükenmişlikle mücadeleye katkı verebilir. Bunlar arasında işe uygun personel seçiminin dikkatli yapılması, her çalışana eşit davranılması, çalışanlara kendilerini geliştirmelerine katkı verecek eğitim fırsatlarının sunulması, terfilerin doğru zamanda adil bir şekilde yapılması, işyerindeki çatışmaların uygun yönetilmesi gibi stratejiler sayılabilir.⁷⁸

İyi tanımlanmış organizasyon yapısı, dönüşümcü liderlik, işyeri kültürü ve elverişli çalışma ortamı iş tatminine ve azalmış tükenmişlik düzeyine imkan verir. Dönüşümcü liderlik çalışana sürekli destek sağlar ve aksiyon alan liderlikle birleştiğinde dolaylı olarak tükenmişlik düzeyinin azaltılmasına katkı sunan çalışan motivasyonu, hedef uyumu, iş tanımı ve iş memnuniyeti düzeylerini artırır. İşyeri kültürü hedef uyumuna, çalışan otonomisine katkıda bulunur ve daha fazla iş doyumunu ile ilişkilidir. İşyeri kültürü zaman içerisinde gelişir ve liderlikten etkilenir. Çalışan ve işyeri arasında hedef uyumu ve net iş tanımları düşük tükenmişlik düzeyi ile ilişkilidir. Ekip çalışması sorumluluğun paylaşılabilmesine imkan verir ve daha az tükenmişlik yaşanmasını sağlar.⁷⁹

Hekimler üzerine yapılan bir çalışmada olumlu çalışma ortamı, bireyi sağlık mesleğine çeken, sağlık sektöründe kalmasını teşvik eden, mesleki gelişim programları da dahil olmak üzere etkin performans göstermesine yardımcı olan ve çalışma ortamına uyum sağlamasını kolaylaştıran bir çevre olarak tanımlanmıştır. Bu tanımın temel özellikleri olan aile dostu çalışma ortamı, esnek çalışma saatleri, iş ve yaşam dengesinin iyi kurulması, mesleki risklere maruziyetten korunma, iş güvenliği önlemlerinin alınması, çocuk bakım olanakları sunulması, izin ve tazminatı da içeren özlük haklarının gözetimi gibi prensipler tükenmişliğin azaltılmasına katkı sunar. Olumlu çalışma ortamının geliştirilmesine örgütsel düzeyde yeterli önem gösterilmedikçe, bireysel stratejilerin tükenmişlikle mücadelede sınırlı fayda sağlayacağı bildirilmiştir.⁸⁰

2.2.6. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Sağlık çalışanları özellikle duygusal ve kişilerarası etkileşimin yoğunluğuna bağlı olarak çoğunlukla işyeri stresine maruz kalmaktadır. Bu şekilde uzun süreli bir iş gerginliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve iş verimliliğinde düşme gibi tükenmişlik belirtilerine neden olabilir ve hem birey hem de kurum açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik depresyona, uyku bozukluklarına ve alkol kötüye kullanımına neden olabilir. İşyeri stresi inflamatuvar belirteçlerde artışa neden olarak hekimlerin ve hemşirelerin sağlığını etkiler, artmış kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilidir. Tükenmişlik sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini tehlikeye sokar. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik düşük iş performansı, yetersiz bakım ve tıbbi hatalara neden olabilir. Çalışma saatleri ve gece vardiyası sayılarının kontrolü ya da tazminat verilmesi gibi kurumsal tedbirlere rağmen, yüksek tükenmişlik düzeylerinin önemli tıbbi hatalarla ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁸¹

Tükenmişlik yalnızca sağlık çalışanlarının iyilik halleriyle sınırlı değildir, yetersiz hasta bakımına yol açabilir. Hemşirelerde yüksek düzeyde tükenmişlik artmış hasta mortalitesi ve hastane enfeksiyonu ile ilişkilidir. Doktorlarda yüksek tükenmişlik düzeyi artmış malpraktis olasılığı ve düşük hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarında sürekli çalışma ortamı değişikliği ve işi bırakma düşüncesi yaygındır. Neticede yüksek tükenmişlik mevcut hekim ve hemşire açığında artışa neden olabilir. Birleşik Devletlerde doktorların yarısından fazlası tükenmişlik semptomları göstermektedir ve bu diğer meslek gruplarının neredeyse iki katına tekabül etmektedir.

Dahası doktorlarda görülen tükenmişlik oranları artış göstermektedir. Aile hekimliği, acil tıp, iç hastalıkları, obstetrik/jinekoloji gibi branşlarda çalışan hekimlerde daha yüksek tükenmişlik oranları görülmektedir ve kadın doktorlar erkeklere göre tükenmişlik açısından daha yüksek risk altındadır. Hastanede ve bakım evlerinde çalışan hemşirelerde de yüksek oranda tükenmişlik belirtileri görülmektedir.⁸²

Ülkemizin de aralarında bulunduğu birçok ülkede sağlık çalışanları üzerinde yapılan tükenmişlik ile ilgili araştırmaların derlendiği bir çalışmada bölge ülkelerinde doktorlarda, hemşirelerde, tıp öğrencilerinde ve diğer sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyleri yüksek (tahmini prevalans % 40-60) bulunmuştur. Bu durumun ağır çalışma koşulları, stres, şiddet ve çatışma maruziyeti ile ilişkisi vurgulanmıştır.⁸³

Kırk beş ülkede toplam 109628 hekim üzerinde yapılan 182 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede hekimlerde genel tükenmişlik prevalansı %0 ile %80,5 arasında değişkenlik göstermiştir. Bu geniş aralığın literatürde tükenmişliği tanımlamak ve ölçmek için kullanılan kriterlerdeki değişkenlikten ve çalışmalar arasındaki kalite farkından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu derlemede hekimlerin mesleki strese maruziyeti ve tepkilerini ölçmede tükenmişliğin nasıl kullanıldığına dair bir uzlaşma olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak kronik mesleki stresin hekimler üzerindeki etkilerini incelemek ve tükenmişliği değerlendirmek için ölçüm metodlarını standartlaştırmanın önemi vurgulanmıştır.⁸⁴

Tıp eğitimi uzun süren ve yoğun uğraş gerektiren bir süreçtir. Mezuniyet sonrasında hekimler uzun çalışma saatlerinin yanı sıra zihinsel açıdan da yoğun çalışırlar ve tıbbi hatalar, malpraktis davaları, şikayeti olan insanlarla sık temas gibi mesleğe özgü bir takım zorluklarla mücadele eder. Bürokratik uğraşlar ve artan elektronik sağlık kayıtlarının kullanılması günlük çalışma rutinlerine ek yük getirmektedir. Tıp dışı alanlarda çalışan doktora seviyesindeki kişilerle kıyaslandığında hekimlerde tükenmişlik düzeyleri önemli oranda daha yüksek bulunmuştur.⁸⁵

Avrupa Birliği bölgesinde sağlık çalışanlarının %20'sinden fazlası ağırlıklı olarak hasta ve hasta yakınları tarafından yapılan, sürekli artış göstererek önemli bir mesleki sorun haline gelen sözlü taciz, istenmeyen cinsel davranışlar, fiziksel şiddet, tehdit, zorbalık ve aşağılayıcı davranışlar gibi bir takım zorlayıcı durumlarla karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu tür şiddet olaylarına neden olduğu düşünülen ilk üç sebep düşük sosyokültürel ve ekonomik düzey, güncel sağlık politikaları ve genel

politikalarlardır. Doktorlar işyerinde en çok sözlü ve psikolojik şiddete, daha az olarak fiziksel şiddete maruz kalmaktadır ve özellikle psikolojik şiddete maruz kalan doktorlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış, kişisel başarı skorlarında ise anlamı bir düşüş gözlenmiştir.⁸⁶

Tükenmişlik ve depresyon arasındaki pozitif ilişki iyi bilinmektedir ve tükenmişliğin çalışanlarda depresyonun öncülü olabileceği düşünülmektedir. Tüm meslek grupları risk altında olmasına rağmen iş hoşnutsuzluğu hekimlerde daha yaygın görülmektedir. Pratisyen hekimlerin yarısından fazlası tükenmişlik semptomları gösterirken, uzmanlık eğitimi gören hekimlerin dörtte biri depresif semptomlar veya aşikar depresyon yaşamaktadır. Ne yazık ki bu durum zamanla kötüleşiyor gibi görünmektedir. Hekim tükenmişliği ve depresyondan kaynaklanan üretkenlik kaybının ekonomik boyutunu ölçmek zordur ancak hekim hoşnutsuzluğunun maliyet dışında sağlık sistemini bütün olarak olumsuz etkileyeceği aşikardır. Hekim hoşnutsuzluğu ve tükenmişlik, hekimlerin hasta olarak geçirdiği gün sayısında artış, genel çalışma performansında azalma, tam zamanlı çalışmaya eşdeğer sürelerde azalma ve kuruma bağlılık davranışlarında azalma gibi durumlarla ilişkilidir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarına hekimlerin çalışma koşullarında iyileştirme yapılabilmesi için destek sağlanması yararlı olabilir.⁸⁷

Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişkiyi etkileyen, şekillendiren ve optimize etmeyi sağlayan faktörler efektif tıbbi uygulamaların bir parçasıdır ve pek çok araştırmaya konu olmuştur. Bu faktörlerden birisi olan, bakım verenin empatik yaklaşımı hekim hasta ilişkisini güçlendirir, hastanın tedaviye uyumunu artırır, daha yüksek hasta memnuniyeti ve sağlık çalışanlarında daha yüksek iş doyumunu ile ilişkilidir. Sağlık çalışanlarında empati yapabilme yeteneği tükenmişlik düzeyleri ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur. Sürekli eğitimlerle çalışanlara empati yeteneğinin kazandırılması tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olur.⁸⁸

Ülkemizde sağlık çalışanları ve tükenmişlik sendromu konulu çalışmaların derlendiği bir meta-analiz sonucuna göre kadın çalışanlar erkeklere göre, vardiyalı çalışma yapanlar sadece gündüz çalışanlara göre, bekar kişiler evlilere göre ve hemşireler doktorlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahiptir.⁸⁹ Ancak birinci basamak sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada meslek, cinsiyet ve evlilik durumları ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kötü ekonomik

koşullarda çalışma, işinde mutlu hissetmeme, birinci basamakta çalışmayı istemeyerek tercih etme ve şehir merkezinde çalışma gibi faktörler yüksek tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.⁹⁰ Hekim harici aile sağlığı merkezi çalışanları ile yürütülen başka bir çalışmada, katılımcıların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt bileşenlerinde orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları, tükenmişliğin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı ve gelir düzeyi gibi değişkenlerden etkilenmediği sonucuna varılmıştır.⁹¹

Aile hekimleri sağlığın korunması ve geliştirilmesi noktasında kilit role sahiptir ve bu rolün uygun şekilde yürütülmesinde hekim sağlığı oldukça önemlidir. Aile hekimlerinde tükenmişliğin değerlendirildiği bir çalışmada çalışılan süre ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Beklentilerin karşılanma durumu ve iş yükü tükenmişlik için önemli birer faktör olarak görünmektedir. Ülkemizde yürütülen aile hekimliği uygulamasının hekimlerde rekabeti, iş yükünü, etik yozlaşmayı ve iş stresini arttırdığı, sosyal yaşam ve mesleki gelişim için ayrılan süreleri azalttığı bildirilmiştir. Tüm bu bileşenlerin aile hekimlerinde tükenmişlik düzeylerinin zaman içinde daha da artmasına neden olabileceği ve iyileştirmelerin gerekliliği belirtilmiştir.⁹²

COVID-19 salgınının erken döneminde yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarında %40,3 oranında tükenmişlik olduğu, doktor ve hemşirelerin diğer çalışanlara göre tükenmişliğe karşı daha duyarlı olduğu ve özellikle akut ya da kritik bakımda çalışanlarda daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada, var olan depresif bozukluk ve anksiyete, COVID-19 pozitif hastalara bakım vermek, önleme ve sağlığı geliştirme faaliyetlerinde görev almak tükenmişlik açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir.⁹³ Yalnızca COVID-19'lu hastalara bakım veren sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışma genel tükenmişlik prevalansını %53 olarak bildirmiştir ve aynı bölgede pandemi öncesinde yapılan çalışmalara göre bu oranın daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.⁹⁴

Çeşitli uzmanlık dallarında staj gören doktorlar ile salgının ikinci ayında yapılan bir çalışmada genel tükenmişlik prevalansı %76 bulunmuştur ve salgın öncesi bulunan sonuçlardan yüksektir. İlginç biçimde acil, radyoloji ve yoğun bakım gibi ön safta mücadele eden, şüpheli vakalarla sık temas yaşayan katılımcılarda tükenmişlik düzeyi daha az kritik alanlarda çalışanlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yüksek riskli alanlarda olası her durum için belirlenmiş net protokollerin varlığı, korunma

tedbirlerine ilişkin uygulamalı personel eğitimleri, kişisel koruyucu donanımların uygun kullanımı gibi faaliyetler çalışanların güvende hissetmesini ve stres seviyelerinin azalmasını sağlayarak bu duruma neden olmuş olabilir.⁹⁵ Benzer sonuçların bulunduğu başka bir çalışmada, sağlık çalışanlarının iyilik hallerini geliştirmek amacıyla düzenlemeler yaparken ön safta çalışmayan kişilerin de beklentilerini dikkate alma gerekliliği vurgulanmıştır.⁹⁶ Aktif bir şekilde COVID-19 hastaları ile çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyinin daha düşük olması yapılan işin öneminden ve buna bağlı kazandığı yüksek anlamlılıktan kaynaklanmaktadır. Bu durum yüksek iş memnuniyetini ve daha güçlü kişisel başarı hissini beraberinde getirir.⁹⁷

Pandemi ile mücadele eden hekim dışı sağlık çalışanlarında tükenmişliğin daha yaygın görülmesinin nedeni, bu meslek gruplarının karar alma ve takdir etme mekanizmalarında daha az yer almaları olabilir. İş karakterleri ve tükenmişlik arasındaki ilişki araştırılırken kişinin takdir ve saygı beklentisi, gördüğü sosyal destek, ekip lideri veya mesai arkadaşları tarafından sunulan şükran mesajları önemli birer değişken haline gelebilir.⁹⁸

2.3. COVID-19 Pandemisi ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Rolü

Birinci basamak, sağlık hizmeti için genellikle ilk başvuru noktasıdır ve pandemi sürecinde mücadelenin önemli bir bileşeni olarak işlev görmüştür. COVID-19 pandemisi, iyi çalışan bir birinci basamağın yapılacak hızlı düzenlemelerle kişi ve toplum sağlığının korunmasında ne kadar önemli olduğunu bir kez daha hatırlamamızı sağlamıştır. Birinci basamak tarafından kritik konularda toplumun bilgilendirilmesi, enfeksiyonu evde geçiren hastaların desteklenmesi ve hastane yatışı gerekenlerin belirlenmesi gibi görevler üstlenilerek enfeksiyonun yayılması ve hastanelerin kapasitesinin aşılması engellenmeye çalışılmıştır.⁹⁹

Gelişmiş altı ülkedeki birinci basamak hekimleri COVID-19 pandemisinde şüpheli vakaların ilk değerlendirme ve triyajında görev almışlardır. Nadiren poliklinikte yapılan bu değerlendirme ile evde yönetilebilecek veya uzman sevki ve hastane yatışı gerektiren vakalar belirlenmeye çalışılır. Rutin poliklinik takiplerinin yerini telefon, elektronik posta veya video konferans yöntemleriyle uzaktan değerlendirme almıştır. Bu süreçte birinci basamağa başvurularda belirgin azalma meydana gelmiştir. Bunun sebebi sağlık kurumlarının yeterince yoğun olduğu algısı, enfeksiyona maruz kalma riskinde

artış ve evde kalınması yönünde yapılan telkinler olabilir. Rutin poliklinik izlemlerinin azalması, çocukluk aşılarda aksamalar ve sevklerin zamanında yapılamaması sonraki dönemde artması muhtemel morbidite ve mortalite nedeniyle endişe kaynağı olarak görülmektedir.¹⁰⁰

Birinci basamak, sınırlı kaynaklarına rağmen hasta akışını hızla değiştirerek ve bazı yenilikler yaparak mücadelede önemli başarılar elde etmiştir. Kurumun geri kalanından izole tam donanımlı danışman odalarının, ayrı ambulans ve sedye girişlerinin olduğu toplum sağlığı merkezleri bu yeniliklere örnek gösterilebilir. Salgının devam ettiği sırada birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve bakımın planlanması ayrı bir sorun teşkil etmekteydi. İlk günlerde birinci basamak ziyaretlerini ertelemeleri istenen halkı, mümkün olan en kısa sürede rutin izlemlerine devam ettirebilmek daha zor görünmektedir. Bir diğer önemli nokta da; pandemide elde edilen değerli bilgilerin amaca uygun şekilde kullanılması ve yayılmasını sağlayarak, medya tarafından yayılan ve kişilerde anksiyete oluşturabilecek, düşük kaliteli ve sorunlu bilgiler içeren sahte haberlerden halkın korunmasıdır.¹⁰¹

Pandemi ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkilendiği bilinmekle birlikte bu etkilenmenin hangi alanda, boyutta ve içerikte olduğu değişkenlik gösterebilir. 2018/2019 yılları ortalaması ile 2020 yılının ikinci çeyreği karşılaştırıldığında birinci basamağa yapılan toplam başvuruda % 21,4 azalma, ayaktan başvurularda ise % 50,2 azalma olduğu görülmüştür. Pandemi öncesinde toplam başvuru içindeki oranı % 1,1 olan tele tıp uygulamalarının oranı % 35,3 e yükselmiştir. Tüm bunların sonucu olarak; kan basıncı ölçümlerinde (% 50,1), kolesterol ölçümlerinde (% 36,9), yeni tedavi başlama oranlarında (% 26) ve mevcut tedavinin idamesi oranlarında (%8,9) azalma görülmüştür. Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, astım, depresyon ve uyku bozuklukları tanılarında değişen oranlarda önemli azalmalar gözlemlenmiştir.¹⁰² Geciken tanıların pandemiden sonra neden olacağı sorunların ele alınması yine pandemiyle mücadelenin farklı bir boyutu olarak düşünülebilir.

Birinci basamak ilk tıbbi temas noktasıdır ve sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin hastalığına ve karakteristik özelliklerine bakmadan sınırsız erişim imkanı verir. Aynı zamanda sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasından ve hasta bakımı için diğer sağlık profesyonelleri ile olan koordinasyondan sorumludur.¹⁰³ Pandemi döneminde ülkemizde aile hekimleri şüpheli vakaların uygun koşullarda izolasyonu ve hastaneye

sevk edilmesini sağlamıştır. Kurumlar arasındaki koordinasyonu ve sağlık eğitimlerini yaparken diğer yandan rutin işleri olan aşılama, hasta takipleri, tanı, tedavi vb. görevlerini devam ettirmişlerdir.¹⁰⁴

Hastanın bağlamının ön planda tutulduğu ve uzun süreli hekim hasta ilişkisi sonucu gelişen kişi merkezli bakım prensibi, hastalarla etkin iletişim kurarak telefonla takiplerinin güvenli şekilde yapılmasını, COVID-19 benzeri semptom gösterenlerin yönetimini ve hastanelerin yükünün hafifletilmesini sağlamıştır.^{103,104}

Akut ve kronik problemlerin eş zamanlı olarak yönetimi özellikle 65 yaş üstü bireyler veya diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği gibi komorbiditesi olan hastalarda yüksek risk altında oldukları için önemlidir. Pandemi döneminde bu kişilerin tele tıp uygulamalarıyla takibi enfekte olma risklerini azaltmaya yardımcı olmuştur. Sağlığın ve iyilik halinin geliştirilmesi konusunda aile hekimleri kritik role sahiptir. Birincil (asemptomatik kişilere hastalıktan korunma eğitimi), ikincil (erken tanı), üçüncül (hasta olanların taburculuk sonrası takipleri) ve dördüncül (aşırı medikalizasyonu önleme) koruma yöntemleriyle kişilerin COVID-19'a karşı daha güçlü olmalarını sağlamışlardır.^{103,104}

Aile hekimlerinin toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rolleri vardır.¹⁰³ Pandemiyle ilişkili olarak hastalığın bildirimi, surveyans çalışmaları, sağlık eğitimleri, bulaşmayı önlemeye yönelik önlemlerin anlatılması, aşılama, karantina takipleri gibi çalışmalar toplum sağlığını korumaya yönelik önlemler arasında sayılabilir.¹⁰⁴

Hastalar aile hekimlerine sıklıkla hastalığın erken evrelerinde, ayrılaşmamış şikayetlerle başvurur.¹⁰³ Bu durum tanıya ulaşmayı zorlaştırır ve özel beceri gerektirir. COVID-19'un belirtileri hastalığa özgü değildir ve hastalar başvuruda oldukça geniş bir yelpazede semptom gösterir. Bu belirsizlikle başa çıkmak ve risk yönetimi yapmak problem temelli karar verme becerisi gerektirir ve aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinden biridir.¹⁰⁴

Holistik modelleme oldukça kompleks bir bütün olan insanı anlamak ve değerlendirmek için aile hekimleri açısından esas teşkil eder. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal bileşenlerinin tamamını, mümkün olduğunca eş zamanlı şekilde ele almaya çalışırlar.¹⁰³ Pandemilerde ağırlıklı olarak biyomedikal yaklaşım ön plana çıkmakla beraber, COVID-19 pandemisinin bireyler üzerinde

psikolojik, sosyal, varoluşsal ve ekonomik etkileri de gözlemlenmiştir. Afet sonrası uyku bozuklukları, uygun olmayan alkol tüketimi, aile içi şiddet, ruhsal bozukluklar, damgalanma ve intihar gibi ağır sosyal ve ruhsal sağlık sorunları görülebilir. Salgın yönetiminde bu bakış açısına uygun kararlar verilmesi büyük önem taşımaktadır.¹⁰⁴



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Araştırmamıza Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 6 Kasım 2020 tarihinde verilen 47 No.lu etik kurulu onayı ve Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden 18 Şubat 2021 tarihli, 27350520 sayılı yazı ile belirtilmiş olan izin alınarak başlanmıştır.

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Adana il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği bölümünde ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği bölümünde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanları araştırma evrenimizi oluşturmaktadır. Çalışmamızın yapıldığı tarihte Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan verilere göre merkez ilçeler olan Seyhan, Çukurova, Yüreğir ve Sarıçam ilçelerinde toplam 139 aile sağlığı merkezinde 580 hekim ve 506 aile sağlığı çalışanı görev yapmaktadır. Bu rakamlara Çukurova Üniversitesi ve Adana Şehir Hastanesi'nde görev yapan aile hekimliği araştırma görevlileri de eklendiğinde çalışmamızın toplam popülasyonu yaklaşık 1210 kişiden oluşmaktadır. Güç analizi hesaplanırken % 5 hata payı ve % 95 güven aralığı ölçü alınarak en az 293 kişiye ulaşılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Tüm popülasyona 01 Mart 2021-30 Nisan 2021 tarihleri arasında ulaşılmaya çalışılmıştır ve sağlık çalışanlarından araştırma anketimizi doldurmaları istenmiştir. Adana'da bulunan 4 merkez ilçeyi de kapsayacak şekilde 79 aile sağlığı merkezine, Çukurova Üniversitesi'ne ve Adana Şehir Hastanesi'ne anket yapmak üzere ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Aydınlatılmış onam formu ile birlikte gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sosyodemografik bilgi formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden (MTÖ) oluşan anketimizi doldurmaları istenmiştir. Veriler araştırmaya gönüllü katılım gösteren 513 birinci basamak sağlık çalışanının verdiği bilgiler neticesinde toplanmıştır.

3.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından mevcut literatürden yararlanılarak, çalışmamızın amacına uygun olacak şekilde, katılımcının sosyodemografik bilgilerini, mesleki bilgilerini, kişisel sağlık ve yaşam bilgilerini ve pandeminin katılımcı üzerindeki etkilerinin sorulduğu 47 sorudan oluşan veri formu oluşturulmuştur. Veri formumuzda katılımcının:

- Yaşı
- Cinsiyeti
- Beden kitle indeksi
- Kronik hastalık varlığı
- Düzenli kullandığı ilaç varlığı
- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirdiği
- Medeni durumu
- Çocuk sayısı
- Mesleği
- Mesleğini isteyerek seçme durumu
- Mesleki deneyim süresi
- Mesleğinden duyduğu duygusal tatmin
- Mesleğinden duyduğu maddi tatmin
- İşyerindeki fiziki koşulların yeterliliği
- Haftalık ortalama çalışma saati
- Çalışma saatleri içinde dinlenme için ayrılan zamanın yeterliliği
- Nöbet tutma durumu
- Pandeminin çalışma koşullarında değişiklik yapması durumu
- Filyasyon çalışmalarında görev alma durumu
- COVID-19 polikliniğinde çalışma durumu
- COVID-19 servisinde çalışma durumu
- Pandemi döneminde işten ayrılma düşüncesi
- Kariyer planlarında pandemi nedeniyle değişiklik yapma durumu
- Kişisel planlarında pandemi nedeniyle değişiklik yapma durumu

- Sigara içme durumu
- Alkol kullanma durumu
- Dengeli ve yeterli beslenme durumu
- Uyku problemleri
- Düzenli spor yapma durumu
- Sosyal faaliyetlere ve hobilerine yeterli vakit ayırabilme durumu
- Kiminle yaşadığı
- Kendisine ve ailesine yeterince vakit ayırabilme durumu
- Beraber yaşadığı kişiler arasında 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan kişi varlığı
- COVID-19 ile enfekte olmaktan endişe duyma durumu
- Aile bireylerinin COVID-19 ile enfekte olmasından endişe duyma durumu
- Aile bireylerini COVID-19 ile enfekte etme endişesiyle konaklama tercihinde değişiklik yapma durumu
- Yakınlarından COVID-19 testi (+) çıkan olması
- Yakınlarından COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden olması
- COVID-19 testi (+) hastayla temas öyküsü
- Gerektiğinde uygun koruyucu ekipman kullanabilme durumu
- İzole edilme gerekliliği
- COVID-19 testi yaptıırma gerekliliği
- Salgının uzun süre devam etmesinden endişe duyma durumu
- Pandemi öncesine göre stres seviyesinin artma durumu
- Pandemi öncesi dönemi özleme durumu
- Pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı
- Çevreden yeterli destek görme durumu sorulmuştur.

3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir ve tükenmişliğin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır.⁶⁰ MTÖ'nün Türkiye uyarlaması 1992 yılında Ergin tarafından 522 doktor ve hemşire ile yapılan bir çalışma ile yapılmıştır ve ölçeğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve

kişisel başarı alt ölçeklerinin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,83 , 0,65 ve 0,72 olarak bulunmuştur.¹⁰⁵ Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1992 yılında Çam tarafından yapılmıştır. Çalışmaya katılan 276 hemşirenin verdiği yanıtlara dayanarak, Kuder-Richardson 20 formülü ve yarıya bölme tekniği kullanılarak güvenirlik katsayıları duygusal tükenme için 0,89, duyarsızlaşma için 0,71 ve kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur. Bu katsayılar 0,70'den büyük oldukları için ölçeğin geçerlik ve güvenirlik kriterleri bakımından yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰⁶

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Türkçe versiyonu 5 dereceli (0:Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir. Duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyuttan ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı) duygusal tükenme, 5 madde (5, 10, 11, 15, 22 numaralı) duyarsızlaşma ve 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı) kişisel başarı hissi alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, DY için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Katılımcının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının artışı, kişisel başarı puanının azalışı tükenmişliğin yüksek olduğu şeklinde yorumlanır.

3.3. İstatistiksel Analiz

Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogrov Smirnov testi ile test edildi. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı.¹⁰⁷ Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmamız Adana il merkezinde birinci basamakta görev yapan 513 sağlık çalışanı ile gerçekleştirildi. Katılımcıların % 23,8'i (n=122) 26-35 yaş grubunda, % 25,1'i (n=129) 36-45 yaş grubunda, %35,5'i (n=182) 46-55 yaş grubunda yer alıyordu. Katılımcıların % 66,5'i (n=341) kadın, % 76,2' si (n=391) evli, % 78'i (n=400) çocuk sahibiydi ve % 48,1'inin (n=247) 2 çocuğu vardı. Katılımcıların % 47,2'sinin (n=242) vücut kitle indeksi (VKİ) 18,5-25 aralığındaydı, %31,6'sının (n=162) kronik hastalığı ve % 35,5'inin (n=182) düzenli kullandığı ilacı vardı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Yaş		
18-25	27	5,3
26-35	122	23,8
36-45	129	25,1
46-55	182	35,5
55 üzeri	53	10,3
Cinsiyet		
Kadın	341	66,5
Erkek	172	33,5
Vücut kitle indeksi		
18,5 altı	3	0,6
18,5-25	242	47,2
26-30	178	34,7
30 üzeri	90	17,5
Kronik hastalık varlığı		
Hayır	351	68,4
Evet	162	31,6
Düzenli ilaç kullanımı		
Hayır	331	64,5
Evet	182	35,5
Medeni durum		
Evli	391	76,2
Bekar	122	23,8
Çocuk sahibi olma		
Hayır	113	22,0
Evet	400	78,0

Meslek gruplarının dağılımına bakıldığında katılımcıların % 34,7'sinin (n=178) genel pratisyen, %29,4'ünün (n=151) ebe, % 8'inin (n=41) aile hekimliği uzmanı olduğu görülmektedir. Mesleğini isteyerek seçenlerin oranı %79,1 (n=406) iken katılımcıların %39,8'i (n=204) 25 üzeri yıl mesleki tecrübeye sahip olduğunu bildirmiştir. Yeterli düzeyde mesleki maddi tatmin yaşadığını bildirenlerin oranı % 12,5'tir (n=64). Meslek grupları ve mesleki tatmin düzeylerinin dağılım özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların meslek grupları ve mesleki tatmin düzeyleri

	n	%
Meslek		
Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	47	9,2
Genel pratisyen	178	34,7
Aile hekimliği uzmanı	41	8,0
Ebe	151	29,4
Hemşire ve acil tıp teknisyeni	96	18,7
Mesleğini isteyerek seçme		
Hayır	107	20,9
Evet	406	79,1
Mesleki deneyim süresi		
0-5 yıl	75	14,6
6-10 yıl	60	11,7
11-15 yıl	62	12,1
16-25 yıl	112	21,8
25 üzeri yıl	204	39,8
Mesleki duygusal tatmin		
Az tatmin ediyor	125	24,4
Orta düzeyde tatmin ediyor	234	45,6
Yeterli düzeyde tatmin ediyor	154	30,0
Mesleki maddi tatmin		
Az tatmin ediyor	237	46,2
Orta düzeyde tatmin ediyor	212	41,3
Yeterli düzeyde tatmin ediyor	64	12,5
İşyeri fiziki koşulları		
Az yeterli	170	33,1
Orta düzeyde yeterli	184	35,9
Yeterli	159	31,0

Çalışma koşulları ile ilgili verilerde katılımcıların % 65,5'i (n=336) haftada 40-50 saat arası çalıştığını, % 48,3'ü (n=248) dinlenmek için ayrılan sürenin yeterli olmadığını belirtmiştir, % 46,2'si (n=237) çalışma koşullarında sıklıkla değişiklik yapıldığını belirtmiştir. Kariyer planlarında değişiklik yapanların oranı % 25,9 (n=133), kişisel planlarında değişiklik yapanların oranı % 81,9'dur (n=420). Pandemiye özgü çalışma koşulları ile ilgili verilerin dağılım özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların pandemiye özgü çalışma koşulları ve getirdiği sonuçlar

	n	%
Haftalık çalışma saati		
30 saatten az	11	2,1
30-40 saat	146	28,5
40-50 saat	336	65,5
50 saatten fazla	20	3,9
Dinlenme zamanı		
Az yeterli	248	48,3
Orta düzeyde yeterli	150	29,2
Yeterli	115	22,4
Nöbet tutma		
Hayır	399	77,8
Evet	114	22,2
Çalışma koşullarında değişiklik		
Hiç	142	27,7
Ara sıra	134	26,1
Sıklıkla	237	46,2
Filyasyon görevi		
Hiç	447	87,1
Ara sıra	17	3,3
Sıklıkla	49	9,6
COVID-19 poliklinik görevi		
Hayır	456	88,9
Evet	57	11,1
COVID-19 servis görevi		
Hayır	463	90,3
Evet	50	9,7
İşten ayrılma düşüncesi		
Hiç	331	64,5
Ara sıra	108	21,1
Sıklıkla	74	14,4
Kariyer planlarında değişiklik		
Hayır	380	74,1
Evet	133	25,9
Kişisel plarlarda değişiklik		
Hayır	93	18,1
Evet	420	81,9

Katılımcıların % 80,1'i (n=411) sigara içmediğini, % 83,4'ü (n=428) alkol kullanmadığını ve % 56,9'u (n=292) dengeli ve yeterli beslendiğini belirtmiştir. Pandemi öncesi dönem ile kıyaslama yapmaları istendiğinde, katılımcıların % 65,9'u (n=338) uyku alışkanlıklarında değişiklik olmadığını, % 59,5'i (n=305) spor faaliyetlerinde azalma olduğunu, % 75,2'si (n=386) sosyal faaliyet ve hobilerine ayırdığı zamanda azalma olduğunu belirtmiştir. Alışkanlıklar ve yaşam tarzı ile ilgili verilerin dağılım özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların alışkanlıkları ve yaşam tarzı verileri

	n	%	Pandemi öncesine göre	n	%
Sigara kullanımı					
Hayır	411	80,1	Değişmedi	63	12,3
Evet	102	19,9	Azaldı	8	1,6
			Arttı	31	6,0
Alkol kullanımı					
Hayır	428	83,4	Değişmedi	60	11,7
Evet	85	16,6	Azaldı	10	1,9
			Arttı	15	2,9
Dengeli beslenme					
Hayır	138	26,9	Değişmedi	375	73,1
Kararsızım	83	16,2	Azaldı	78	15,2
Evet	292	56,9	Arttı	60	11,7
Uyku problemleri					
Hiç	211	41,1	Değişmedi	338	65,9
Ara sıra	173	33,7	Azaldı	31	6,0
Sıklıkla	129	25,2	Arttı	144	28,1
Düzenli spor					
Hiç	254	49,5	Değişmedi	193	37,6
Ara sıra	193	37,6	Azaldı	305	59,5
Sıklıkla	65	12,7	Arttı	15	2,9
Sosyal faaliyet ve hobiler					
Hiç	318	62,0	Değişmedi	106	20,7
Ara sıra	156	30,4	Azaldı	386	75,2
Sıklıkla	39	7,6	Arttı	21	4,1

Katılımcıların % 92,4'ü (n=474) ailesiyle yaşadığını, % 65,5'i (n=336) kendisine ve ailesine yeterince vakit ayıramadığını ve % 19,1'i (n=98) ailesinde 65 yaş üzeri olan veya kronik hastalığı olan kişi bulunduğunu ifade etmiştir. Enfekte olmaktan oldukça fazla endişe duyanların oranı % 46,4 (n=238), aile bireylerinin enfekte olmasından oldukça fazla endişe duyanların oranı % 67,8 (n=348), bu sebeple konaklama tercihlerinde değişiklik yapanların oranı ise % 31,4'tür (n=161). Aile bilgileri ve enfekte olma endişeleri ile ilgili verilerin dağılım özellikleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların aile bilgileri ve enfekte olma endişeleri ile ilgili verilerin dağılımı

	n	%
Kiminle yaşadığı		
Aile	474	92,4
Yalnız	39	7,6
Kendine ve aileye vakit ayırabilme		
Hayır	336	65,5
Evet	177	34,5
Ailede 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan birey		
Hayır	415	80,9
Evet	98	19,1

Tablo 5'in devamı

Enfekte olmaktan endişe duyma		
Hiç	135	26,3
Orta düzey	140	27,3
Oldukça fazla	238	46,4
Aile bireylerinin enfekte olmasından endişe duyma		
Hiç	62	12,1
Orta düzey	103	20,1
Oldukça fazla	348	67,8
Konaklama tercihinde değişiklik		
Hayır	352	68,6
Evet	161	31,4

Yakınlarında COVID-19 testi pozitif çıkanların oranı %63,2 (n=324) ve yakınlarından hayatını kaybetmiş olanların oranı %24,2 (n=124) olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 84,2'si (n=432) COVID pozitif hastayla temas ettiğini, % 72,7'si (n=373) COVID PCR testi yaptırmak durumunda kaldığını ve % 22,8'i (n=117) test sonucunun pozitif geldiğini belirtmiştir. Yakınlarının ve kendilerinin COVID-19 ile temas durumları ve sonuçları ile ilgili verilerin dağılım özellikleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların ve yakınlarının COVID-19 ile temas durumları ve sonuçları

	n	%
Yakınlarında COVID-19 (+) çıkma durumu		
Hayır	189	36,8
Evet	324	63,2
COVID-19 (+) çıkan yakınların durumu		
Evde tedavi olan	244	47,6
Hastane yatışı gereken	82	16,0
Yakınlarından hayatını kaybeden		
Hayır	389	75,5
Evet	124	24,2
COVID-19 (+) hastayla temas öyküsü		
Hayır	81	15,8
Evet	432	84,2
Gerektiğinde uygun koruyucu ekipman		
Hayır	174	33,9
Evet	339	66,1
İzole edilme gerekliliği		
Hayır	314	61,2
Evet	199	38,8
COVID-19 testi yaptırmaya gerekliliğiniz		
Hayır	139	27,1
Evet	374	72,7
COVID-19 test sonucu		
Negatif	257	50,1
Pozitif	117	22,8

Salgının uzun süre devam etmesinden duydukları endişe sorulduğunda, katılımcıların % 65,5'i (n=336) oldukça fazla endişe duyduğunu ifade etmiştir. Pandemi öncesine göre stres seviyesinin arttığını belirtenlerin oranı % 93,4 (n=479), pandemi öncesi dönemi özlediğini belirtenlerin oranı % 98,2 (n=504), bu dönemde psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissedenlerin oranı % 23,0 (n=118) olarak bulunmuştur. Salgının katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri ile ilgili verilerin dağılım özellikleri Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların psikolojik durumları üzerine salgının etkileri

	n	%
Salgının uzun süre devam etmesinden endişe duyma		
Endişe duymuyorum	72	14,0
Orta düzeyde endişe duyuyorum	105	20,5
Oldukça fazla endişe duyuyorum	336	65,5
Pandemi öncesine göre stres seviyesinde artma		
Hayır	33	6,6
Evet	479	93,4
Stres seviyesi artma derecesi		
Çok az	23	4,5
Biraz	153	29,8
Çok fazla	215	41,9
Aşırı derecede fazla	89	17,3
Pandemi öncesi dönemi özleme		
Hayır	9	1,8
Evet	504	98,2
Özleme derecesi		
Çok az	9	1,8
Biraz	42	8,2
Çok fazla	199	38,8
Aşırı derecede fazla	254	49,5
Pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı		
Hayır	395	77,0
Evet	118	23,0
Çevreden yeterli destek gördüğünü düşünme		
Hiç düşünmüyorum	281	54,7
Orta düzeyde düşünüyorum	146	28,5
Yeterli düzeyde düşünüyorum	86	16,8

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) duygusal tükenme alt boyut puanı ortalaması $17,56 \pm 7,01$ (min:0-max:36), duyarsızlaşma alt boyut puanı ortalaması $5,12 \pm 3,57$ (min:0-max:18), kişisel başarı alt boyut puanı ortalaması $21,21 \pm 4,09$ (min:1-max:32) olarak bulundu. Katılımcıların MTÖ alt boyut puan dağılımları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların MTÖ alt boyutlarının puan dağılımları

	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Ort.± SS	17,56±7,01	5,12±3,57	21,21±4,09
Ortanca (min.-maks.)	18 (0-36)	5 (0-18)	22 (1-32)
n	513	513	512

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma Min.: Minimum Maks.:Maksimum

Katılımcıların yaş gruplarına göre MTÖ alt boyut puanları değerlendirildiğinde; duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamasında ‘26-35’ ve ‘36-45’ yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), tüm gruplarda duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puanları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların yaş gruplarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Yaş			
18-25	15,70±7,98	5,51±3,90	22,07±5,05
26-35	18,36±6,88	5,86±3,46	20,42±4,33
36-45	17,60±6,46	4,55±3,70	21,20±4,24
46-55	17,90±7,12	4,92±3,60	21,58±3,69
>55	15,37±7,30	5,32±3,03	21,39±3,86
p	0,059	0,019	0,064

Cinsiyete göre MTÖ alt boyutları incelendiğinde; duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) ve erkeklerde duyarsızlaşma puan ortalaması kadınlardan yüksekti. Her iki cinsiyette duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların cinsiyetlerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Cinsiyet			
Kadın	17,91±6,95	4,89±3,63	21,34±4,32
Erkek	16,86±7,08	5,59±3,45	20,97±3,60
p	0,111	0,017	0,217

Çocuğu olan ve olmayan gruplar arasında MTÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında; duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) ve çocuk sahibi olan grupta duyarsızlaşma puanı daha düşük, kişisel başarı puanı daha yüksekti. Her iki grup duygusal tükenme puan ortalaması bakımından benzerdi ($p>0,05$). Çocuk sayısına göre MTÖ alt boyut puanları karşılaştırmasında; duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut

puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Çocuk sayısı ‘0’, ‘1’, ‘2’, ‘3 ve üzeri’ şeklinde arttıkça duyarsızlaşma puanı azalıyor, kişisel başarı puanı yükseliyordu. Gruplar duygusal tükenme puan ortalaması bakımından benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 11).

Vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, medeni durum gibi bazı sosyodemografik özelliklere göre MTÖ alt boyut puan karşılaştırmalarında her üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Vücut kitle indeksi			
18,5 altı	21,66±9,45	8,33±5,50	20,00±8,71
18,5-25	17,05±7,02	5,01±3,38	21,07±3,99
26-30	18,16±7,05	5,24±3,77	21,32±4,12
30 üzeri	17,60±6,77	5,07±3,64	21,43±4,19
p	0,370	0,666	0,821
Kronik hastalık varlığı			
Hayır	17,27±6,93	5,18±3,63	21,06±4,28
Evet	18,17±7,14	5,00±3,46	21,55±3,65
p	0,282	0,687	0,296
Düzenli ilaç kullanımı			
Hayır	17,26±6,98	5,22±3,65	20,97±4,29
Evet	18,09±7,05	4,94±3,44	21,65±3,69
p	0,189	0,535	0,135
Medeni durum			
Evli	17,76±7,01	4,94±3,50	21,37±4,11
Bekar	16,90±6,97	5,71±3,77	20,71±4,03
p	0,240	0,051	0,068
Çocuk sahibi olma			
Hayır	17,76±7,02	6,07±3,53	20,11±4,12
Evet	17,50±7,01	4,86±3,55	21,52±4,04
p	0,732	0,001	0,000
Çocuk sayısı			
0	17,69±6,90	6,06±3,45	20,05±4,10
1	17,90±6,38	5,34±3,60	20,73±3,94
2	17,68±7,02	4,81±3,49	21,41±4,13
3 ve daha fazlası	16,51±7,95	4,40±3,80	23,04±3,49
p	0,494	0,002	0,000

Meslek grupları arasında MTÖ alt boyut puanları incelendiğinde; duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma puanı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde en yüksek, ebelerde en düşüktü. Kişisel başarı puanı ebelerde en yüksek, aile hekimliği uzmanlık

öğrencilerinde en düşüktü. Meslek grupları arasında duygusal tükenme puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların meslek gruplarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Meslek			
Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi	18,10±5,83	6,42±2,89	19,48±2,69
Genel pratisyen	17,67±7,23	5,80±3,69	21,05±3,50
Aile hekimliği uzmanı	18,21±7,60	5,43±3,52	21,60±4,14
Ebe	16,94±6,32	3,69±3,01	21,92±4,64
Hemşire ve acil tıp teknisyeni	17,76±7,89	5,35±3,87	21,08±4,52
p	0,749	0,000	0,001

Mesleğini isteyerek ve istemeyerek seçenler arasında MTÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında; her üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Mesleğini isteyerek seçen katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması düşük, kişisel başarı puan ortalaması yüksekti (Tablo 13).

Mesleki deneyim süresine göre grupların MTÖ alt boyut puanları incelendiğinde; duyarsızlaşma puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$) ve ‘0-5 yıl’ mesleki deneyime sahip grupta duyarsızlaşma puanı en yüksek, ‘25 üzeri yıl’ deneyime sahip grupta en düşüktü. Mesleki deneyim süresine göre duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puanları benzer özellikteydi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Mesleki duygusal tatmin durumlarına göre katılımcıların MTÖ alt boyut puanlarına bakıldığında; her üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,05$). Mesleki duygusal tatmin düzeyi ‘az’ olan grupta, ‘orta’ ve ‘yeterli’ olan gruplara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması yüksek, kişisel başarı puan ortalaması düşüktü (Tablo 13).

Mesleki maddi tatmin düzeyi ‘az’ olan grubun diğer gruplara göre duygusal tükenme puan ortalaması daha yüksek, maddi tatmin düzeyi yeterli olan gruba göre kişisel başarı puan ortalaması daha düşüktü. Duyarsızlaşma puanları bütün gruplarda benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 13).

İş yeri fiziki koşullarını yeterli bulan katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların mesleğini isteyerek seçme ve mesleki tatmin durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Mesleğini isteyerek seçme			
Hayır	20,37±6,89	6,11±3,94	20,19±3,74
Evet	16,82±6,85	4,86±3,43	21,48±4,15
p	0,000	0,004	0,002
Mesleki deneyim süresi			
0-5 yıl	17,62±7,41	6,13±3,75	20,18±4,29
6-10 yıl	18,61±6,92	5,68±3,45	21,06±4,94
11-15 yıl	16,20±5,76	4,79±3,20	21,41±3,98
16-25 yıl	18,17±6,84	4,99±3,82	21,09±3,93
25 üzeri yıl	17,29±7,29	4,76±3,46	21,64±3,83
p	0,141	0,037	0,093
Mesleki duygusal tatmin			
Az tatmin ediyor	22,11±6,67	6,51±4,10	20,01±3,96
Orta düzeyde tatmin ediyor	17,35±6,10	5,10±3,36	20,76±3,69
Yeterli düzeyde tatmin ediyor	14,18±6,57	4,03±3,03	22,88±4,29
p	0,000	0,000	0,000
Mesleki maddi tatmin			
Az tatmin ediyor	19,43±6,85	5,43±3,79	21,00±4,32
Orta düzeyde tatmin ediyor	16,83±6,52	5,01±3,50	21,20±3,66
Yeterli düzeyde tatmin ediyor	13,04±6,72	4,37±2,85	22,07±4,50
p	0,000	0,189	0,045
İşyeri fiziki koşulları			
Az yeterli	18,72±6,53	5,14±3,55	20,62±4,72
Orta düzeyde yeterli	17,83±7,16	5,14±3,56	21,41±3,55
Yeterli	16,00±7,06	5,08±3,64	21,62±3,91
p	0,002	0,925	0,057

Çalışma esnasında dinlenmeye yeterli vakit ayırabilen katılımcıların, yeterince vakit ayıramayan katılımcılara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$) (Tablo 14).

Haftalık çalışma saati, nöbet tutma ve çalışma koşullarında değişiklik yapma değişkenlerine göre MTÖ alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların çalışma koşullarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Haftalık çalışma saati			
30 saatten az	14,90±4,72	6,18±2,92	19,81±2,08
30-40 saat	17,21±7,43	5,32±3,90	21,23±3,98
40-50 saat	17,75±6,83	4,95±3,41	21,38±4,10
50 saatten fazla	18,35±7,82	6,00±4,09	19,05±4,97
p	0,545	0,348	0,101

Tablo 14'ün devamı

Dinlenme zamanı			
Az yeterli	18,87±7,08	5,08±3,63	21,16±4,11
Orta düzeyde yeterli	17,87±6,17	5,64±3,54	21,14±3,79
Yeterli	14,31±6,90	4,53±3,42	21,41±4,46
p	0,000	0,029	0,673
Nöbet tutma			
Hayır	17,33±7,06	5,04±3,60	21,26±4,21
Evet	18,35±6,79	5,41±3,48	21,07±3,68
p	0,173	0,234	0,414
Çalışma koşullarında değişiklik			
Hiç	16,62±7,00	4,54±3,34	21,12±4,51
Ara sıra	17,14±6,91	5,37±3,53	21,32±3,78
Sıklıkla	18,35±7,00	5,33±3,71	21,21±4,02
p	0,071	0,089	1,000

Pandemiye özgü görevlendirmelere göre MTÖ alt boyutları incelendiğinde; COVID-19 polikliniğinde ve servisinde görev yapmış katılımcıların, yapmayanlara göre duyarsızlaşma puan ortalaması daha yüksek, kişisel başarı puan ortalaması daha düşüktü. Grupların duygusal tükenme puanları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Filyasyon görevi alıp almamaya göre tükenmişlik düzeyleri değerlendirildiğinde; ölçeğin her üç alt grubunda puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların pandemiye özgü görevlendirilmelerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Filyasyon görevi			
Hiç	17,35±6,89	5,07±3,50	21,22±4,02
Ara sıra	17,23±6,60	4,47±3,48	19,70±4,10
Sıklıkla	19,55±8,00	5,79±4,21	21,69±4,72
p	0,161	0,517	0,134
COVID-19 poliklinik görevi			
Hayır	17,37±7,11	4,94±3,58	21,36±4,13
Evet	19,05±5,98	6,54±3,25	20,01±3,64
p	0,088	0,000	0,011
COVID-19 servis görevi			
Hayır	17,41±7,09	4,97±3,57	21,39±4,16
Evet	18,94±6,04	6,56±3,30	19,62±3,07
p	0,169	0,001	0,001

Pandemi döneminde sıklıkla işten ayrılma düşüncesi olan kişilerin, ara sıra düşünenlere veya hiç düşünmeyenlere kıyasla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). İşten ayrılmayı hiç düşünmeyenlerde kişisel başarı puan ortalaması en yüksekti (Tablo 16).

Pandemi nedeniyle kariyer planlarında değişiklik yapanların, yapmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$) ve bu grupların kişisel başarı puanları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 16).

Pandemi nedeniyle kişisel planlarında değişiklik yapanların, yapmayanlara göre duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$). Grupların duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların kariyer ve kişisel planlarında değişiklik yapma durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
İşten ayrılma düşüncesi			
Hiç	15,37±6,53	4,48±3,27	21,51±4,28
Ara sıra	20,12±5,30	5,79±3,59	20,39±3,56
Sıklıkla	23,58±6,49	7,04±4,00	21,09±3,86
p	0,000	0,000	0,020
Kariyer planlarında değişiklik			
Hayır	16,28±6,87	4,64±3,42	21,42±4,06
Evet	21,19±6,08	6,51±3,67	20,62±4,14
p	0,000	0,000	0,082
Kişisel plarlarda değişiklik			
Hayır	14,75±7,51	4,75±3,75	21,59±4,39
Evet	18,18±6,74	5,20±3,53	21,13±4,03
p	0,000	0,185	0,104

Sigara kullanan ve kullanmayan kişilerde tükenmişliğin tüm alt boyutlarında puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$). Pandemi öncesine göre sigara kullanımı artan kişilerin duygusal tükenme puan ortalaması, kullanımda değişiklik olmayan kişilere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 17).

Alkol kullanmayan kişilerde, kullananlara göre duyarsızlaşma puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük ve kişisel başarı puanı daha yüksekti ($p<0,05$). Kullanılan alkol miktarının pandemi öncesine göre değişip değişmemesi ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Sigara kullanımı			
Hayır	17,45±7,00	5,14±3,55	21,23±4,09
Evet	18,00±7,02	5,03±3,70	21,16±4,12
p	0,651	0,684	0,995
Sigara pandemi öncesine göre			
Değişmedi	16,30±7,05	4,60±3,40	21,5±4,11
Azaldı	18,87±6,46	4,12±2,35	21,87±3,97
Arttı	21,25±6,04	6,16±4,35	20,16±4,11
p	0,005	0,239	0,288
Alkol kullanımı			
Hayır	17,35±7,02	4,86±3,53	21,38±4,18
Evet	18,57±6,87	6,43±3,55	20,38±3,52
p	0,144	0,000	0,016
Alkol pandemi öncesine göre			
Değişmedi	18,40±6,86	6,51±3,37	20,66±3,34
Azaldı	18,70±7,52	5,30±2,86	20,40±3,06
Arttı	19,20±6,96	6,86±4,61	19,26±4,44
p	0,927	0,536	0,639

Dengeli ve yeterli beslendiğini söyleyen kişilerde duygusal tükenme puan ortalaması anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$). Pandemi öncesine göre beslenme alışkanlığı değişmeyen grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması en düşük, kişisel başarı puan ortalaması en yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 18).

Uyku problemi yaşamayan kişilerin duygusal tükenmişlik puan ortalaması, ara sıra ve sıklıkla yaşayanlarla kıyaslandığında anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$). Uyku problemleri yaşama sıklığına göre kişilerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi ($p>0,05$). Pandemi öncesine göre uyku alışkanlığı değişmeyen katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanları anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$) ve uyku alışkanlığı azalan grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksekti (Tablo 18).

Düzenli spor yapma ve spor alışkanlığının pandemiden etkilenme durumlarına göre; gruplar arasında MTÖ her üç alt boyutta puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 18).

Sosyal faaliyet ve hobilerine sıklıkla zaman ayıran grupta, duygusal tükenme puan ortalaması anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$). Pandemi öncesine göre sosyal faaliyet ve hobilerine ayırdığı zamanda değişiklik yapmayan grubun kişisel başarı puan ortalaması,

eskiye nazaran daha fazla zaman ayıran gruba göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Dengeli ve yeterli beslenme			
Hayır	19,33±7,23	5,67±3,99	20,62±4,39
Evet	16,67±6,76	4,86±3,33	21,50±3,78
Kararsızım	17,73±6,99	5,13±3,61	21,20±4,56
p	0,001	0,208	0,106
Pandemi öncesine göre beslenme alışkanlığı			
Değişmedi	16,81±7,03	4,78±3,41	21,43±4,15
Azaldı	19,23±6,21	5,57±3,67	20,44±4,20
Arttı	20,06±6,96	6,65±4,02	20,90±3,45
p	0,000	0,001	0,038
Uyku problemleri			
Hiç	15,84±6,98	4,77±3,38	21,59±4,17
Ara sıra	17,03±6,61	5,08±3,44	21,09±3,57
Sıklıkla	21,06±6,32	5,76±3,98	20,75±4,57
p	0,000	0,101	0,211
Pandemi öncesine göre uyku alışkanlığı			
Değişmedi	16,10±6,78	4,80±3,32	21,39±4,09
Azaldı	21,06±7,06	6,51±4,12	20,67±4,23
Arttı	20,22±6,49	5,57±3,92	20,93±4,09
p	0,000	0,033	0,341
Düzenli spor yapma			
Hiç	18,07±7,29	4,93±3,76	21,20±4,18
Ara sıra	17,44±6,58	5,24±3,39	20,97±4,02
Sıklıkla	15,95±6,97	5,56±3,37	21,95±4,00
p	0,097	0,151	0,327
Pandemi öncesine göre spor alışkanlığı			
Değişmedi	17,17±7,04	5,40±3,54	21,08±3,93
Azaldı	17,75±6,99	4,91±3,59	21,34±4,12
Arttı	18,66±7,10	5,80±3,58	20,33±5,45
p	0,622	0,162	0,590
Sosyal faaliyet ve hobilere yeterli zaman			
Hiç	18,26±7,01	4,90±3,57	21,22±4,36
Ara sıra	16,69±6,76	5,53±3,57	20,85±3,46
Sıklıkla	15,30±7,27	5,25±3,58	22,65±3,99
p	0,008	0,134	0,083
Pandemi öncesine göre sosyal faaliyet ve hobi			
Değişmedi	16,19±6,90	5,00±3,58	21,72±4,07
Azaldı	17,87±7,04	5,09±3,60	21,18±4,11
Arttı	18,76±6,14	6,33±3,00	19,33±3,42
p	0,058	0,174	0,016

Kendine ve ailesine yeterli vakit ayırabildiğini belirten katılımcıların duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması anlamlı şekilde düşüktü ($p<0,05$). Aile ile yaşayan ve yalnız yaşayan gruplar karşılaştırıldığında MTÖ her üç alt boyut puanları benzerdi ($p>0,05$). Ailesinde 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan birey olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında bütün alt boyut puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 19).

Enfekte olmaktan oldukça fazla endişe duyan, aile bireylerinin enfekte olmasından oldukça fazla endişe duyan ve bu sebeple konaklama tercihinde değişiklik yapan bireylerde duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Aile bireylerinin enfekte olmasından oldukça fazla endişe duyan grubun duyarsızlaşma puan ortalaması anlamlı şekilde yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların aile dinamikleri ve enfekte olma endişelerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Kiminle yaşadığı			
Aile	17,58±7,07	5,11±3,59	21,27±4,13
Yalnız	17,28±6,24	5,30±3,41	20,53±3,57
p	0,823	0,645	0,122
Kendine ve aileye vakit ayırabilme			
Hayır	18,84±6,77	5,13±3,65	21,23±4,10
Evet	15,11±6,81	5,10±3,43	21,19±4,09
p	0,000	0,970	0,915
Ailede 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan birey			
Hayır	17,45±6,94	5,11±3,58	21,34±4,07
Evet	18,02±7,28	5,19±3,57	20,67±4,18
p	0,472	0,667	0,095
Enfekte olmaktan endişe duyma			
Hiç	15,13±7,07	4,88±3,76	21,48±4,33
Orta düzey	16,87±7,19	5,12±3,50	21,85±3,49
Oldukça fazla	19,34±6,38	5,26±3,51	20,69±4,24
p	0,000	0,422	0,025
Aile bireylerinin enfekte olmasından endişe duyma			
Hiç	13,40±6,42	4,00±2,83	21,77±4,89
Orta düzey	14,99±6,14	4,51±3,04	21,36±3,20
Oldukça fazla	19,06±6,84	5,50±3,77	21,07±4,18
p	0,000	0,005	0,229
Konaklama tercihinde değişiklik			
Hayır	16,48±6,83	4,89±3,40	21,38±4,17
Evet	19,91±6,82	5,62±3,90	20,85±3,91
p	0,000	0,076	0,230

Yakınlarında COVID-19 testi pozitif çıkan kişilerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması, çıkmayan kişilerin puan ortalamasından yüksekti ($p<0,05$). Gruplar arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi ($P>0,05$) (Tablo 20).

Yakınları içinde testi pozitif çıkıp hastane yatışı gerektiren katılımcıların duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması, yakınları evde tedavi olan grubun puan ortalamasından yüksekti ($p<0,05$). Gruplar arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi ($P>0,05$) (Tablo 20).

Yakınlarından hayatını kaybeden ve etmeyen kişilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$). Kişisel başarı hissi puan ortalaması, yakınlarında hayatını kaybeden olan grupta yüksekti ($P<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların yakınlarının enfekte olma durumlarına göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Yakınlarında COVID-19 (+) çıkma durumu			
Hayır	16,16±6,86	5,02±3,54	20,98±4,20
Evet	18,37±6,97	5,18±3,60	21,35±4,03
p	0,000	0,670	0,507
COVID-19 (+) çıkan yakınların durumu			
Evde tedavi olan	17,93±7,08	5,08±3,54	21,55±4,05
Hastane yatışı gereken	19,65±6,42	5,43±3,75	20,74±3,93
p	0.037	0,522	0,257
Yakınlarından hayatını kaybeden			
Hayır	17,42±7,05	5,24±3,64	20,97±4,08
Evet	17,99±6,88	4,75±3,35	21,99±4,05
p	0,256	0,207	0,009

COVID-19 (+) hastayla temas öyküsü olan kişilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları, teması olmayan kişilere kıyasla anlamlı şekilde yüksekti ($p<0,05$). Grupların kişisel başarı puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 21).

Gerektiği zaman uygun koruyucu ekipman kullanabilen ve kullanamayan grupların karşılaştırmasında her üç alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 21).

İzole edilme gerekliliği olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında MTÖ bütün alt boyut puan ortalamaları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 21).

Test yaptırmaya gerekliliği olan katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması yaptırmayanlara göre yüksekti ($p<0,05$). Test yaptıran ve yaptırmayan kişilerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi ($p>0,05$). Test sonucu pozitif gelen grupta kişisel başarı puan ortalaması sonucu negatif gelenlere göre yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların enkenle temas ve hastalık öykülerine göre MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
COVID-19 (+) hastayla temas öyküsü			
Hayır	15,16±6,41	4,17±3,24	21,41±3,84
Evet	18,01±7,03	5,30±3,61	21,19±4,14
p	0,001	0,009	0,831
Gerektiğinde uygun koruyucu ekipman kullanımı			
Hayır	17,48±7,41	4,93±3,69	20,91±4,68
Evet	17,59±6,80	5,22±3,52	21,37±3,76
p	0,934	0,270	0,473
İzole edilme gerekliliği			
Hayır	17,31±6,71	5,17±3,57	21,13±4,22
Evet	17,94±7,45	5,05±3,59	21,35±3,89
p	0,330	0,562	0,460
COVID-19 testi yaptırmaya gerekliliğiniz			
Hayır	16,28±6,46	4,71±3,35	21,21±4,08
Evet	18,04±7,16	5,27±3,65	21,22±4,11
p	0,004	0,155	0,925
COVID-19 test sonucu			
Negatif	18,19±7,05	5,50±3,64	20,85±4,21
Pozitif	17,69±7,37	4,79±3,63	22,02±3,77
p	0,530	0,051	0,021

Salgının uzun süre devam etmesinden oldukça fazla endişe duyan katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları, daha az endişe duyan gruplara kıyasla yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 22).

Pandemi öncesi döneme göre stres seviyesinin arttığını söyleyen kişilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları, artmadığını söyleyen kişilere göre yüksekti ($p<0,05$). Stres seviyesi aşırı derecede fazla artan grupta duygusal tükenme puan ortalaması, stresi daha az artan gruplara göre anlamlı şekilde yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 22).

Pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı hisseden kişilerin, almayanlara göre, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksek, kişisel başarı puanı anlamlı şekilde düşüktü ($p<0,05$) (Tablo 22).

Salgın döneminde çevresinden yeterince destek gördüğünü söyleyen katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması, daha az destek gören grupların puanlarına göre düşüktü ($p<0,05$). Çevreden destek gördüğünü düşünen veya düşünmeyen grupların duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Salgının ruhsal etkilerine göre katılımcıların MTÖ alt boyutlarının puan dağılımı

	Duygusal tükenme Ort.± SS	Duyarsızlaşma Ort.± SS	Kişisel başarı Ort.± SS
Salgının uzun süre devam etmesinden endişe duyma			
Endişe duymuyorum	14,26±6,99	4,15±3,36	21,52±3,90
Orta düzeyde endişe duyuyorum	16,00±6,27	4,73±3,04	21,45±3,16
Oldukça fazla endişe duyuyorum	18,75±6,92	5,45±3,73	21,07±4,39
p	0,000	0,011	0,637
Pandemi öncesine göre stres seviyesinde artma			
Hayır	12,66±7,25	3,96±3,44	21,90±4,11
Evet	17,88±6,87	5,19±3,57	21,17±4,10
p	0,000	0,037	0,401
Stres seviyesi artma derecesi			
Çok az	14,08±6,49	4,91±3,61	21,13±3,55
Biraz	15,25±5,99	4,52±2,81	21,55±3,45
Çok fazla	18,46±6,42	5,53±3,66	20,85±4,34
Aşırı derecede fazla	22,06±7,04	5,64±4,33	21,28±4,60
p	0,000	0,115	0,432
Pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı			
Hayır	16,28±6,56	4,74±3,37	21,44±4,13
Evet	21,83±6,79	6,39±3,95	20,45±3,88
p	0,000	0,000	0,014
Çevreden yeterli destek gördüğünü düşünme			
Hiç düşünmüyorum	18,64±6,74	5,30±3,66	21,00±4,13
Orta düzeyde düşünüyorum	17,04±6,93	5,08±3,35	21,36±3,64
Yeterli düzeyde düşünüyorum	14,90±7,26	4,60±3,65	21,68±4,67
p	0,000	0,189	0,299

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Adana il merkezinde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde tükenmişlik durumlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirilmeyi amaçladığımız tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Tükenmişlik sağlık çalışanlarında yaygın olarak görülen ve üzerinde birçok araştırmanın yapıldığı bir konudur. Dünyayı etkisi altına alan ve kendine has koşullar barındıran bir salgın döneminde bölgemizde birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarını bu açıdan değerlendirmenin hem mevcut bir durumu tespit etme hem de sonraki araştırmalara ışık tutma açısından faydalı olması beklenmektedir.

Literatürde genel olarak birinci basamak sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde pandemi öncesinde yapılan çalışmalarda, Kaya ve arkadaşları 252 birinci basamak sağlık çalışanında MTÖ duygusal tükenme puan ortalamasını $14,63 \pm 6,38$, duyarsızlaşma puan ortalamasını $4,02 \pm 3,15$ ve kişisel başarı puan ortalamasını $10,80 \pm 4,62$ olarak hesaplamıştır.¹⁰⁸ Elbi ve arkadaşlarının birinci basamakta çalışan hekim, hemşire ve ebelerden oluşan toplam 135 kişi ile yaptığı çalışmasında katılımcıların ortalama duygusal tükenme puanı $17,34 \pm 7,02$, duyarsızlaşma puanı $4,93 \pm 4,06$ ve kişisel başarı puanı $9,96 \pm 4,30$ olarak hesaplanmıştır.¹⁰⁹ Tekir ve arkadaşlarının 142 sağlık çalışanı ile Manisa'da yaptığı bir çalışmada MTÖ duygusal tükenme puanı $26,02 \pm 6,14$, duyarsızlaşma puanı $10,83 \pm 3,32$ ve kişisel başarı puanı $23,57 \pm 7,45$ bulunmuştur.¹¹⁰ Kayseri'de görev yapan 143 aile hekimi ile Baykan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada MTÖ duygusal tükenme puanı $16,1 \pm 7,2$, duyarsızlaşma puanı $4,3 \pm 3,2$ ve kişisel başarı puanı $21,0 \pm 3,7$ olarak bulunmuştur.⁹² Sakarya ilinde Tok ve arkadaşları tarafından 150 aile sağlığı çalışanı ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre duygusal tükenme puanı $13,65 \pm 7,25$, duyarsızlaşma puanı $4,03 \pm 3,53$ ve kişisel başarı puanı $21,99 \pm 4,38$ şeklinde bildirilmiştir.¹¹¹

Literatürde pandemi döneminde tükenmişlik ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen, ülkemizde birinci basamak sağlık çalışanlarının pandemi döneminde tükenmişlik durumlarını inceleyen çalışma sayısı azdır. Türkili ve arkadaşları COVID-19 salgını sırasında Mersin bölgesindeki 146 aile hekimi ile yaptıkları çalışmanın sonucunda, hekimler arasında anksiyete (% 78,08) ve depresyon (% 71,23) bulgularının çok

yaygın olduğunu bildirmiş olup, tükenmişlik açısından duygusal tükenme puanını $21,49 \pm 6,39$, duyarsızlaşma puanını $10,86 \pm 3,72$ ve kişisel başarı puanını $16,71 \pm 5,60$ olarak hesaplamıştır.¹¹² Bizim çalışmamızda bu oranlar sırasıyla $17,56 \pm 7,01$, $5,12 \pm 3,57$ ve $21,21 \pm 4,09$ olarak bulunmuş olup genel olarak tükenmişliğin daha az olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamız sadece aile hekimliği uzmanlarını değil, birinci basamaktaki tüm sağlık çalışanlarını kapsıyordu ve duyarsızlaşma puanı aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde en yüksek, ebelerde en düşüktü. Kişisel başarı puanı ebelerde en yüksek, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde en düşüktü. Meslek grupları arasında duygusal tükenme puan ortalamaları benzerdi. Akyüz 3. basamakta çalışan tüm meslek gruplarından toplam 557 kişi ile yaptığı çalışmada tükenmişlik düzeylerinin meslek grupları arasında farklılık gösterdiğini, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının asistan doktorlarda en yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir.¹¹³ Bu yönüyle bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Esen ve arkadaşları aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ile yaptığı çalışmada rotasyonlar nedeniyle bölüm değişikliğinin çok sık olması, buna bağlı uyum sorunları, gidilen bölümlerde eğitim ve görev tanımının net olmaması gibi asistanlarda tükenmişliğe etki eden sorunlara dikkat çekerek bireysel ve örgütsel düzeyde yapılabilecek bazı düzenlemelerle bu durumun azaltılabileceğini bildirmiştir.¹¹⁴ Ülkemizde toplam 181 hekim, hemşire ve ebe ile yapılan bir çalışmada duyarsızlaşma puanı hemşirelerde en yüksek ebelerde en düşük bulunmuştur, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.¹¹⁵ Pandemi döneminde Çin’de toplam 880 hekim ve hemşire ile yapılan bir çalışmada meslek grupları ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.¹¹⁶ Çalışma sonuçlarının farklı olmasının nedeni bireysel faktörler, yapılan işin niteliği, kişilerin mesleki doyumlarının farklı olması, çalışılan bölge ve kurumun özellikleri gibi faktörler olabilir.

İspanya’ da yapılan 78 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde erkek cinsiyet ve duyarsızlaşma alt boyutu arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir ve bu durum erkek hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarına karşı olumsuz tutum sergilemeye daha yatkın olmaları, hizmet veren ve alan kişiler arasında ilişkilerin bozulması ve sağlık bakımının kalitesinde azalma ile ilişkilendirilmiştir.⁶⁷ Benzer şekilde COVID-19 döneminde ülkemizde 368 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada erkeklerde duyarsızlaşma puan ortalaması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.¹¹⁷ Bu sonuçlar

bizim çalışmamızın sonuçlarıyla da uyumludur. İran’da COVID-19 hastalarına bakım veren bir üniversite hastanesinde çalışan 615 hekim ve hemşire üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada kadın cinsiyetin yüksek tükenmişlik için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.⁹⁴ Çin’de altı bölgeden on beş binin üzerinde birinci basamak sağlık çalışanı ile yürütülen bir araştırmada erkeklerin kadınlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.¹¹⁸ Genel bir bilgi olarak, erkeklerin ve kadınların stresle baş etme yöntemleri farklıdır. Ayrıca çalışmaların yürütüldüğü sağlık kurumlarındaki farklı çalışma koşulları ve ülkeler arasındaki cinsel kimlik rolleri arasındaki farklılıklar çalışmalardaki farklı sonuçların nedeni olabilir.

Avrupa’da sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine yapılan 53 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemenin sonucuna göre yaş ve tükenmişlik arasındaki ilişki yeterince kesinlik göstermemektedir. Çalışmaların yarısında genç ve kıdemli çalışanların tükenmişlik düzeyleri arasında fark bulunamazken, diğer yarısı genç sağlık çalışanlarında duyarsızlaşma oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.⁸¹ Bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümünde çalışan 56 hemşire ve 77 doktorlarla yapılan bir çalışmada hemşirelerde yaş ve mesleki deneyim süreleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki bulunamamışken, hekimlerde bu değişkenler duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları ile ters, kişisel başarı puanı ile pozitif korelasyon göstermektedir.¹¹⁹ İspanya’da 5 büyük hastanenin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada, 30 yaşın üzerinde olmak ve 10 yıldan fazla yoğun bakım hemşireliği deneyimi, duygusal tükenme alt boyutu ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur.¹²⁰ Çek Cumhuriyeti’nde hospiste görev yapan 241 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada katılımcıların yaşı ve mesleki deneyim süresi ile tükenmişlik durumları arasında ilişki gösterilememiştir.¹²¹ Ülkemizde sağlık alanında çalışmakta olan 314 kamu personeli ile yürütülen bir çalışmada 45 yaş üzeri ve 20 yıl üzeri mesleki deneyimi olan çalışanlarda duygusal tükenme puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur.¹²² Ramirez ve arkadaşları 10 yıldan fazla mesleki deneyimin tükenmişliğe karşı koruyucu etkisi olduğundan bahsetmiştir.¹²³ Bizim çalışmamızda ‘26-35’ yaş grubu ‘36-45’ yaş grubuna göre ve daha az deneyim sahibi katılımcılar kıdemli çalışanlara göre daha yüksek duyarsızlaşma puanına sahip olarak bulunmuştur. Yaş ve deneyim arttıkça kişinin sorunlarla başa çıkma becerilerinde artış olması ve gençlerin

beklentileri yüksek tutması nedeniyle daha sık hayal kırıklığı yaşıyor olmaları bu duruma katkı sağlıyor olabilir.

Çalışmamızda vücut kitle indeksi, kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim bulduğumuz sonuçla benzer şekilde Yamin ve arkadaşları 103 hemşire ile yaptıkları çalışmada vücut kitle indeksi ve mesleki tükenmişlik arasında ilişki bulmadıklarını bildirmiştir.¹²⁴ Japonya’da yapılan ve 383 erkek katılımcının 5 yıl boyunca bel çevresi, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi, kan basıncı, açlık insülini, açlık şekeri, HbA1c ve lipid paneli gibi metabolik durum göstergelerindeki değişikliklerin takip edildiği bir çalışmada, tükenmişlik yaşayan ve yaşamayan gruplar kendi aralarında karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak tükenmişlik grubunda bel çevresi, vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksinde anlamlı olarak daha fazla artış tespit edilmiştir.¹²⁵ Bu durum tükenmişlik yaşayan ve özellikle depresif semptom gösteren bireylerin yeme, içme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarındaki olumsuz tutumlarıyla ilişkili olabilir.

Tunç ve Göklü çalışmalarında bizim sonucumuzla benzer şekilde kronik hastalık varlığı ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildirmiştir.¹²⁶ Honkonen ve arkadaşlarının genel popülasyondan 3368 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 57’sinde en az bir tane fiziksel hastalık olduğu ve kadınlarda hastalık oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Katılım sağlayan kişilerde en çok kas iskelet hastalığı (% 30), kalp damar hastalığı (% 16) ve solunum sistemi hastalığı (% 10) varken, daha az olarak cilt hastalığı (% 2,8), hipotiroidi (% 1,8), diyabet (% 1,8) ve hiperlipidemi (% 1,7) tanıları mevcuttur. Katılımcıların % 28’inde tükenmişlik görülmüştür ve şiddetli tükenmişlik yaşayan kişilerde fiziksel hastalık daha yaygın olarak bulunmuştur.¹²⁷ Uzun ve Mayda çalışmalarında tanı konmuş kronik hastalığı olan kişilerde duygusal tükenme puanını olmayanlara göre daha yüksek bulmasına rağmen, sürekli ilaç kullanmak ile tükenmişlik arasında ilişki saptamamıştır.¹²⁸ Yaşları 19-67 arasında değişen, rutin sağlık muayenesi için başvuran ve ortalama 18 ay boyunca izlenen toplam 4,861 kişi ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların %47’sinde kronik bir hastalık bulunduğu görülmüş ve kronik hastalık ve tükenmişlik birlikteliğinin nispeten kısa bir sürede kişinin depresif semptomlar geliştirmesine neden olabileceği bildirilmiş olup yüksek riskli bireylerde yakın takip ve yönetimin önemi vurgulanmıştır.¹²⁹ COVID-19 hastalığının özellikle bazı kronik hastalıkların varlığında daha ağır seyrettiğinin

bilinmesi bu tür komorbid durumlara sahip kişilerin psikolojik açıdan da daha duyarlı olmasına neden olabilir, ancak literatürdeki çalışmalar pandemi dışı dönemde ve genel popülasyonda yapılmıştır. Pandemi döneminde birinci basamak sağlık çalışanlarını araştıran çalışma bulunamamıştır, bu nedenle ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda medeni durum ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde, medeni durum ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur.⁹⁴ Ortega ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde evliliğin duyarsızlaşma ile anlamlı şekilde pozitif korelasyon gösterdiği, yalnız yaşayan hemşirelerde duyarsızlaşma düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum aile ortamının koruyucu etkisi altında kişilerin kendilerini daha güvende ve aile desteği altında hissetmeleri sonucu çevreye karşı olumsuz tutum geliştirmemeleriyle açıklanmıştır.⁶⁷ 2020 yılında Kıbrıs'ta COVID-19 pandemisi döneminde doktor, hemşire ve yardımcı çalışanlardan oluşan 240 kişi ile yapılan bir çalışmada evlilerin bekarlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir.¹³⁰ Sağlık çalışanlarının beraber yaşadıkları aile bireylerine hastalık etkenini taşıma endişesi bu duruma katkı sağlıyor olabilir. Ayrıca pandemi koşulları, evli bireylerin ev içi sorumluluklarını yürütmede güçlük yaşamalarına yol açmış olabilir (çocukların bakımı, evin yönetimi gibi).

Çalışmamızda çocuk sahibi olanlarda duyarsızlaşma puanı daha düşük, kişisel başarı puanı daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmak ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif ilişki olduğunu, çocuğu olmayan kişilerde tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{67,117} Öztürk ve arkadaşlarının pandemi öncesi dönemde 266 katılımcı ile yaptığı çalışmada çocuğu olmayan kişilerde ve bir çocuğu olan kişilerde tükenmişlik düzeyi, daha fazla çocuğu olan kişilerden yüksek bulunmuştur.¹³¹ Bu sonuç bizim çalışmamızın bulgularıyla da uyumludur. Çocuk sahibi olmanın verdiği sorumluluk hissi ve manevi doyum, kişinin zorluklara karşı direncinin artmasını ve tükenmişlik belirtileriyle daha iyi mücadele etmesini sağlıyor olabilir. Öte yandan Çelmeçe ve Menekay çalışmalarında çocuk sahibi olmanın tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığını, çocuklu bireylerde stres ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.¹³⁰

Çalışmamızda mesleğini isteyerek seçen katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı anlamlı olacak şekilde düşük, kişisel başarı puanı yüksek olarak

bulunmuştur. Bizim bulduğumuz sonuçla uyumlu olacak şekilde, mesleğini istemeyerek seçen kişilerde tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{132,133} Diyarbakır’da üçüncü basamak pandemi hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum ünitesinde görevli 316 doktor, hemşire, ebe ve anestezi teknisyenlerinde tükenmişlik sendromu ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, isteyerek meslek seçimi ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmamıştır.¹²⁶ Literatürde farklı bulgular olsa da sonuçlar kişileri meslek seçerken kendi ilgi, beceri ve beklentileri doğrultusunda karar vermeye teşvik etmenin önemini göstermektedir.

Bulgularımıza göre maddi, manevi mesleki tatmin düzeyi yüksek olan ve işyeri koşullarını yeterli bulan katılımcılarda daha az tükenmişlik saptanmıştır. Benzer şekilde, Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada işyeri fiziki koşullarını yeterli bulmayan hekimlerde duygusal tükenme puanı anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır.¹²⁶ Yılmaz 343 aile hekimi ile yaptığı çalışmasında nöbet tutan ve maddi gelirinden memnun olmayan hekimlerde mesleki tatmin düzeyinin düşük olduğunu, bu tatminsizliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında artış ile ilişkili olduğu sonucuna varmıştır.¹³⁴ Erdoğan 2010-2019 yılları arasında ülkemizde yapılan, tükenmişlik ve mesleki tatmin ilişkisini araştıran 72 çalışmanın incelendiği meta-analiz çalışması sonucunda bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilen orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır.¹³⁵ Ülkemizde pandemi döneminde 331 acil hekimi ile yapılan bir çalışmada düşük mesleki tatminin tükenmişlik düzeyini arttırdığı ve tükenmişliğin üç alt boyutuyla da ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹³⁶ Polonya’da 547 hemşire ile yapılan bir çalışmada tükenmişlik ve iş tatmini arasındaki negatif ilişkiye, bunun sonucu olarak hemşirelik hizmetlerinde yapacağı olumsuz etkiye dikkat çekilerek, yöneticilerin bu konuda daha dikkatli davranması gerektiği vurgulanmıştır.¹³⁷ Rodriguez ve arkadaşları kötü çalışma ortamını ve yetersiz maddi tatmini tükenmişlikle ilişkili faktörler arasında göstermiştir.¹³⁸ Romanya’da asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada COVID-19 etkeni ile temas riskinin daha yüksek olduğu bölümlerde çalışan tıp asistanlarında tükenmişlik düzeyi normal servislerinde çalışan asistanlardan düşük bulunmuştur.⁹⁵ Böylesi bir kriz ortamında yapılan işin niteliği ve önemi kişilere yüksek manevi tatmin duygusu yaşatarak tükenmişliğe karşı koruyucu rol oynamış olabilir.

Bulgularımıza göre çalışma saatleri içinde dinlenmeye yeterli vakit ayırabilen katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük bulunmuştur. Zerbini ve arkadaşları salgının sağlık çalışanları üzerindeki psikososyal yüküyle mücadelede sosyal desteğin ve dinlenme zamanlarının önemini vurgulamıştır.¹³⁹ Çalışmamızda haftalık çalışma saati, nöbet tutma ve çalışma koşullarında değişiklik ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır. Ekvador'da 2404 sağlık çalışanı ile yapılan bir araştırmada bizim sonuçlarımızla uyumlu şekilde haftalık çalışma saatinin ve nöbet tutmanın tükenmişlik ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹²³ Tersine uzun çalışma saatlerinin ve nöbet usulü çalışmanın tükenmişlik için önemli risk faktörleri olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.¹⁴⁰⁻¹⁴² Alanazi ve arkadaşlarının pandemi döneminde 3557 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada günde 8 saatten fazla çalışmak, vardiyalı çalışmak ve çalışma koşullarında değişiklik yapmış olmak yüksek tükenmişlik ile ilişkili bulunmuştur.¹⁴³ Benzer biçimde, İspanya'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada iş koşullarında değişiklik yapmanın tükenmişlik ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁴⁴ Çalışma koşullarında ağırlaşma olmasının tükenmişliği artırabilecek bir faktör olması beklenmekle birlikte literatürde tersini saptayan çalışmaların da bulunması tükenmişliğin sadece çalışma saatleriyle ilişkilendirilemeyeceğini, uzun çalışma saatlerinin yanı sıra yapılan işin niteliğinin, iş ortamı ile ilişkili faktörlerin ve kişisel faktörlerin de bunda etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda COVID-19 polikliniğinde ya da servisinde çalışan katılımcılarda duyarsızlaşma puanı yüksek, kişisel başarı puanı düşük bulunmuştur. Filyasyon görevi ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır. Sonuçlarımızla uygun şekilde, direkt olarak enfekte hasta bakımıyla ilgilenen ya da yüksek riskli alanlarda görev yapan kişilerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{93,116,117,126,143} Karşıt şekilde, COVID-19 ile mücadelede ön safta yer alan ve yüksek riskli alanda çalışanlarda tükenmişliğin olağan görev alanında çalışan kişilerden daha düşük seviyede olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.⁹⁵⁻⁹⁷ Sonuçlar arasındaki farklılığa çalışmaların yapıldığı bölge, kişilerin hastalığa bakış açısı, yapılan işe yükledikleri anlam, çalışılan kurumun özellikleri, görev tanımı ve koruyucu önlemlerin seviyesi gibi değişkenler neden olmuş olabilir. Ülkemizde COVID-19 döneminde filyasyon görevi yürüten sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada hastalık kontrolünde

kritik role sahip bu ekiplerin psikososyal yönden iyilik halinin önemi ve destek mekanizmalarının iyi işletilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.¹⁴⁵

Araştırmamızın sonuçlarına göre işten ayrılma düşüncesi olanlarda tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kariyer planlarında değişiklik yapanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları, kişisel planlarında değişiklik yapanlarda ise duygusal tükenme puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonuçları da bizim sonuçlarımıza benzerlik göstermektedir.¹⁰⁹ Altmış ülkeden 2707 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada kaynak azlığı nedeniyle yaşamı önceliklendirmek için kişisel karar alınması yüksek tükenmişlik ile ilişkili bulunmuştur.¹⁴⁶ İspanya’da 934 iç hastalıkları uzmanı ile pandemi öncesi yapılan bir çalışmada mesleğini değiştirme düşüncesi tükenmişlikle ilişkili faktörler arasında gösterilmiştir.¹³⁸ Benzer şekilde Minamizono ve arkadaşlarının pandemi öncesinde hemşireler ile yaptığı çalışmada yüksek tükenmişlik düzeyi ile işten ayrılma düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir.¹⁴⁷ Birleşik Devletler’de 2018 yılında yapılan çalışmada, son bir yılda mesleğini bırakan hemşirelerin % 31,5’i, önümüzdeki süreçte mesleğini bırakmayı düşünen hemşirelerin ise % 43,4’ü sebep olarak yaşadıkları tükenmişliği göstermiştir.¹⁴⁸ Salgının iş yerindeki psikososyal etkilerinin incelendiği bir çalışmada COVID-19 hastalarına bakım veren hastanede görev yapan 210 hemşirenin yalnızca % 4,8’inin mevcut işini bırakma düşüncesinin olmadığı bildirilmiştir.¹⁴⁹ Lou ve arkadaşları yaptığı çalışmada hekim ve hemşirelerde pandemi döneminde tükenmişlik düzeyinin pandemi öncesine göre daha yüksek olduğunu ve aktif başa çıkma metodlarının tükenmişlik yaşayan kişilerde mesleği bırakma düşüncesini azaltabileceğini bildirmiştir.¹⁵⁰ COVID-19 pandemisi ile birlikte meydana gelen olağandışı koşullar ve psikososyal etkilenmeler sağlık çalışanlarında zaten mevcut olduğu varsayılan tükenmişlik ilişkili işten ayrılma ve kariyer değişikliği düşüncesinin artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanımı ile tükenmişlik arasında ilişki bulunamamış olmasına rağmen, sigara kullanımı pandemi öncesine göre artan kişilerde duygusal tükenme puanı daha yüksek saptanmıştır. Alkol kullananlarda duyarsızlaşma puanı daha yüksek, kişisel başarı puanı daha düşük bulunmuştur. Bir çalışmada sigara kullanan katılımcılarda kişisel başarı puanı daha düşük bulunmuştur.¹⁴³ Çalışmamızla uyumlu olacak biçimde pandemi döneminde Türkiye’de yapılmış bir çalışmada, alkol alan

kişilerde kişisel başarı puan ortalaması düşük bulunmuştur.¹²⁶ Sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.¹²⁸ Fabio ve arkadaşlarının 2216 sağlık sektörü çalışanı ile yaptığı çalışmada yüksek duygusal tükenme yaşayan kişilerde sigara ve alkol kullanımının arttığı, yüksek duyarsızlaşma yaşayan kişilerde ise alkol kullanımının endişe verici şekilde suistimal düzeyinde olabileceği bildirilmiştir.¹⁵¹ Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara ve haftada birkaç kez alkol almanın yalnızca kadınlarda tükenmişlik ile ilişkili olduğu, alkol tüketim sıklığında artışın her iki cinsiyette de tükenmişlik riskini arttırdığı bulunmuştur.¹⁵² Bu sonuçların nedeni yüksek tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının sigara veya alkol kullanımını rahatlama aracı olarak görüyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda dengeli ve yeterli beslenen kişilerde duygusal tükenme puanı düşük bulunmuştur ayrıca pandemi öncesine göre beslenme alışkanlığı değişmeyen kişilerde tükenmişlik düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Merlo ve Rippe tarafından hekim tükenmişliği üzerine yapılan bir derlemede sağlıklı beslenme tükenmişliğe karşı alınabilecek primordiyal korunma önlemleri arasında gösterilmiştir.¹⁵³ Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, beslenme ve tükenmişlik arasında bir ilişki olabileceği, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksek kişilerin şekerli ve tuzlu gıda tüketimi gibi sağlıksız beslenme tutumları gösterebileceği bildirilmiştir.¹⁵⁴ Clevenger 475 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada, değerlendirilen bütün beslenme alışkanlıklarının salgın öncesine göre daha sağlıksız olduğunu bildirmiştir.¹⁵⁵ Salgın ile birlikte sağlık çalışanlarının iş yükündeki artış, zaman kısıtlılığı ve stres, kaygı, tükenmişlik, depresyon gibi psikolojik problemlerin artışı bu olumsuz değişikliğe neden olmuş olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre sıklıkla uyku problemi yaşayan kişilerde duygusal tükenme, pandemi öncesine göre uyku süresi daha az olan kişilerde ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızı destekleyici şekilde, bir derlemede iyi uyuma tükenmişliğe karşı alınabilecek korunma önlemleri arasında gösterilmiştir.¹⁵³ Hekim ve stajyer hekimlerden oluşan 11000' in üzerinde katılımcı ile yapılan bir çalışmada hekimler arasında uyku ile ilgili bozuklukların yaygın olduğu, bununla bağlantılı olarak yüksek tükenmişlik ve düşük mesleki tatmin duygusu yaşadıkları bildirilmiştir. Bu durum hekimlerin kendi beyanlarına dayanan klinik olarak önemli tıbbi hatalarda artış ile ilişkili bulunmuştur.¹⁵⁶

Uyku bozuklukları tükenmişlik düzeyini arttırırken, tükenmişlik de kronik yorgunluk, düşük başarı kaygısı, artmış depresif duygu durum gibi faktörlerle uyku bozukluklarının şiddetini arttırabilir. Hekim ve hastalara verdiği zararlar göz önüne alındığında bu iki yönlü ilişkiyi etkileyen faktörlerin iyi belirlenip modifiye edilmesi sağlık sunumunun kalitesine katkı verebilir.

Çalışmamızda düzenli spor yapma ve pandemi öncesine göre spor alışkanlığındaki değişimler ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki saptanmamış olup, bizim bulduğumuz sonuçla uyumlu olacak şekilde Chokri ve arkadaşları sağlık çalışanları ile COVID-19 döneminde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite ile tükenmişlik arasında ilişki saptamadıklarını bildirmiştir.¹⁵⁷ Karşıt olarak artmış fiziksel aktivitenin tükenmişliğe karşı koruyucu etkisinin olabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{153,154} Kadın hekimler ile yapılan bir çalışmada fiziksel olarak daha aktif olduğu belirlenen grupta tükenmişlik sıklığının daha az olduğu bildirilmiştir.¹⁵⁸ Sonuçlar arasındaki bu farklılık sağlık çalışanlarının fiziksel aktiviteye yeterince vakit ayıramıyor olmasından ya da fiziksel aktivitenin pandemide artan psikososyal yükü hafifletmede etkisinin sınırlı kalmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bulgularımıza göre sosyal faaliyet ve hobilerine yeterince zaman ayıran grupta duygusal tükenme puan ortalaması düşük saptanmıştır. Benzer şekilde stres azaltıcı aktivitelere katılmanın ve kişiler arası sağlıklı ilişkiler kurmanın tükenmişliğe karşı koruyucu etki gösterebileceği bildirilmiştir.¹⁵³ Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların ilgi alanlarına ve hobilerine vakit ayırması tükenmişlik riskinde azalma ile ilişkilendirilmiştir.¹⁵⁹ Sağlık çalışanlarının pandemi gibi özellikle yoğun ve stres yüklü olduğu dönemlerde ilgi ve becerilerine göre sosyal faaliyetlere katılması ya da hobiler edinmesi artmış stres yükünü azaltmaya ve ruhsal açıdan daha iyi hissetmelerine katkı veriyor olabilir.

Çalışmamızda yalnız ya da aile ile beraber yaşıyor olmak ve ailede 65 yaş üzeri, kronik hastalığı olan bireye sahip olmak tükenmişlik alt boyutları ile ilişkili bulunmamıştır. Bizim sonucumuzla uyumlu şekilde, İtalya’da 797 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada yalnız yaşayan ve eşi ile yaşayan kişiler arasında tükenmişlik düzeyleri benzer bulunmuştur.¹⁶⁰ Yine pandemi döneminde Singapur’un en büyük sağlık merkezinde radyoloji bölümünde çalışanlarla yapılan bir çalışmada evde çocuk, yaşlı veya düşük immuniteye bağlı savunması zayıf kişilerle yaşıyor olmanın

tükenmişlik ile ilişkisi saptanmamıştır.¹⁶¹ Karşıt şekilde, Türkiye’de pandeminin ilk 3 ayında aktif olarak çalışan 371 sağlık çalışanıyla Whatsapp üzerinden yürütülen bir çalışmada ebeveynleri ile yaşayan kişilerin duygusal tükenme puanı, yalnız yaşayan veya eşi ve çocukları ile yaşayan kişilerin puan ortalamasından yüksek bulunmuştur.¹¹⁷ Bu sonuca anne babaya karşı duyulan sorumluluk hissi ve yaşlarını da göz önünde bulundurarak, enfeksiyon etkenini onlara taşıma korkusu neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kendisine ve ailesine yeterli vakit ayırabilen katılımcılarda duygusal tükenme puanı düşük saptanmıştır. Morgantini ve arkadaşları pandemi döneminde iş nedeniyle ev ile ilgili aktivitelerin etkilenmesinin tükenmişlik ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.¹⁴⁶ Kannampallil ve arkadaşları enfekte hastalarla ilgilenen stajyer doktorlarda görülen yüksek stres düzeyini çocuk bakımı ile ilgili sorunlar, mesleki görev ve aile yaşantısı arasındaki uyumsuzluklar, kişisel ve ailevi konulara yeterince vakit ayıramamak gibi problemler ile ilişkilendirmiştir.¹⁶² Ailenin sağlık üzerindeki psikolojik etkileri de düşünüldüğünde COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli çalışma şartları kişinin kendine ayıracağı ve ailesiyle beraber geçireceği zamandan fedakarlık yapmasına, ailecek yapılan sosyal faaliyetlere vakit ayıramamasına, hatta aile içi çatışmalara neden olarak tükenmişliğe katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda enfekte olmaktan ve aile bireylerinin enfekte olmasından endişe duyan katılımcıların duygusal tükenme puanı yüksek bulunmuştur, ayrıca aile bireylerinin enfekte olmasından endişe duyan grupta duyarsızlaşma puanı da yüksek saptanmıştır. Çin’de 534 kişi ile yapılan ve salgının psikolojik etkilerinin incelendiği bir çalışmada sağlık çalışanlarının enfekte olmaktan ve aile bireylerinin enfekte olmasından duydukları kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁶³ Bu çalışmada en yüksek kaygı düzeyinin 31-40 yaş arası olan grupta yani evde küçük çocuğu olma ihtimali yüksek olan grupta olması dikkat çekicidir. Kansas’ta 113 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin yaklaşık yarısının tükenmişlik yaşadığı, enfekte olmaktan orta düzeyde endişe duydukları ve aile bireylerine enfeksiyonu taşımaktan daha fazla endişe duydukları bildirilmiştir.¹⁶⁴

Kişinin sevdiği insanlara enfeksiyonu taşımaktan endişe duyması ve bunu engellemek için çözüm arayışına girmesi anlaşılabilir bir durumdur. Çalışmamızda bu sebeple konaklama tercihinde değişiklik yapanlarda duygusal tükenme puanı yüksek

bulunmuştur. Çin’de 880 doktor ve hemşire ile çevrimiçi yürütülen bir çalışmada benzer şekilde aile bireylerine etkeni taşıma endişesiyle ailesinden izole olan sağlık çalışanlarında duygusal tükenme düzeyi yüksek bulunmuştur.¹¹⁶ İtalya’dan Naldi ve arkadaşlarının çalışmasında pandemi döneminde aile bireylerinin ayrılması psikososyal sonuçlarda kötüleşme ve duygusal tükenme düzeyinde artış ile ilişkili bulunmuştur.¹⁶⁰

Bulgularımıza göre yakınlarında COVID-19 testi (+) çıkan ve bu sebeple yakınları hastanede yatan katılımcıların duygusal tükenme puanı yüksek bulunmuştur. Sayılan ve arkadaşları çalışmasında bizim sonucumuza benzer şekilde ailesi veya arkadaşları içinde enfeksiyona yakalanan kişi olan katılımcılarda duygusal tükenme puanını daha yüksek bulmuştur.¹⁶⁵ Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada aile bireylerinin enfeksiyona yakalanması sağlık çalışanlarında tükenmişliğin üç alt boyutuyla da tükenmişlik lehine ilişkili bulunmuştur ve aynı çalışmada mesai arkadaşlarının enfeksiyona yakalanmasının kişide duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında anlamlı şekilde artışa neden olduğu saptanmıştır.¹⁴³ Hoşgör ve arkadaşlarının Türkiye’de yaptığı araştırmada aile bireylerinin COVID-19 testi (+) olması ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.¹⁶⁶ İtalya’da yapılan bir çalışmada aile bireyleri ya da arkadaşlarının enfekte olması ile katılımcı sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır.¹⁶⁷ Sonuçlar arasındaki farklılığın nedeni kişilerin hastalığa bakış açısı, COVID-19 testi (+) olan yakınlarında kronik hastalık olup olmaması ya da hastalığın nasıl seyrettiği gibi faktörler olabilir.

Çalışmamızda dikkat çekici bir bulgu olarak, yakınları arasında hayatını kaybeden kişi olan katılımcılarda kişisel başarı puanı daha yüksek, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları benzer bulunmuştur. Hastalığın özellikle bazı risk gruplarında mortal seyrettiğinin bilinmesi, toplumumuzda genel durumu bozuk ve iyileşmesi zor görünen hasta grubunda ölümün bazen kurtuluş gibi görülmesi, sağlık çalışanlarının hastalığın seyrini bildikleri için kendilerini her sonuca hazırlayabilme becerileri gibi faktörler bu sonuca etki etmiş olabilir. Literatürde bu parametreyi inceleyen çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Araştırma sonuçlarımıza göre COVID-19 testi (+) olan hastayla teması olan katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Çok uluslu bir çalışmada COVID-19 ile enfekte bireye temas tükenmişlik ile pozitif ilişkili faktörler arasında gösterilmiştir.¹⁴⁶ Bir başka çalışmada benzer şekilde

COVID-19 hastalarına bakım vermenin stajyer doktorlarda stres ve tükenmişlik düzeyini arttırdığı bildirilmiştir.¹⁶² Kansas'taki aile hekimleri ile yapılan bir araştırmada şüpheli ya da doğrulanmış COVID-19 hastalarına bakım vermek ile tükenmişlik bulguları arasında önemli derecede pozitif ilişki saptanmıştır.¹⁶⁴ Bu sonuçlara dayanarak bulaş riski olan kişiyle ya da hastayla temas etmenin sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda gerektiği zaman uygun koruyucu ekipman kullanımı ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim sonucumuzla uyumlu şekilde yeterli koruyucu ekipman kullanımı ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur.¹⁶⁶ Anlaşılabilir bir bulgu olarak, bazı çalışmalarda kişisel koruyucu ekipman kullanımının tükenmişliğe karşı koruyucu etkisi olduğu ve tükenmişlik riskini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.^{142,146} İspanya'da yapılan bir çalışmada kişisel koruyucu donanım eksikliğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun kaygı ve stres düzeylerinin arttığı bildirilmiştir.¹⁶⁸ Bulaşıcı olduğu bilinen bir hastalıkla mücadele ederken uygun eldiven, maske, siperlik, tulum gibi koruyucu donanım kullanıyor olmak sağlık çalışanlarının kendini daha korunaklı ve güvende hissetmesini sağlayarak kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin azalmasına katkı vermiş olabilir.

Bulgularımıza göre katılımcıların izole edilme gerekliliği ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. COVID-19 testi yaptıran kişilerde duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur. Dikkat çekici bir bulgu olarak test sonucu (+) gelen grupta kişisel başarı puanı daha yüksek saptanmıştır. Bahadırlı ve Sağaltıcı karantinaya alınmış olmanın kişilerin stres ve kaygı düzeylerinde artış gibi ruhsal sağlıkları üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir.¹³⁶ Murat ve arkadaşları pandemide aktif görev alan 705 hemşire ile yaptığı çalışmada COVID-19 testi (+) çıkanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını daha yüksek bulmuştur.¹⁶⁹ Ayrıca COVID-19 hastalığı semptomları gösteren ya da testi pozitif gelen hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{136,142} Test sonucunun pozitif ya da negatif olmasıyla tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da literatürde yerini almıştır.^{143,160,166}

İspanya'da pandemi döneminde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada tükenmişlik prevalansı % 43,4 olarak hesaplanmıştır ve bizim sonucumuza benzer şekilde katılımcıların % 89'u pandeminin uzun süre devam edeceğinden endişe

duyduğunu bildirmiştir.¹⁷⁰ Çalışmamızda salgının uzun süre devam etmesinden fazlaca endişe duyan kişilerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek bulunmuştur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada bulgularımızla uyumlu şekilde pandemiden çok endişe duyan katılımcıların duygusal tükenme puanları daha yüksek, kişisel başarı hissi puanları daha düşük bulunmuştur.¹⁶⁶ Sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemisi ile artan stres düzeyi duyarlı kişilerde kaygı, hastalığı bulaştırma korkusu, depresyon, uyku bozuklukları ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunları beraberinde getirmiştir. Kronik yüksek stres sağlık çalışanlarında artmış tükenmişlik riski ile ilişkilidir.¹⁵⁵ Bizim çalışmamızda katılımcıların % 93,4'ü pandemi öncesine göre stres düzeyinin arttığını belirtmiştir ve bu grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca stres seviyesindeki artış ile duygusal tükenme puanındaki artış arasında bir korelasyon saptanmıştır. Ülkemizde 352 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada COVID-19 döneminde artan stres tükenmişliğin her üç alt boyutuyla da ilişkili bulunmuştur.¹⁷¹ Prasad ve arkadaşları pandemi döneminde korku, kaygı, depresyon ve iş yükünün sağlık çalışanlarında stres düzeyini arttırdığını ve stresin tükenmişlikle yüksek korelasyon gösterdiğini bildirmiştir.¹⁷²

Çalışmamızda pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı duyanlarda tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde psikiyatrik bir tanıya sahip olmanın, bu nedenle destek almanın veya ilaç kullanmanın tükenmişlik ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{128,143} Tuna ve Özdin geçmişte psikiyatrik tanı öyküsünün tükenmişliğin üç alt boyutuyla da ilişkili olduğunu, pandemi döneminde psikiyatrik tanı almanın duygusal tükenme alt boyutuyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.¹⁷³ İstanbul'da çalışan 331 acil tıp hekimiyle yapılan bir çalışmada geçmiş psikiyatrik tanının pandemi döneminde anksiyete ve stres düzeyinde artış ve ruhsal sağlık durumunda kötüleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹³⁶ Martinez-Lopez ve arkadaşları dikkat çekici bir bulgu olarak kişinin gelecekte psikolojik veya psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyacağına dair öznel algısını duygusal tükenme olasılığı ile ilişkili bulmuştur.¹⁶⁸ Genel olarak psikolojik açıdan duyarlı sağlık çalışanlarının pandeminin psikososyal yönlerinden daha fazla etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmamızda pandemi döneminde çevreden yeterli destek gördüğünü düşünen katılımcılarda duygusal tükenme puanı anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır. Benzer

şekilde, sağlık çalışanlarına aileden ve işyerinden gelen yeterli çevresel desteğin pandeminin psikososyal yüküyle mücadelede en önemli kaynaklar arasında olduğunu ve kişisel başarı puanında artış ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{123,139} Özbezek ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları ile pandemide yapılan bir araştırmada iş arkadaşlarından gelen sosyal desteğin tükenmişliğin üç alt boyutuyla da ilişkili olduğu, tükenmişliğe karşı koruyucu etkisinin olduğu ve bu etkinin aileden ya da özel birinden gelen sosyal destekten daha fazla olduğu bildirilmiştir.¹⁷⁴ Galanis ve arkadaşları yaptıkları meta-analizde iş arkadaşlarının ve ailelerinin pandemi ile mücadeleye yeterince hazır olmamasını ve düşük sosyal desteği hemşirelerde yüksek tükenmişlik için risk faktörü olarak bildirmiştir.¹⁷⁵ Bu sonuçlar doğrultusunda aileden veya çevreden görülen yeterli sosyal desteğin birçok ruhsal durumda olduğu gibi tükenmişlik üzerinde de olumlu etkisinin olduğu söylenebilir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Adana ilindeki 4 merkez ilçede bulunan toplam 139 aile sağlığı merkezinden 79 tanesine ziyaret gerçekleştirilmesi, araştırma evrenimizi oluşturan 1210 kişinin 513'üne ulaşılması ve anketimizin katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuş olması araştırmamızın güçlü yönlerindendir. Literatürde tükenmişlikle ilgili birinci basamakta yapılan çalışma sayısı azdır ve mevcut çalışmaların büyük çoğunluğu tek bir meslek grubuyla yürütülmüştür. Çalışmamızın tek bir meslek grubu ile değil de ebe, hemşire, genel pratisyen, aile hekimliği uzmanı, uzmanlık öğrencisi, acil tıp teknisyeni gibi çeşitli meslek grupları ile yapılması, ayrıca katılımcıların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmesi yine güçlü yönlerinden sayılabilir. Çalışmamızın pandeminin 1. yılında, yalnızca sağlık çalışanlarının tek bir aşı tipiyle aşılabilmediği, henüz sosyal kısıtlamaların devam ettiği, sağlık çalışanlarının iş yükünün en ağır olduğu dönemlerden birinde yapılmış olması, pandeminin tükenmişliğe olan etkisini gösterebilme açısından değerlidir. Çalışmamız Adana ilindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının neredeyse yarısı ile yürütülmüş olmakla birlikte, sadece bizim ilimizde yapılmış olması nedeniyle bulgular tüm topluma genellenemez. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumuna global bir açıdan bakmak ve veri karmaşasına yol açmamak adına bulgularımız meslek grupları arasında karşılaştırılmamıştır. Bu farklılıkları ortaya koyabilecek farklı tasarımlı ileri çalışmalar yapılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamızda kullanılan ölçeğin belli bir kesme değeri olmadığından tükenmişlikle ilgili global bir sonuç vermek güçtür ancak araştırdığımız parametrelere göre saptadığımız sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.
2. Adana il merkezinde 513 sağlık çalışanı ile yaptığımız çalışmamızda katılımcıların çoğu kadın, evli ve çocuk sahibiydi, çoğunluğu genel pratisyen ve hemşirelerden oluşmakta iken, en az sayıda katılımcı aile hekimliği uzmanı grubundaydı.
3. Mesleğini isteyerek seçenlerin oranı yaklaşık % 80 iken, yeterli düzeyde mesleki maddi tatmin yaşadığını bildirenlerin oranı düşüktü (%12,5). Katılımcıların çoğunluğu orta düzeyde mesleki duygusal tatmin yaşamaktaydı.
4. Katılımcılarımızın çoğunluğunun haftada 40-50 saat çalıştığı ve dinlenme zamanlarının yeterli olmadığı görülmüştür. Çoğunluğu pandemi sürecinde nöbet tutmadığını, fiyasyon görevi olmadığını, COVID-19 poliklinik ve servis görevi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu işten ayrılmayı veya kariyer planlarında değişiklik yapmayı düşünmezken, kişisel planlarında değişiklik yapmayı düşünenlerin oranı yüksek saptanmıştır.
5. Katılımcıların çoğunluğu sigara ve alkol kullanmıyor, dengeli ve yeterli besleniyordu. Pandemi öncesi dönemle kıyaslandığında, çoğunluğu uyku alışkanlıklarında değişiklik olmadığını ancak spor, hobi ve sosyal faaliyetlerine ayırdıkları zamanda azalma olduğunu ifade etmiştir.
6. Katılımcılarımızın çoğu ailesiyle birlikte yaşamaktaydı ancak kendilerine ve ailelerine zaman ayıramadıklarını ifade ettiler. Kendilerinin ve aile bireylerinin enfekte olmasından endişe duyanların oranı yüksekti, bu nedenle katılımcıların üçte biri konaklama tercihinde değişiklik yapmıştı.
7. Katılımcılarımızın çoğunluğunun yakınlarının COVID-19 test sonucu (+) çıkmıştır, bunların büyük bölümü evde tedavi olurken, yaklaşık üçte biri hayatını kaybetmiştir. Katılımcılarımızın % 85'inde COVID-19 (+) hastayla

temas öyküsü vardı ve % 22,8'inin sonucu (+) çıkmıştır. Buna rağmen kişisel koruyucu ekipman kullanım oranının % 66'da kalmış olması dikkat çekicidir.

8. Katılımcıların tamamına yakınının pandemi nedeniyle stres seviyesinin arttığını ve pandemi öncesi dönemi özlediğini ifade etmesine rağmen psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissedenlerin oranı % 23'tür.
9. Katılımcılarımızın yaş gruplarına ve cinsiyete göre duyarsızlaşma puanları erkeklerde ve '26-35' yaş grubunda en yüksek, '36-45' yaş grubunda en düşüktü. Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri arasında bir fark bulunmazken, çocuk sahibi olanlarda duyarsızlaşma daha düşük, kişisel başarı daha yüksekti ve çocuk sayısı ile doğrusal ilişki gösteriyordu.
10. Kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve vücut kitle indeksi ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmamıştır.
11. Meslek gruplarına göre tükenmişlik alt boyutlarına bakıldığında ebelerde duyarsızlaşma en düşük, kişisel başarı en yüksek iken uzmanlık öğrencilerinde duyarsızlaşma en yüksek, kişisel başarı en düşüktü. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte duygusal tükenme puanının en yüksek aile hekimliği uzmanlarında ve uzmanlık öğrencilerinde olduğu görüldü.
12. Mesleğini isteyerek seçenlerde ve mesleki duygusal tatmini yüksek olanlarda tükenmişlik daha düşüktü. Mesleki deneyim süresi arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığı, maddi tatmin arttıkça duygusal tükenmenin azalıp kişisel başarının arttığı ve işyeri fiziki koşulları yeterli olanlarda duygusal tükenmenin daha düşük olduğu görüldü.
13. Haftalık çalışma saati ve nöbet tutma ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. COVID-19 poliklinik ve servis görevi yapanlarda duyarsızlaşma yüksek, kişisel başarı düşük bulundu.
14. İşten ayrılmayı sıklıkla düşünenlerde ve kariyer planlarında değişiklik yapanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı yüksek, kişisel planlarında değişiklik yapanlarda duygusal tükenme yüksekti.
15. Pandemi öncesine göre yeme alışkanlığında artış olanlarda ve uykusu azalanlarda tükenmişliğin arttığı, hobi ve sosyal faaliyetlerine daha fazla zaman ayıranların kişisel başarı puanında düşüş olduğu görüldü.

16. Kendisine ve ailesine vakit ayıramayanlarda, kendisinin ve ailesinin enfekte olmasından endişe duyanlarda ve konaklama tercihinde değişiklik yapanlarda duygusal tükenmenin arttığı görüldü.
17. Yakınları enfekte olanlarda ve hastanede yatanlarda duygusal tükenme daha fazlaydı, ilginç şekilde yakınlarından hayatını kaybedenlerin kişisel başarı puanı daha yüksek bulundu.
18. COVID-19 (+) hastayla teması olan katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek, kendi test sonucu (+) olanların kişisel başarı puanı daha yüksekti.
19. Salgının uzun süre devam etmesinden endişe duyan ve pandemi öncesine göre stres seviyesi artan katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma daha fazlaydı. Pandemi dönemimde psikiyatrik destek alma ihtiyacı MTÖ'nün tüm alt ölçekleriyle istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulundu. Çevreden yeterli destek gördüğünü düşünenlerin duygusal tükenme puanı daha düşüktü.

6.2. Öneriler

1. Erkeklerde ve aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde duyarsızlaşmanın yüksek, ayrıca uzmanlık öğrencilerinde kişisel başarı puanının düşük bulunmasının bireysel ve örgütsel nedenleri araştırılarak, gerekli düzenlemelerin yapılması bu grupların tükenmişlik durumları üzerine iyileştirici etki yapabilir.
2. Kişiler üniversite seçimlerini yaparken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir parametre de mesleğini isteyerek seçmiş olmaktır. Eğitim kurumlarının ve ailelerin bu konudaki farkındalığının artırılması ve eğitim programlarının içeriğinin kişilerin sevecekleri alanları keşfedebilmesine imkan tanıyacak şekilde düzenlenmesi ve meslek seçimi yaparken kişilerin kendi ilgi, beceri ve beklentileri doğrultusunda tercih yapmasının teşvik edilmesi, tükenmişlik ve diğer psikososyal sorunlara karşı önleyici olabilir.
3. Sağlık çalışanlarının mesleki tatmin düzeylerinin artırılması, iş yeri fiziki koşullarının iyileştirilmesi, çalışma esnasında dinlenme için yeterli vakit ayırabilmelerinin sağlanması, çalışanların kendisine ve ailesine yeterli vakit

ayırabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması tükenmişliğe karşı koruyucu etki gösterebilir. Sağlık çalışanlarının mesleki iyilik halleri geliştirilerek işten ayrılmayı ya da kariyer planlarında değişiklik yapmayı istemelerinin önüne geçilebilir. Ayrıca çalışmamızda araştırılmamış olmakla birlikte, özellikle son yıllarda yaşanan şiddet olayları sağlık çalışanlarının meslek huzurunu ve toplum desteğini kaybettiğini düşündürmektedir. Hukuksal düzenlemelerle güvenli çalışma ortamının sağlanması, hekimlerin ve bütün sağlık çalışanlarının görevlerini hakkıyla yapabilmelerine ve psikososyal yönden iyilik hallerinin devamına önemli katkı verebilir.

4. COVID-19 (+) hastayla bire bir çalışan sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimler, çalışma koşullarının düzenlenmesi, ödüllendirme gibi uygulamalarla bu kişilerde görülen tükenmişlik düzeyleri azaltılmaya çalışılmalıdır.
5. Dengeli ve yeterli beslenmenin, iyi ve yeterli uykunun, sosyal faaliyet ve hobilerin tükenmişliğe karşı koruyucu etkisi olduğu düşünülerek kişilerin uygun yaşam tarzını benimsemelerinin teşvik edilmesi gerekmektedir.
6. Aile bireylerini enfekte etmekten endişe duyan sağlık çalışanlarının konaklama ve ulaşım ihtiyaçlarının uygun şekilde giderilmesi çalışanlara psikososyal yönden fayda sağlayabilir.
7. Pandeminin psikososyal etkilerine karşı daha duyarlı olan ya da psikiyatrik destek alma ihtiyacı hisseden kişilerin tarama yöntemleri ile tespit edilmesi, önleyici ve koruyucu tedbirler alınması bakımın kalitesine katkı sağlayabilir.
8. Aile ve çevre desteğinin tükenmişliği azaltmadaki önemi düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarına pandemi döneminde ihtiyaç duydukları sosyal desteğin verilmesi için düzenlemeler yapılması fayda sağlayabilir.
9. Biz bu çalışmada belli bir hasta popülasyonu ile değil, kendimizin de bir üyesi olduğu sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma yürüttük ve çalışmamızın sonuçlarının pandeminin sağlık çalışanlarını biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal açıdan etkilediğini ortaya koyduğunu gördük. Bu da bize, bizim hastalarımıza bütüncül yaklaşımda bulunduğumuz gibi, politika yapıcıların ve kural koyucuların sağlık çalışanlarına bütüncül bakış açısıyla

yaklaşmasının hem sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini hem de sağlık hizmet sunumunun kalitesini daha iyi hale getirebileceğini düşündürmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Bilgilendirme Platformu. **2021**;
<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>. Accessed May 29, 2021.
2. **Piret J, Boivin G.** Pandemics throughout history. *Frontiers in Microbiology*. **2020**;11.
3. **Çayır Y.** Birinci Basamakta COVID-19 Yönetimi ve Pandemi ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Rolü. *Türkiye Klinikleri*. **2020**;1(Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi):11-14.
4. **World Health Organization.** WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. **2021**;
<https://covid19.who.int/>. Accessed June 15, 2021.
5. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Bilgilendirme Platformu. **2021**;
<https://covid19.saglik.gov.tr/>. Accessed June 15, 2021.
6. **Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J.** Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2020**;17(15):5514.
7. **Zhou D, Zhang P, Bao C, Zhang Y, Zhu N.** Emerging understanding of etiology and epidemiology of the novel coronavirus (COVID-19) infection in Wuhan, China. *Preprints*. **2020**.
8. **Lee P-I, Hsueh P-R.** Emerging threats from zoonotic coronaviruses-from SARS and MERS to 2019-nCoV. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. **2020**;53(3):365.
9. **Tang X, Wu C, Li X, Song Y, Yao X, et al.** On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2. *National Science Review*. **2020**;7(6):1012-1023.
10. **Rauf A, Abu-Izneid T, Olatunde A, Khalil AA, Alhumaydhi FA, et al.** COVID-19 pandemic: epidemiology, etiology, conventional and non-conventional therapies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2020**;17(21):8155.
11. **Yang P, Wang X.** COVID-19: a new challenge for human beings. *Cellular & Molecular Immunology*. **2020**;17(5):555-557.

12. **Xu J, Ma X-P, Bai L, Wang M, Deng W, Ning NJM.** A systematic review of etiology, epidemiology, clinical manifestations, image findings, and medication of 2019 Corona Virus Disease-19 in Wuhan, China. *Medicine*. **2020**;99(42).
13. **Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J.** Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from China. *Journal of Infection*. **2020**;81(1):1-9.
14. **Hassan SA, Sheikh FN, Jamal S, Ezech JK, Akhtar A.** Coronavirus (COVID-19): a review of clinical features, diagnosis, and treatment. *Cureus*. **2020**;12(3).
15. **İlker Ü, Gereklioğlu Ç, Bozdemir N.** Dünyada ve Türkiye'de COVID-19: Epidemiyolojik Veriler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. **2020**;29(Özel Sayı):2-10.
16. **Zhai P, Ding Y, Wu X, Long J, Zhong Y, Li Y.** The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents*. **2020**;55(5):105955.
17. **Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, et al.** Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Journal of the American Medical Association*. **2020**;323(14):1406-1407.
18. **Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, et al.** The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. **2020**;39(6):1011-1019.
19. **Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J.** The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*. **2020**.
20. **Tang B, Bragazzi NL, Li Q, Tang S, Xiao Y, Wu J.** An updated estimation of the risk of transmission of the novel coronavirus (2019-nCov). *Infectious Disease Modelling*. **2020**;5:248-255.
21. **Choi S-H, Kim HW, Kang J-M, Kim DH, Cho EY.** Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clinical and Experimental Pediatrics*. **2020**;63(4):125.
22. **Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KKW, Chu H, et al.** A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. **2020**;395(10223):514-523.
23. **Khan EA.** COVID-19 in children: Epidemiology, presentation, diagnosis and management. **2020**;70(5):S108-S112.

24. **Hughes BL, Miller E.** Coronavirus (COVID-19) and Pregnancy: What Maternal-Fetal Medicine Subspecialists Need to Know 7.23. 20 (this is an update of the draft originally posted on 6.26. 2020). *The Society for Maternal-Fetal Medicine*. **2020**.
25. **Brandt JS, Hill J, Reddy A, Schuster M, Patrick HS, et al.** Epidemiology of coronavirus disease 2019 in pregnancy: risk factors and associations with adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. **2021**;224(4):389. e381-389. e389.
26. **Tekin N, Oğuz VA.** Yaşlılarda ve kronik hastalığı olanlarda COVID-19 enfeksiyonu. *Set T, editör. Aile Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. 1. Baskı. p.40-8. 2020*.
27. **Liu K, Chen Y, Lin R, Han K.** Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection*. **2020**;80(6):e14-e18.
28. **Wan S, Xiang Y, Fang W, Zheng Y, Li B , et al.** Clinical features and treatment of COVID- 19 patients in northeast Chongqing. *Journal of Medical Virology*. **2020**;92(7):797-806.
29. **Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T.** The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. **2020**;163(1):3-11.
30. **Wang Y, Wang Y, Chen Y, Qin Q.** Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID- 19) implicate special control measures. *Journal of Medical Virology*. **2020**;92(6):568-576.
31. **Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn S, Di Napoli R.** Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). *NCBI Bookshelf*. **2021**.
32. **Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Buono RD, et al.** COVID- 19 diagnosis and management: a comprehensive review. *Journal of Internal Medicine*. **2020**;288(2):192-206.
33. **Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, et al.** SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *The New England Journal of Medicine*. **2020**;382(12):1177-1179.
34. **Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, et al.** Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerging Microbes & Infections*. **2020**;9(1):386-389.

35. **Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, et al.** Correlation of chest CT and RT-PCR testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*. **2020**;296(2):E32-E40.
36. **Rajnik M, Cascella M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R.** *Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)*: Uniformed Services University Of The Health Sciences; StatPearls Publishing. **2021**.
37. **Kanne J, Little B, Chung J, Elicker B, Ketai L.** Essentials for radiologists on covid-19: an update—radiology scientific expert panel. *Radiology*. [Europe PMC free article][Abstract][Google Scholar]. **2020**.
38. **Huang Y, Wang S, Liu Y, Zhang Y, Zheng C, et al.** A preliminary study on the ultrasonic manifestations of peripulmonary lesions of non-critical novel coronavirus pneumonia (COVID-19). **2020**.
39. **Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, R Villamizar-Peña, Y Holguin-Rivera , et al.** Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*. **2020**;34:101623.
40. **Huang I, Pranata R.** Lymphopenia in severe coronavirus disease-2019 (COVID-19): systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care*. **2020**;8:1-10.
41. **Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J.** Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med*. **2020**;46(5):846-848.
42. **Huang I, Pranata R, Lim MA, Oehadian A, Alisjahbana B.** C-reactive protein, procalcitonin, D-dimer, and ferritin in severe coronavirus disease-2019: a meta-analysis. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*. **2020**;14:1753466620937175.
43. **Lippi G, Plebani M, Henry BM.** Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a meta-analysis. *Clinica Chimica Acta*. **2020**;506:145-148.
44. **Coopersmith CM, Antonelli M, Bauer SR, Deutschman CS, Evans LE , et al.** The surviving sepsis campaign: research priorities for coronavirus disease 2019 in critical illness. *Critical Care Medicine*. **2021**;49(4):598-622.
45. **Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C.** Mild or Moderate Covid-19. *The New England journal of medicine*. Oct 29 **2020**;383(18):1757-1766.

46. **Horby P, Mafham M, Linsell L, Bell JL, Staplin N, et al.** Effect of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. *The New England journal of medicine*. Nov 19 2020;383(21):2030-2040.
47. **Dabbous HM, Abd-Elsalam S, El-Sayed MH, Sherief AF, Ebeid FFS , et al.** Efficacy of favipiravir in COVID-19 treatment: a multi-center randomized study. *Archives of Virology*. 2021;166(3):949-954.
48. **Hassanipour S, Arab-Zozani M, Amani B, Heidarzad F, Fathalipour M, Martinez-de-Hoyo R.** The efficacy and safety of Favipiravir in treatment of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Scientific Reports*. 2021;11(1):1-11.
49. **Fischer WA, Eron JJ, Holman W, Cohen MS, Fang L, et al.** Molnupiravir, an oral antiviral treatment for COVID-19. *medRxiv*. 2021.
50. **Singh AK, Singh A, Singh R, Misra A. JD, Research MSC, Reviews.** Molnupiravir in COVID-19: a systematic review of literature. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2021;15(6):102329.
51. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi. 2021; <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40719/0/covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavipdf.pdf>. Accessed June 19, 2021.
52. **Oronsky B, Larson C, Hammond TC, Oronsky A, Kesari S, et al.** A review of persistent post-COVID syndrome (PPCS). *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2021:1-9.
53. **Kamal M, Abo Omirah M, Hussein A, Saeed H.** Assessment and characterisation of post-COVID- 19 manifestations. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(3):e13746.
54. **Pradhan D, Biswasroy P, Naik PK, Ghosh G, Rath G.** A review of current interventions for COVID-19 prevention. *Archives of Medical Research*. 2020;51(5):363-374.
55. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi. 2021; <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40340/0/covid-19salginyonetimivecalismarehberipdf.pdf>. Accessed June 19, 2021.
56. **World Health Organization.** COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated. 2021; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>, Accessed June 23, 2021.

57. **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu **2021**; <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>. Accessed June 23, 2021.
58. **Freudenberger HJ.** Staff burn- out. *Journal of Social Issues.* **1974**;30(1):159-165.
59. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** *Maslach burnout inventory*: Scarecrow Education; Consulting Psychologists Press. **1997**.
60. **Maslach C, Jackson SE.** The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* **1981**;2(2):99-113.
61. **Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.** Job burnout. *Annual Review of Psychology.* **2001**;52(1):397-422.
62. **Lee RT, Ashforth BE.** On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology.* **1990**;75(6):743.
63. **Wright TA, Bonett DG..** The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behaviour.* **1997**;18(5):491-499.
64. **Maslach C, Leiter MP.** Health qowlcpio. Burnout. **2006**;37:42-49.
65. **Brewer EW, Shapard L.** Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review.* **2004**;3(2):102-123.
66. **Purvanova RK, Muros JP.** Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior.* **2010**;77(2):168-185.
67. **Ortega E, Ramirez-Baena L, la Fuente-Solana D, Vargas C, et al.** Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* **2018**;15(10):2102.
68. **Rashkovits S, Livne Y.** Sciences B. The effect of education level on psychological empowerment and burnout-The mediating role of workplace learning behaviors. *International Journal of Psychological and Behavioral Sciences.* **2013**;7(6):1896-1901.
69. **Ghorpade J, Lackritz J, Singh G.** Burnout and personality: Evidence from academia. *Journal of Career Assesment.* **2007**;15(2):240-256.

70. **Çam O.** The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*. **2001**;38(2):201-207.
71. **Leiter MP, Maslach C.** Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*. **1999**;472-489.
72. **Ardıç K, Polatci S.** Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **2008**;10(2):69-96.
73. **Dolgun U.** Bursa. Tükenmişlik sendromu. *Ekin Basım Yayın Dağıtım*. **2012**.
74. **Arı GS, Bal EÇ.** Tükenmişlik kavramı: Birey ve Örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*. **2008**;15(1):131-148.
75. **Işıkkhan V.** Çalışanlarda tükenmişlik sendromu. **2016**.
76. **Jenaro C, Flores N, Arias B.** Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*. **2007**;38(1):80.
77. **Doolittle BR, Windish DM, Seelig CB.** Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of Graduate Medical Education*. **2013**;5(2):257-261.
78. **Ayduğ Ç, Ünsar AS.** Örgütsel tükenmişlik. *Negatif Yönlü Örgütsel Davranış-Işıl USTA KARA-Serol KARALAR* **2021**:237.
79. **Schulz R, Greenley JR, Brown R.** Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*. **1995**:333-345.
80. **Kumar S.** Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. Paper presented at: Healthcare. *Healthcare*. **2016**. 4-37.
81. **Bria M, Baban A, Dumitrascu DL.** An Interdisciplinary Journal. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior*. **2012**;16(3):423-452.
82. **Reith TP. JC** Burnout in United States healthcare professionals: a narrative review. *Cureus*. **2018**;10(12).

83. **Chemali Z, Ezzeddine F, Gelaye B, Dossett ML, Salameh J, et al.** Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*. **2019**;19(1):1-21.
84. **Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C , et al.** Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. **2018**;320(11):1131-1150.
85. **Shanafelt TD, Sinsky C, Dyrbye LN, Trockel M, West CP.** Burnout among physicians compared with individuals with a professional or doctoral degree in a field outside of medicine. Paper presented at: *Mayo Clinic Proceedings*. **2019**; 94(3):544-554.
86. **Hacer TY, Ali A.** JJof, medicine l. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. **2020**;69:101874.
87. **MacKinnon M, Murray S.** JAP. Reframing physician burnout as an organizational problem: a novel pragmatic approach to physician burnout. *Academic Psychiatry*. **2018**;42(1):123-128.
88. **Bogiatzaki V, Frengidou E, Savakis E, Trigoni M, Galanis P, Anagnostopoulos F.** Empathy and burnout of healthcare professionals in public hospitals of Greece. *International Journal of Caring Sciences*. **2019**;12:611.
89. **Çakir Ö, Tanğ Y.** Türkiye’de sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu: bir meta analiz çalışması. *The Journal of Industrial Relations & Human Resources*. **2018**;20(4).
90. **Cagan O, Gunay O.** The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. **2015**;31(3):543.
91. **Ceylan A, Benli AR, Soysal B, Özer E, Güden E, Sarıkahya SD.** Kayseri ilinde aile sağlığı birimi çalışanlarında memnuniyet ve tükenmişlik düzeyi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. **2020**;24(2):95-106.
92. **Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A.** Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. **2014**;18 (2): 121-132
93. **Sung C-W, Chen C-H, Fan C-Y, Su F-Y, Chang J-H, et al.** Burnout in medical staffs during a coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *The Lancet*. **2020**.

94. **Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A.** Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. **2021**:1-8.
95. **Dimitriu MC, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, et al.** Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*. **2020**;144:109972.
96. **Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, et al.** A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*. **2020**;60(1):e60-e65.
97. **Dinibutun SR.** Factors associated with burnout among physicians: an evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*. **2020**;12:85.
98. **Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y , et al.** Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *Journal of the American Medical Association*. **2020**;3(8):e2017271-e2017271.
99. **Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. JTAoFM.** Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *The Annals of Family Medicine*. **2020**;18(4):349-354.
100. **Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear- Smith F, Phillips Jr R, et al.** COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*. **2020**;4(4).
101. **Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Yamamoto HQ, et al.** Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*. **2020**;26(1):129-133.
102. **Alexander GC, Tajanlangit M, Heyward J, Mansour O, Qato DM, Stafford RS. JJno.** Use and content of primary care office-based vs telemedicine care visits during the COVID-19 pandemic in the US. *Journal of the American Medical Association*. **2020**;3(10):e2021476-e2021476.
103. **Allen JBG, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P.** The European definition of general practice / family medicine **2011**; <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Accessed January 19, 2022.
104. **Özer ZY, Gereklioglu Ç, Kurdak H, Özcan S.** *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Turkey Perspective*. Turkey: Hipokrat; **2020**.

105. **Ergin C.** JTPDY. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. **1992**;22(25).
106. **Çam O.** Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı **1992**;1992:155-156.
107. **IBM SPSS Statistics for Windows IBM Corp. Released 2011.** [computer program]. Version Version 20.0 Armonk. NY: IBM Corp.**2011**.
108. **Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M.** Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. **2007**;6(5):357-363.
109. **Elbi H, Balcı UG, Nazik F, Korkmaz H, Öngel K.** Afyonkarahisar İlinde Aile Hekimliği Sistemindeki Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri Burnout Levels of Health Workers in Family Medicine System in Afyonkarahisar City. *Smyrna Tıp Dergisi* ;**2014**.
110. **Tekir Ö, Çevik C, Selma A, ÇETİN G.** Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **2016**;18(2):51-63.
111. **Tok Ş, Şerik B, EKERBİÇER HÇ, Erdoğan N, İnci MB, et al.** Sakarya’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. **2017**;7(1):1-1.
112. **Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E.** Aile hekimlerinde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. **2021**;15(2):348-356.
113. **Akyüz KF.** Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemi Sürecindeki Psikososyal Uyumları: Asistan Doktorlar, Hemşireler ve Hasta Bakıcıların Ekstra İlgiye İhtiyacı Var. **2021**.
114. **Esen AD, Mercan GN, Kaçar E.** Aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik sendromu ve iş doyumu düzeyleri. *Anatol Journal of Family Medicine*. **2018**.
115. **Sivrikaya SK, Erişen M.** JAHvSBD. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2019**;22(2):121-129.
116. **Liu X, Chen J, Wang D, Li , Wang E, et al.** COVID-19 outbreak can change the job burnout in health care professionals. *Frontiers in Psychiatry*. **2020**;11:1362.

117. **Arpacioğlu S, Baltalı Z, Ünibol B.** COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*. **2021**;46(1):88-100.
118. **Xu W, Pan Z, Li Z, Lu S, Zhang L.** Job burnout among primary healthcare workers in rural China: a multilevel analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2020**;17(3):727.
119. **Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztıp I, Yılmaz U.** Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *JPOJotP, Social, Cancer BDo*. **2009**;18(5):543-548.
120. **Iglesias MEL, de Bengoa Vallejo RB, Fuentes PS.** The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. **2010**;47(1):30-37.
121. **Pavelková H, Bužgová R.** Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **2015**;6(1):218-223.
122. **Yakut Hİ, Kapisız SG, Durutuna S, Evran A.** Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*. **2013**;10(38):1564-1571.
123. **Ramírez MR, Otero P, Blanco V, Ontaneda MP, Díaz O, Vázquez FL.** Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Comprehensive Psychiatry*. **2018**;82:73-83.
124. **Yamin R, Wahyu A, Ishak H, Salmah U, Patittingi F.** Effect of BMI, workload, work fatigue, and complaints of musculoskeletal disorders on nurse performance in Sawerigading Hospital Palopo. *Enfermeria Clinica*. **2020**;30:403-406.
125. **Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, Sakurai M, Ishizaki M , et al.** Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *Journal of Occupational Health*. **2009**;0902030056-0902030056.
126. **Şeyhmus T, Goklu MR.** Koronavirüs Hastalığı 2019 (Covid-19) Pandemisi ile Karşı Karşıya Kalan Sağlık Çalışanları Arasında Tükenmişlik Sendromu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **2021**; 18(3):375-383.
127. **Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometa E, Kalimo R, et al.** The association between burnout and physical illness in the general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*. **2006**;61(1):59-66.

128. **Uzun LN, Mayda AS.** JK MJ. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Tıp Dergisi.* **2020**;12(1):137-143.
129. **Armon G, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I.** Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychology.* **2014**;33(3):264.
130. **Çelmeçe N, Menekay M.** The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Frontiers in Psychology.* **2020**;3329.
131. **Öztürk Z, Çelik G, Ezgi Ö.** Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.* **2020**;6(2):328-349.
132. **Durmuş M, Gerçek A, Çiftçi N.** Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* **2018**;6(2):279-286.
133. **Altay B, Gönener D, Demirkiran C.** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi.* **2010**;15(1):10-16.
134. **Yılmaz A.** Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* **2018**;7(5):952.
135. **Erdoğan P.** İş tatmini ile tükenmişlik ilişkisi: Bir meta-analiz çalışması. *Business & Management Studies: An International Journal.* **2021**;9(2):405-425.
136. **Bahadırli S, Sagaltici E.** Burnout, job satisfaction, and psychological symptoms among emergency physicians during COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* **2021**;83(25.1):20.28-29.29.
137. **Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, et al.** The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care—A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management.* **2020**;28(8):2185-2195.
138. **Macía-Rodríguez C, Iglesias DM, Diaz JM, Sánchez MA, Llauredó GO, et al.** Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. *Revista Clínica Española.* **2020**;220(6):331-338.

139. **Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H.** Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science.* **2020**;18.
140. **Rashid S.** JAoP-SZABMU. Burnout in Health Professionals in Context of Covid-19 Pandemic. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences.* **2021**;17(2):108-113.
141. **Binub K.** Burnout among health professionals in a tertiary medical college of northern Kerala, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health.* **2019**.
142. **Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AaB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, et al.** Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health.* **2021**;21(1):1-18.
143. **Alanazi KH, bin Saleh GM, AlEidi SM, AlHarbi MA, Hathout HM.** Prevalence and risk factors of burnout among healthcare professionals during COVID-19 Pandemic-Saudi Arabia. *American Journal of Public Health Research.* **2021**;9:18-27.
144. **Aranda-Reneo I, Pedraz-Marcos A, Pulido-Fuentes M.** Management of burnout among the staff of primary care centres in Spain during the pandemic caused by the SARS-CoV-2. *Human Resources for Health.* **2021**;19(1):1-10.
145. **Güre MDP, Karataş M, Özdemir HF, Duyan V.** Fear of COVID- 19 among healthcare workers in filiation teams: predictive role of sociodemographic, organizational and resilience factors. *Cukurova Medical Journal.* **2021**;46(4):1459-1467.
146. **Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, et al.** Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE.* **2020**;15(9):e0238217.
147. **Minamizono S, Nomura K, Inoue Y, Hiraike H, Tsuchiya A, et al.** Gender division of labor, burnout, and intention to leave work among young female nurses in Japan: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* **2019**;16(12):2201.
148. **Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK.** Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Network Open.* **2021**;4(2):e2036469-e2036469.
149. **Said RM, El-Shafei DA.** Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research.* **2021**;28(7):8791-8801.

150. **Lou NM, Montreuil T, Feldman LS, Fried GM, Lavoie-Tremblay M, et al.** Nurses' and physicians' distress, burnout, and coping strategies during COVID-19: stress and impact on perceived performance and intentions to quit. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2022.
151. **Fabio P, Stefania S, Elisabetta T, Thi TCN, Iolanda G.** JABMAP. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomedica*. 2019;90(1):24.
152. **Ilic I, Zivanovic Macuzic I, Kocic S, Ilic M.** JPo. High risk of burnout in medical students in Serbia, by gender: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2021;16(8):e0256446.
153. **Merlo G, Rippe J.** Physician burnout: a lifestyle medicine perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021;15(2):148-157.
154. **Cecil J, McHale C, Hart J, Laidlaw A.** Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*. 2014;19(1):25209.
155. **Clevenger SF.** Mental health effects of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *OBM Integrative and Complementary Medicine*. 2021;6(1):1-1.
156. **Trockel MT, Menon NK, Rowe SG, Stewart MT, Smith R, et al.** Assessment of physician sleep and wellness, burnout, and clinically significant medical errors. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2028111-e2028111.
157. **Chokri A, Brouki Y, Elourdi A, Barkaoui M, Elgot A, Ouzir M.** Burnout among healthcare professionals in Morocco: impact of physical activity and work-related factors during COVID-19. *Annals of Clinical and Analytical Medicine* 2021
158. **Uhlig-Reche H, Larson AR, Silver JK, Tenforde A, McQueen A, Verduzco-Gutierrez M.** Investigation of Health Behavior on Burnout Scores in Women Physicians who Self-Identify as Runners: A Cross-Sectional Survey Study. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2021:15598276211042573.
159. **Vidhukumar K, Hamza M.** Prevalence and correlates of burnout among undergraduate medical students-a cross-sectional survey. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(2):122-127.
160. **Naldi A, Vallelonga F, Di Liberto A, Cavallo R, Agnesone M, et al.** COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: Prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open*. 2021;7(1).

161. **Huang HL, Chen RC, Teo I, Chaudhry I, Heng AL, et al.** A survey of anxiety and burnout in the radiology workforce of a tertiary hospital during the COVID- 19 pandemic. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*. **2021**;65(2):139-145.
162. **Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, Strickland JR, McAlister RP, Duncan J.** Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS ONE*. **2020**;15(8):e0237301.
163. **Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, et al.** Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*. **2020**;26:e924171-924171.
164. **Ofei-Dodoo S, Loo-Gross C, Kellerman R. JtJotABoFM.** Burnout, depression, anxiety, and stress among family physicians in Kansas responding to the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Board of Family Medicine*. **2021**;34(3):522-530.
165. **Sayilan AA, Kulakaç N, Uzun S.** Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in Psychiatric Care*. **2020**;57(3):1231-1236.
166. **Hoşgör DG, Tanyel TÇ, Saadet C, Demirsoy SB.** COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. **2021**;8(2):372-386.
167. **Orrù G, Marzetti F, Conversano C, Vagheggini G, Miccoli M, et al.** Secondary traumatic stress and burnout in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2021**;18(1):337.
168. **Martínez-López JÁ, Lázaro-Pérez C, Gómez-Galán J, Fernández-Martínez MdM.** Psychological impact of COVID-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*. **2020**;9(9):3029.
169. **Murat M, Köse S, Savaşer S.** Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID- 19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*. **2021**;30(2):533-543.
170. **Torrente M, Sousa PA, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, et al.** To burn-out or not to burn-out: A cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. **2021**;11(2):e044945.

171. **Atilla EA, Karakaya A.** Covid-19 Pandemi Döneminin Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **2021**;23(3):653-680.
172. **Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, Poplau S, Goelz E, et al.** Prevalence and correlates of stress and burnout among US healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine*. **2021**;35:100879.
173. **Tuna T, Özdin S.** Levels and Predictors of Anxiety, Depression, and Burnout Syndrome in Physicians During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. **2021**;19(6):2470-2483.
174. **Özbezek BD, Paksoy HM, Çopuroğlu F.** Covid-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarının tükenmişlik düzeyine etkisi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. **2021**(11):413-434.
175. **Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D.** Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID- 19 pandemic: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Advanced Nursing*. **2021**;77(8):3286-3302.

8. EKLER

8.1. Ek.1. Aydınlatılmış Onam Formu

ADANA İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE TÜKENMİŞLİK DURUMLARININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Günümüzde devam etmekte olan COVID-19 pandemisi ile mücadelede birinci basamak sağlık çalışanları en ön safhada görev almaktadır. Bu yoğun ve zorlu süreç bir takım psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda pandemi sürecinde birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Anketimize katılarak ve hazırladığımız soruları içtenlikle cevaplayarak çalışmamızın güçlenmesine katkı sağlamış olacaksınız.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araş. Gör. Dr. Mehmet Şimşek
Doç. Dr. Çiğdem Gereklioğlu

**SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ
RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.
TARİH**

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

8.2. Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

() Erkek

() Kadın

3. Boyunuz :

Kilonuz:.....

4. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

() Hayır

() Evet

5. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

() Hayır

() Evet

6. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

(1 ile 10 arası puanlama yapabilirsiniz)

7. Medeni durumunuz nedir?

() Evli

() Bekar

() Boşanmış

() Eşi

vefat etmiş

8. Çocuğunuz var mı? Varsa sayı belirtiniz.

() Hayır

() Evet

9. Mesleğiniz nedir?

() Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi

() Genel pratisyen

() Aile

hekimliği uzmanı

() Ebe

() Hemşire

()

ATT

10. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

() Hayır

() Evet

11. Mesleki deneyim süreniz yıl olarak nedir?

() 0-5

() 6-10

() 11-15

() 16-25

() > 25

12. Mesleğiniz sizi duygusal olarak tatmin ediyor mu?

() Hiç tatmin etmiyor

() Çok az tatmin ediyor

() Orta

düzeyde tatmin ediyor

() Yeterli düzeyde tatmin ediyor

() Çok yeterli düzeyde tatmin

ediyor

13. Mesleğiniz sizi maddi olarak tatmin ediyor mu?

() Hiç tatmin etmiyor

() Çok az tatmin ediyor

() Orta

düzeyde tatmin ediyor

() Yeterli düzeyde tatmin ediyor

() Çok yeterli düzeyde tatmin

ediyor

14. Sizce işyerinizdeki fiziki koşullar yeterli midir?

- ☐ Yetersiz ☐ Çok az yeterli ☐ Orta düzeyde yeterli
☐ Yeterli ☐ Çok yeterli

15. Covid-19 pandemisi sürecinde haftalık ortalama çalışma saatiniz nedir?

- ☐ 30 saatten az ☐ 30-40 saat ☐ 40-50 saat ☐ 50 saatten fazla

16. Çalışma saatleriniz içinde dinlenme için ayırabildiğiniz zaman yeterli midir?

- ☐ Yetersiz ☐ Çok az yeterli ☐ Orta düzeyde yeterli
☐ Yeterli ☐ Çok yeterli

17. Nöbet tutuyor musunuz?

- ☐ Hayır
☐ Evet Haftada Saat

18. COVID-19 pandemisi çalışma koşullarınızda değişiklik yapılmasına neden oldu mu?

- ☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sıklıkla ☐ Çok fazla

19. Filyasyon çalışmalarında görev aldınız mı?

- ☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sıklıkla ☐ Çok fazla

20. COVID-19 polikliniğinde çalıştınız mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet

21. COVID-19 servisinde çalıştınız mı?

- ☐ Hayır
☐ Evet

22. Pandemi döneminde işten ayrılmayı düşündünüz mü?

- ☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Sıklıkla ☐ Çok fazla

23. COVID-19 pandemisi kariyer planlarınızda değişiklik yapmanıza neden oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet

24. COVID-19 pandemisi kişisel planlarınızda değişiklik yapmanıza neden oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet

25. Sigara içiyor musunuz? Evet ise günlük adet yazınız.

- ☐ Hayır
☐ Evet adet/günyıl
Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

26. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evetkadeh/hafta

Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

27. Dengeli ve yeterli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

☐ Kararsızım

Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

28. Uyku problemleri yaşıyor musunuz?

☐ Asla

☐ Nadiren

☐ Ara sıra

☐ Sıklıkla

☐ Çok fazla

Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

29. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?

☐ Asla

☐ Nadiren

☐ Ara sıra

☐ Sıklıkla

☐ Çok fazla

Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

30. Sosyal faaliyetlere ve hobilerinize yeterli vakit ayırabiliyor musunuz?

☐ Asla

☐ Nadiren

☐ Ara sıra

☐ Sıklıkla

☐ Çok fazla

Pandemi öncesine göre ☐ değişmedi ☐ azaldı ☐ arttı

31. Kiminle yaşıyorsunuz?

☐ Ailemle

☐ Arkadaşlarımla

☐ Yalnız

32. Kendinize ve ailenize yeterince vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

33. Beraber yaşadığınız ailenizde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan kimse var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

34. COVID-19 ile enfekte olmaktan endişe duyuyor musunuz?

☐ Hiç endişe duymuyorum

☐ Biraz endişe duyuyorum

☐ Orta düzeyde endişe duyuyorum

☐ Oldukça fazla endişe duyuyorum

☐ Aşırı endişe duyuyorum

35. Aile bireylerinizin COVID-19 ile enfekte olmasından endişe duyuyor musunuz ?

☐ Hiç endişe duymuyorum

☐ Biraz endişe duyuyorum

☐ Orta düzeyde endişe duyuyorum

☐ Oldukça fazla endişe duyuyorum

☐ Aşırı endişe duyuyorum

36. Aile bireylerinizi COVID-19 ile enfekte etme endişesiyle konaklama tercihinizde değişiklik yaptınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet

37. Yakınlarınızdan COVID-19 testi (+) çıkanlar oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet
☐ Evde tedavi oldular
☐ Hastaneye yatış gerekti

38. Yakınlarınızdan COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet

39. COVID-19 testi (+) hastayla temasınız oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet

40. Şüpheli vaka ile yakın temas gerektiğinde uygun koruyucu ekipman kullanabildiniz mi?

- ☐ Hayır ☐ Evet

41. İzole edilme gerekliliğiniz oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet

42. COVID-19 testi yaptıрма gerekliliğiniz oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet
☐ Negatif çıktı
☐ Pozitif çıktı

43. Bu salgının uzun süre devam etmesinden endişe duyuyor musunuz?

- ☐ Hiç endişe duymuyorum ☐ Biraz endişe duyuyorum
☐ Orta düzeyde endişe duyuyorum ☐ Oldukça fazla endişe duyuyorum
☐ Aşırı endişe duyuyorum

44. Pandemi öncesine göre stres seviyenizin arttığını düşünüyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet
☐ Çok az ☐ Biraz ☐ Çok fazla ☐ Aşırı derecede fazla

45. Pandemi öncesi dönemi özlediğinizi düşünüyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet
☐ Çok az ☐ Biraz ☐ Çok fazla ☐ Aşırı derecede fazla

46. Pandemi döneminde psikiyatrik destek alma ihtiyacı hissettiniz mi?

- ☐ Hayır ☐ Evet

47. Pandemi döneminde görevinizi icra ettiğiniz sırada çevrenizden yeterli destek gördüğünüzü düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiç düşünmüyorum ☐ Biraz düşünüyorum ☐ Orta düzeyde düşünüyorum
☐ Yeterli düzeyde düşünüyorum ☐ Çok düşünüyorum

8.3. Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi belirtiniz.	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.	0	1	2	3	4
4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.	0	1	2	3	4
5. Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
6. Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.	0	1	2	3	4
7. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.	0	1	2	3	4
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.	0	1	2	3	4
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
10. Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.	0	1	2	3	4
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.	0	1	2	3	4
13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.	0	1	2	3	4
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
15. Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.	0	1	2	3	4
16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.	0	1	2	3	4
17. Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
18. Hastalarım ile yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	0	1	2	3	4
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.	0	1	2	3	4
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	0	1	2	3	4
21. İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	0	1	2	3	4
22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.	0	1	2	3	4