



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI İLE ANKSİYETE, DEPRESYON VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

GÜLİSTAN ÜLKEM ARYA DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Efe Onganer

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mesut Çimen

İSTANBUL-2022



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI İLE ANKSİYETE, DEPRESYON
VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

GÜLİSTAN ÜLKEM ARYA DOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Efe Onganer

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Mesut Çimen

İSTANBUL-2022

Anabilim Dalı:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi

Program:

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans

Tez Başlığı:

COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının
Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete,
Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki
İlişki

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Gülistan Ülkem Arya Doğan

Savunma Sınavı Tarihi:

/ /

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Bir öge seçin. tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Jüri Başkanı)

Ünvanı, Adı-Soyadı

İmza

Kurumu

Üye (Tez Danışmanı)

Ünvanı, Adı-Soyadı

İmza

Kurumu

Üye

Ünvanı, Adı-Soyadı

İmza

Kurumu

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

6 Haziran 2022

Gülistan Ülkem Arya Doğan

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tez yazım ve yönetim sürecim boyunca benden desteklerini esirgemeyen, her zaman tecrübe ve bilgileriyle yanımda olan tez danışmanlarım Dr. Öğretim Üyesi Efe Onganer ve Prof. Dr. Mesut Çimen'e öncelikle teşekkür ederim. Kariyer ve eğitim basamaklarını birlikte tırmanırken ikisi arasında denge kurabilmemi ve daima ileriye bakabilmemi sağlayan değerli yöneticilerim Prof. Dr. Ahmet Şahin ve Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroglu'na verdikleri desteklerden ötürü teşekkürü borç bilirim. Hayattaki vizyon ve misyonlarımı belirlerken fikirlerimi tartışmam konusunda beni cesaretlendiren ve yaşadıklarım ile inandıklarım arasında mutlak bir uyum olmasını sağlayan değerli yoga eğitmenlerim Nazmi Gür ve Nazlı Turgut'a varlıklarından dolayı teşekkür ederim. Pandemi, iş hayatı ve yüksek lisans programının iç içe geçmesi sebebiyle zorlaşan hayatımda bana yol arkadaşlığı yapan Batuhan Gökdeniz'e, müthiş dostluklarıyla her daim yanımda olan Tuğçe Ölmez, Dr. Korhan Zakiroğlu ve Uzm. Psk. Cansu Zakiroğlu'na ve ayrıca her akşam eve geldiğimde varlıkları ve sonsuz sevgileriyle kalbimi ısıtan kedilerime teşekkür ederim.

Son olarak, tüm eğitim hayatım boyunca aldığım her kararın arkasında benimle beraber duran ve bugünlere gelmemde bana her türlü desteği karşılıksız veren biricik ailem, annem Hasibe Yüce'ye, babam Şükrü Doğan'a ve canım kardeşlerime varlıklarından ötürü sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 COVID-19 Hastalığı	5
2.1.1 COVID-19 hastalığının tarihçesi.....	5
2.1.2 COVID-19 hastalığının kliniği.....	5
2.1.3 COVID-19 hastalığına karşı korunma tedbirleri ve aşılama	7
2.2 Psikolojik Dayanıklılık / Sağlamlık.....	9
2.2.1 Psikolojik dayanıklılığın tanımı.....	9
2.2.2 Psikolojik dayanıklılığı/ sağlamlığı artırma yöntemleri.....	10
2.2.2.1 Meditasyon çalışmaları	10
2.2.2.2 Dr. Reich'in 3C ilkesi	11
2.3 Anksiyete (Kaygı)	12
2.3.1 Anksiyete (kaygı) tanımı ve belirtileri	12
2.3.2 Anksiyete (kaygı) bozuklukları türleri	13
2.3.3 Anksiyete (kaygı) ile başa çıkma yöntemleri.....	14
2.4 Depresyon	17
2.4.1 Depresyon tanımı ve belirtileri.....	17
2.4.2 Depresyon bozuklukları türleri.....	18
2.4.3 Depresyon ile başa çıkma yöntemleri	18
2.5 Tükenmişlik Sendromu	19
2.5.1 Tükenmişlik kavramı	19
2.5.2 Tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri	20
3 GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1 Ölçekler.....	23
3.1.1 Kısa psikolojik dayanıklılık / sağlamlık ölçeği.....	23
3.1.2 Beck anksiyete ölçeği	23
3.1.3 Beck depresyon ölçeği.....	24

3.1.4 Maslach tükenmişlik ölçeği.....	24
3.2 İstatistiksel Analiz.....	25
3.3 Sınırlılıklar	25
4 BULGULAR	27
5 TARTIŞMA.....	38
5.1 Pandeminin Genel Popülasyon Üzerindeki Etkileri.....	38
5.2 Pandeminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri	39
5.2.1 Psikolojik dayanıklılık.....	41
5.2.2 Anksiyete	43
5.2.3 Depresyon	46
5.2.4 Tükenmişlik.....	49
5.3 Psikolojik Dayanıklılık, Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik İlişkileri ..	52
6 SONUÇ	55
7 KAYNAKLAR.....	58
8 EKLER	67
EK 1. Etik Kurul Onayı.....	67
EK 2. Anket Formu.....	69
9 ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

3C	Dr. Reich'in kontrol, bağlam ve bağlanmışlık ilkeleri
ACC	Anterior singulat korteks
BT	Bilgisayarlı tomografi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COVID-19	Yeni Koronavirüs hastalığı
DSM III-R	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised Edition
DSM-III	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition
DSM-V	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı 5.baskı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektro Konvulsif Tedavi
FDA	Food and Drug Administration
MRI	Manyetik rezonans görüntüleme
RT-PCR	Revers Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu
USG	Ultrason
WHO	World Health Organization

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yeni Betacoronavirus türlerinin genomları ile diğer Orthocoronavirinae genomları arasındaki filogenetik ilişkiler..... 6



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik ve Bazı Bilgilerin Dağılımı (n=519)	27
Tablo 2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	28
Tablo 3. Değişkenlerin Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 4. Değişkenlerin Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 5. Değişkenlerin Katılımcıların Bakmakla Yükümlü Olduğu Herhangi Birinin Varlığına Göre Karşılaştırılması	30
Tablo 6. Değişkenlerin Mesleğe Göre Gruplandırılması	30
Tablo 7. Değişkenlerin Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 8. Değişkenlerin Katılımcıların Doktor Tanısı Konmuş ve/veya Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Herhangi Bir Sağlık Sorununun Varlığına Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 9. Değişkenlerin Katılımcıların Bilgisi Dahilinde COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 10. Değişkenlerin Katılımcıların Pandemi Sürecinde COVID-19 Hastalarıyla Mesleki Olarak Temas Etme Sıklığına Göre Karşılaştırılması	33-34
Tablo 11. Değişkenlerin Katılımcıların Pandemi Sürecinde Nöbet Tutma Durumuna Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar	35
Tablo 13. Psikolojik Sağlamlığın Anksiyeteye Etkisi	36
Tablo 14. Psikolojik Sağlamlığın Depresyona Etkisi	36
Tablo 15. Psikolojik Sağlamlığın Tükenmişliğe Etkisi	37

ÖZET

COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı İle Anksiyete, Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki

COVID-19 hastalığı, hayatı tehdit eden ve hızla yayılan bir salgın olarak önemini korumaktadır. Hastaların bedenlerinde oluşan değişimler, onların ruhsal dengesini ve stres seviyelerini değiştirir. Çeşitli araştırmalarla bulaşıcı hastalıkların pandemilerde, genel nüfusta ve sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin arttığı gösterilmiştir. Bu araştırma, COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığı ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bir anket çalışmasıdır. Anket sosyo-demografik ve mesleki özelliklerle ilişkili sorular, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğini içermektedir. Bu tezde, sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde ne kadar yıprandığının fark edilmesi ve iyileştirme çalışmalarına ışık tutmak hedeflenmiştir. Sonuçlarına göre; psikolojik dayanıklılık ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca, psikolojik sağlamlığın anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Psikolojik dayanıklılık her üç değişkenin bir belirleyicisidir ve anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerindeki değişimlerin sırasıyla %29,2'sinin, %31,1'inin ve %31'inin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Pandemi sırasında sağlık hizmet sunucularının psikolojik dayanıklılığını artırmak salgın yönetimi açısından kritik bir öneme sahiptir. Psikolojik dayanıklılığı artırmak için öncelikle kişisel yaşam tarzı değişiklikleri; yeterli uyku, düzenli egzersiz, doğru ve dengeli beslenme, yoga ve meditasyon gibi gevşeme uygulamaları önerilmektedir. Ayrıca, sağlık otoriteleri tarafından Dr. Reich'in 3C kuralına uygun olarak yapılacak açıklamalar ve verilecek destekler, pandemi sürecinde bireylerin salgınla en iyi şekilde başa çıkmalarını sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Çalışanları, Psikolojik Dayanıklılık, Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik

ABSTRACT

The Relationship Among Psychological Resilience and Anxiety, Depression and Burnout of The Healthcare Workers During The COVID-19 Pandemic

The COVID-19 disease is a life-threatening and rapidly spreading disease. Based on the fact that the physiological changes have a tendency to alter one's mental balance and stress levels, various studies have shown that anxiety, depression and burnout levels increase in both the general population and the healthcare workers during such pandemics of infectious diseases. This research is a survey study conducted to determine the relationship between the psychological resilience and the level of anxiety, depression and burnout of healthcare workers in the COVID-19 pandemic. The questionnaire includes questions related to socio-demographic and occupational characteristics, "Brief Resilience Scale", "Beck Anxiety Scale", "Beck Depression Scale" and "Maslach Burnout Scale". Thus, in this thesis, it is aimed to reveal how much healthcare workers are worn out during a pandemic and to shed light on improvement studies. According to results, there is a statistically significant, moderate negative correlation between psychological resilience and anxiety, depression and burnout. As for the results of regression analysis; it is shown that psychological resilience affects anxiety, depression and burnout levels negatively. Accordingly; psychological resilience is a determinant of all three variables, and it is stated that psychological resilience was responsible for 29.2% of the change in anxiety levels, 31.1% of the change in depression levels and 31% of burnout levels. Enhancing the psychological resilience of healthcare providers during the pandemic is crucial for management. To enhance psychological resilience, first of all, personal lifestyle alterations are recommended; adequate sleep, regular exercise, proper and balanced nutrition, relaxation practices such as yoga and meditation. Additionally, the explanations and support given by the health authorities in accordance with Dr. Reich's 3C rule will ensure that individuals cope with the pandemic in the best way.

Keywords: Healthcare Workers, Psychological Resilience, Anxiety, Depression, Burnout

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyayı etkisi altına alan, insanlarda veya hayvanlarda bulaşıcı enfeksiyonlara ve ölümlere sebep olan salgın hastalıklara pandemi adı verilir. Bir salgın hastalığın pandemi olup olmadığına ancak Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ) karar verebilir. Çin'in Wuhan kentinde, Aralık 2019'da ilk kez tanımlanan yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19), 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından küresel salgın (pandemi) olarak kabul edilmiş olup günümüzde halen hayatı tehdit eden ve hızla yayılan bir salgın olarak önemini korumaktadır.

COVID-19 modern küresel dünya şartlarının da sayesinde hızla tüm ülkelere yayılmış ve tüm dünyada sağlık sistemi üzerinde daha önce eşi benzeri görülmemiş bir yük oluşturmaya başlamıştır. İnsanların günlük yaşam aktivitelerini, alışkanlıklarını, sosyal hayat ve davranışlarını zorunlu olarak değiştirmesine sebebiyet vermiştir. Ayrıca, bulaş riskini en aza indirmek amaçlı gelişen izolasyon ihtiyacının, özellikle sağlık çalışanları olmak üzere, tüm insanlık üzerinde yarattığı psikolojik ve duygusal ağırlık zaman içinde giderek artmış ve bazı bireylerde anksiyete veya depresyon bozukluklarına ve tükenmişlik hissine sebebiyet vermiştir. Dünya çapında milyonlarca insanı etkilemiş olan bu durum, psikolojik ve bedensel semptomların yanı sıra, dolaylı olarak ekonomik ve sosyolojik değişimleri de beraberinde getirmiştir.

Öte yandan, son yıllarda gelişen hasta hakları konusundaki hukuki düzenlemeler, hastaların sözel veya fiziksel şiddete başvurmaları, sağlık hizmeti alanındaki rekabet ve iş yükünün artması, sağlık çalışanları üzerindeki baskı ve beklentiyi artırmıştır. Sağlık hizmetinin doğal akışı olan tanı, tedavi ve takip süreçlerinin gerektirdiği yoğun dikkat ve özen üzerine, virüsün bulaş yollarını engellemek amacıyla kullanılan kişisel koruyucu ekipmanların da eklenmesi, bu süreçleri zorlaştırmış ve iş ortamını daha stresli bir hale getirmiştir. Bütün bu süreçler göz önüne alındığında sağlık hizmet sunucularının çalışma ortamının ve koşullarının zorlaştığı görülmektedir.

Tezin amacı, COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığı ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin

belirlenmesi ve dolayısıyla sağlık çalışanlarının bir pandemi surecinde ne kadar yıprandığını gözler önüne sermek ve iyileştirme çalışmalarına ışık tutmaktır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 COVID-19 Hastalığı

2.1.1 COVID-19 hastalığının tarihçesi

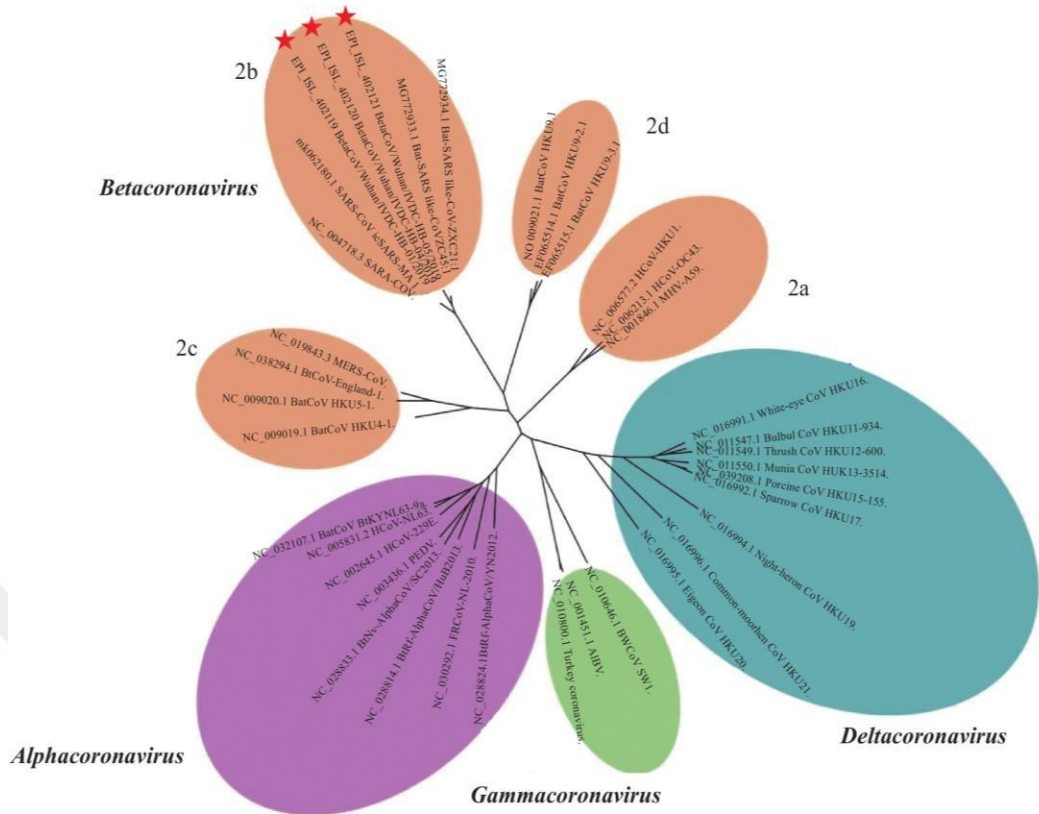
Çin'in Wuhan kentinde, Aralık 2019'da ilk kez tanımlanan yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19), 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel salgın (pandemi) olarak kabul edilmiş olup günümüzde halen hayatı tehdit eden ve hızla yayılan bir salgın olarak önemini korumaktadır. COVID-19 modern global dünya şartlarının da sayesinde hızla tüm ülkelere yayılmış ve tüm dünyada sağlık sistemi üzerinde daha önce eşi benzeri görülmemiş bir yük oluşturmaya başlamıştır.

Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de saptanmıştır (1). 3 Haziran 2022 tarihi itibarı ile Türkiye'de 15.072.747 konfirme vaka ve 98.965 ölüm meydana gelmiş ve iyileşen vaka sayısı 14.971.256'e ulaşmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1 Haziran 2022 tarihli haftalık raporuna göre, (test yapılmış bireyler arasında) COVID-19 pandemisine bağlı dünya genelinde 526.544.503 vaka ve 6.287.797 ölüm görülmüştür (3).

2.1.2 COVID-19 hastalığının kliniği

COVID-19 hastalığından sorumlu patojen, Coronaviridae ailesinden olan, içinde geçtiğimiz yirmi yılda ortaya çıkan SARS-CoV ve MERS-CoV'un da bulunduğu, Betacoronavirus cinsi içindeki Sarbecovirus altcinsinin altında yer alan SARS-CoV-2 virüsüdür (şekil 2) (4).

Hastalığın bulaş şekli esas olarak damlacık yoludur. Bulaş, yeni tip koronavirüsü ile enfekte olan, semptomatik ya da asemptomatik bireylerle, yakın temasta öksürük, hapsirik veya konuşmaya bağlı damlacıklar aracılığı ile gerçekleşmektedir (1,5). Bulaş süresi kesin olarak bilinmemekle beraber semptomların oluşmasından yaklaşık 2 gün önce başlayıp semptomların kaybolmasıyla sona erdiği düşünülmektedir.



Şekil 1. Yeni Betacoronavirus türlerinin genomları ile diğer Orthocoronavirinae genomları arasındaki filogenetik ilişkiler (4)

Hastalık belirtileri arasında boğaz ve göğüs ağrısı, nefes darlığı, ateş, öksürük, halsizlik, kaslarda ve vücutta genel bir ağrı hissi, bağ ağrısı, tat ve koku duyusu kaybı, burun tıkanıklığı veya akıntısı, mide bulantısı, kusma ve ishal yer almaktadır. Belirtilen semptomların bir veya birden fazlasının ısrarlı şekilde görülebildiği COVID-19 vakalarının yalnızca %1-2 kadarı ciddi kardiyovasküler sorunlar ve yüksek kardiyak enzim tablosu, kalpte hücre infiltrasyonu ve kalp iltihabı yaşamakta; virüsün öncelediği organın akciğer olması sebebiyle bronşlarda hiperaktiviteye bağlı hastaların %20-25'inde göğüs darlığı ve öksürük gelişmektedir (6). COVID-19 virüsünün en yaygın semptomları arasında ise yüksek ateş, halsizlik ve kuru öksürük yer almaktadır. Mevsimsel grip ile kıyaslandığında çok daha bulaşıcı ve patojenik olduğu bilinmekte ve tahmini ölüm oranı %0,5 ile %4 arasında değişmektedir (7,8,9).

Hastalığın şiddeti, yaşa ve eşlik eden kronik hastalıkların varlığına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; bağışıklığı AIDS veya başka bir sağlık durumundan ötürü zayıf kişiler, 65 yaş üstü erişkinler, kalp, karaciğer veya böbrek hastalığı olan kişiler, astım hastaları, obez veya diyabet hastalığı olan kişiler yüksek risk grubunda yer almaktadır (10). Türkiye'de beş yoğun bakım ünitesinin gözlemsel bulgularının çalışıldığı özgün bir araştırmada, çalışmaya dahil edilen hastaların mortalite oranı %11.7 olarak bulunmuştur. Hastalığın mortalitesi cinsiyete göre farklılık göstermezken, mortal seyreden hastaların yaş ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Komorbiditelerine bakıldığında ise, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve kanser tanısı bulunan hastaların mortaliteleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (9).

COVID-19 hastalığının kesin tanısı için ülkemizde, Nükleik Asit Amplifikasyon Testlerinden biri olan RT-PCR (Revers Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu) kullanılır. FDA ve CDC onaylı tanıya yardımcı diğer yöntemler ise, antijen testleri (örneğin IgM, IgG), antikor testleri ve inflammasyon biyomarkerları olarak sayılabilir (11).

2.1.3 COVID-19 hastalığına karşı korunma tedbirleri ve aşılama

Hastalığın yayılmasının SARS-COV-2 virüsü ile enfekte olan kişinin öksürük, hapşırık veya konuşmaya bağlı ortama yaydığı damlacıklar ile geliştiği bilinmektedir (1,5). Dolayısıyla, küresel anlamda yayılan COVID-19 hastalığı için CDC tarafından kişilerin kendi ve toplum sağlığını koruyabilmeleri için bazı tedbirler yayımlanmıştır(12):

1. İç mekanlarda, toplu taşımalarda, hastane ve diğer kamu alanlarında, iş yerlerinde, alışveriş merkezlerinde ve COVID-19 tanılı hastalara bakım vermeleri durumunda kişiler, ağız ve burunlarını kapatacak şekilde cerrahi maske takmalıdır.
2. Kişiler arası yakın teması engellemek amacıyla sosyal mesafe olarak adlandırılan ve 6 fit (yaklaşık 1.5 metre) mesafe kuralı önerilir.

3. Tüm virüs ve bakterilerin en sık bulaş yolları arasında olan el ile bulaşı engellemeye yönelik önlem olarak en az 20 saniye boyunca su ve sabunla ellerin yıkanması önerilir. Ayrıca, su ve sabunla hijyen sağlamanın mümkün olmadığı zamanlarda ise en az %60 alkol oranına sahip el dezenfektanlarının kullanımı önerilir.
4. COVID-19 tanılı hastalarla temasta bulunan kişilerin kendilerini sosyal ortamlardan uzaklaştırması ve karantinaya girmeleri önerilir.
5. COVID-19 tanısı alan bireylerin kendilerini sosyal ortamdan uzaklaştırmaları ve asemptomatik olsalar bile kendilerini ev halkından izole etmeleri önerilir.
6. Özellikle yeterince havalandırılmayan ve kalabalık olan kapalı alanlardan uzak durulması önerilir.
7. Hastalık şüphesi durumunda bir sağlık kuruluşunda veya evde test kitleri ile test yapılması önerilir.
8. Öksürme ve hapşırma gibi durumlarda ağız ve burnun kapatılması önerilir.
9. Sık dokunulan yüzeylerin sık sık temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi önerilir.
10. COVID-19 hastalığı semptomlarına karşı dikkatli olunması ve özellikle kalabalık ortamda çalışan ve mesafe kuralını uygulayamayan kişilerin semptom takibi yapılması önerilir.
11. Seyahat durumunda uyulması gereken tedbirlere dikkat edilmesi önerilir.
12. Son olarak, dünya çapında çiçek hastalığı gibi hastalıkları eradike etmiş ve bulaşıcı hastalıklarda küresel anlamda en yüksek koruma başarısına sahip bir yöntem olan, hastalığa karşı aşılama yöntemi önerilir. Güncel aşı programının takip edilmesi ve yeterli bağışıklığa sahip olunmasına dikkat çekilir.

COVID-19 hastalığına karşı geliştirilen üç çeşit aşı bulunmaktadır. Bunlardan mRNA ve viral vektör aşıları FDA tarafından onaylanmış ve kullanım izni verilmiş olup inaktif virüs aşıları ise ülkemiz dahil çeşitli ülkeler tarafından kullanılmış ve kullanım izni için gerekli başvuruları yapılmıştır (13). 23 Ağustos 2021’de, 16 yaş ve üzeri bireyler için, FDA tarafından ilk onaylanan COVID-19 aşısı, mRNA tekniği ile hazırlanan Pfizer-BioNTech işbirliğiyle üretilen Comirnaty olmuştur (14).

Aşılama ile oluşturulan bağışıklığın kalite ve kantitesi uzun dönemde izlendiğinde aşilar bireyleri benzer şekilde korumaktadır, pandemi koşullarında güvenli ve gereklidirler (15). Yaş, dozlar arasındaki süre, ek hastalıklar gibi kişisel farklılıklar her aşıda olduğu gibi COVID-19 aşilarında da aşı etkinliklerini değıştiren faktörler olarak sayılabilir. Öte yandan, immunojenesite (bağışıklık oluşturma yetisi) ve etkinlik açısından incelendiğinde mRNA aşilarının sonuçlarının inaktif virüs aşilarına göre daha yüksek olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (16,17). Ayrıca, Brezilya’da yürütölen bir çalışmaya göre ise; heterelog aşılama (iki doz inaktif virüs aşısı ve rapel doz mRNA aşısı) ile korunan bireylerin antikor yanıtlarının homolog (üç doz inaktif virüs aşısıyla) aşılanan bireylere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (18).

2.2 Psikolojik Dayanıklılık / Sağlamlık

2.2.1 Psikolojik dayanıklılığın tanımı

Çok sayıda sarsıcı, yıkıcı ve stresli olaylara maruz kalabilen bireylerin kriz anlarındaki tepkileri ve durumlarla başa çıkma stratejileri diğör insanlara göre oldukça farklıdır. Bazı bireyler, stresli durumları bilinçaltlarına travma olarak kaydederek anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar geliştirirken, bazıları ise olumsuz ruhsal durumdan kısa sürede kendilerini kurtarıp normal hayatlarına devam edebilmektedir. İyileşen ve hayatına devam eden bireylerin sahip olduğu bu güç, pozitif psikoloji yaklaşımında, psikolojik dayanıklılık (sağlamlık) olarak adlandırılır (19,20).

Bozdağ ve Ergün’ün COVID-19 salgını sırasında sağlık profesyonellerinin psikolojik dayanıklılığı üzerine yürüttüğü çalışmada; psikolojik dayanıklılığın, yaşam doyumu, olumlu duygulanım, algılanan sosyal destek alt ölçekleri, katılımcıların yaşı, koronavirüse karşı kişisel önlem alma, beslenme ve uyku kalitesiyle anlamlı ve pozitif korelasyonlu olduğu ve tam tersi şekilde yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip kişilerin bu değışkenleri yüksek seviyelerde tutabildiğı bulunmuştur (21). Bununla birlikte; psikolojik dayanıklılık olumsuz duygulanımla da anlamlı ve negatif bir şekilde ilişkilidir. Sağlık mesleğı mensubu olduğu için kişisel olarak risk altında

hissetmek ve virüs tarafından enfekte olma konusunda endişelenmek, psikolojik dayanıklılığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (21).

2.2.2 Psikolojik dayanıklılığı/ sağlamlığı artırma yöntemleri

2.2.2.1 Meditasyon çalışmaları

Clinical Neuropsychiatry dergisinde yayımlanan bir makalede, farkındalık (mindfulness) meditasyonunun içinde bulunduğumuz pandemi sürecinde psikolojik dayanıklılığı artırmada güçlü bir araç olduğu belirtilmiştir. Farkındalık çalışmaları; düşünce, duygu ve hislerin farkındalığını artırıp yaşadığımız problemlere daha farklı bakmamızı sağlayarak travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete gibi birçok ruhsal bozukluğun azalmasına katkıda bulabilmektedir (22).

Tıp eğitiminin başından başlayarak ilerleyen kariyer planındaki tüm katmanlarda uygulanan farkındalık odaklı stres yönetimi programları ve farkındalık (mindfulness) meditasyonları, bireylerin artan stresle daha iyi başa çıkmalarına, iyilik hallerini uzun süre koruyabilmelerine ve daha az tükenmişlik hissetmelerine; ayrıca kendilerine karşı daha esnek, merhametli ve farkında olmalarına sebebiyet vermiştir (23).

40 yılı aşkın süredir Mindfulness konusu üzerinde araştırmalar yapan, Harvard Üniversitesi Psikoloji Bölümü Profesörü Ellen Langer’a göre ise; “Mindfulness, yeni şeylerin aktif şekilde farkına varılma sürecidir.” Şeylerin, durumların veya olguların aktif şekilde farkına varılması; kişiyi, geçmiş ve gelecek zanlarından kurtararak şimdiki anın bir parçası haline getirir. Dolayısıyla, hayattaki tüm görünüm ve içeriğe olan duyarlılık artar. Anın farkında olan birey daha verimli çalışır ve daha az yorulur. Dikkatsizce yapılan olumsuz değerlendirmelerden uzaklaşır ve çözümsüz sorunlarla karşılaşma kaygısıyla yaşadığı yoğun stres hayatından çıkarır (24). Langer’ın bu yaklaşımı sayesinde davranışsal ekonomiden pozitif psikolojiye kadar birçok alanda iyileştirmeler yapılmış ve bireylerin hayatları olumlu yönde etkilenmiştir. Bu bilgiler ışığında, sağlık çalışanlarına kazandırılacak düzenli bir meditasyon pratiği psikolojik

dayanıklılığı artırmada ve stres ve kaygı seviyelerini düşürmede oldukça faydalı olacaktır.

Meditasyon çalışmalarıyla beyindeki gri cevherin arttığının kanıtlandığı birçok çalışma mevcuttur (25,26,27). Anterior singulat korteks (ACC) olarak adlandırılan beynin özdenetim merkezi görevini üstlenen gri cevher bölgesi, kişinin dikkatini belirli bir şeye bilinçli şekilde yönlendirmesi, davranışlarını biçimlendirmesi ve farklı stratejiler arasında değişiklikler yapmasından sorumludur. Beynin diğer bölgeleriyle arasında bir bağlantı problemi olması halinde kişiler zihinsel esneklikten uzaklaşmaktadır. ACC'nin özdenetime ek olarak bir diğer sorumluluğu ise geçmiş deneyimlerden yeni şeyler öğrenmektir. Dolayısıyla, ACC bölgesi aktif olan kişiler hayatta daha isabetli kararlar alabilmekte ve başarısız problem çözme yöntemlerini kolaylıkla değiştirebilmektedir. ACC bölgesinin meditasyon ile daha aktif hale geldiği ve bu bölgenin belirsizliklerle dolu hızlı değişen koşullara (örneğin, pandemi durumuna) adapte olabilmek için büyük önem taşıdığı bilim insanları tarafından ortaya konmuştur (28,29,30,31,32,33).

Üzerinde durulması gereken diğer bir gri cevher bölgesi ise hipokampustur. Bu bölge, duygular ve bellek ile ilgili olan limbik sistemin bir parçasıdır ve üzerinde stres hormonu olan kortizolü algılayan reseptörler mevcuttur. Kronik strese maruz kalan bireylerde hipokampus hasara uğrar ve bu da kişinin vücudunda tahrip edici bir kısır döngüyü başlatır. Araştırmalarda, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi hastalıklarda bireylerin hipokampuslarının daha küçük olduğu gösterilmiştir (34,35,36). Dolayısıyla meditasyon ile beynin algı, farkındalık, duygu düzenleme, komplike düşünme, acıya tolerans, içe bakış ve benlik bilinci ile ilişkili alanlarının değiştirilebileceği saptanmıştır. Kişiler, stres anlarına eskisi gibi tepki vermediğinde, ilgili durumun kendisini daha az veya hiç etkilemediğini gözlemleyebilir.

2.2.2.2 Dr. Reich'in 3C ilkesi

Arizona Eyalet Üniversitesi emekli öğretim üyesi Prof. Dr. John Reich'in araştırmalarına göre; doğal afetlerde dayanıklılığın üç ana psikolojik ilkesi (3C) vardır.

Bunlar; Kontrol (Control), Tutarlılık/Bağlam (Coherence) ve Bağlanmışlıktır (Connectedness) (37).

Kontrol ilkesi; insanların, daha yüksek yaşam doyumuna sahip olmaları için, hayatlarının gidişatında kontrol sahibi olmaları ve buna inanmaları ile ilgilidir. Yüksek yaşam doyumunun yanı sıra bu kişilerde, yüksek moral, düşük depresyon oranları ve daha uzun bir yaşam görülmüştür.

Tutarlılık(bağlam) ilkesi; yüzeyden en az görünen fakat kişi için en temel olan ilkedir. Afet durumlarında insanlar yaşadıklarıyla psikolojik olarak bağlam yaratabilmek için çeşitli açıklamalar beklerler. “Yardım geliyor mu? Ailem nerede? Güvende olacak mıyım?” gibi sorular belirsizliği ortadan kaldırmak için bireyler tarafından verilen doğal tepkilerdir.

Bağlanmışlık ilkesi ise; felaket durumlarında insanların bir araya gelme, kayıpları arama ve hatta tanımadıkları insanlar ile bağ kurmaları gibi davranışları kapsar (37).

2.3 Anksiyete (Kaygı)

2.3.1 Anksiyete (kaygı) tanımı ve belirtileri

İnsan, fiziksel ve ruhsal varlığı tehlikeye girdiği zaman zihinsel olarak huzursuz hisseder ve bu huzursuzluk korku veya kaygı olarak adlandırılır. Bu huzursuzluk yaşamı tehdit eden somut gerçekliklerden kaynaklanıyorsa korku; fakat nedeni belli olmayan veya daha önceki deneyimlerden kaynaklanan, tekrarlanıp tekrarlanmayacağı belli olmayan durumlardan kaynaklanıyorsa kaygı ya da anksiyete olarak tanımlanır (38,39).

Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre (40); kaygı, yaşamın normal bir parçasıdır. Günlük yaşam akışında her birey çeşitli konular hakkında kaygı duyabilir. Yetiştirilmesi gereken işler, hazırlanılması gereken sınavlar, ailevi sıkıntılar, sağlık problemleri ve maddi sorunlar gibi nedenlerle her birey az ya da çok bir takım huzur

bozucu durumla baş etmek zorunda kalır. Bu gibi durumlarda kaygı, insanı bir ölçüde problemlerle ilgilenebilmesi adına hazırlıklı tutmak için gereklidir. Tehlike anında hızlı kararlar verebilmek ve problemi çözebilmek için insanı zinde tutan bu tür kaygılar hafiftir ve kişi sağlıklı kabul edilir. Mayo Klinik Bütünleştirici Tıp ve Sağlık Bölümü Zihin-Beden Tıbbı Danışmanı Kristin Lothman'a göre; anksiyete her zaman kötü değildir. Sağlıklı anksiyete bizi, güvende olmamız, sevdiğimiz insanlara bakım sağlamamız ve dayanıklı bir şekilde şu anki deneyime ulaşmamız için harekete geçirir(41).

Öte yandan, bireyin kendini huzursuz eden problemleri inkar etmesi, reddetmesi ve yok sayması, içsel ve dışsal iletişimlerini kesmesi; durumun bilinç dışına itilmesine ve bastırılan bu tedirginliğin sağlıklı sınırlar dışına çıkmasına yol açar. Böylelikle, huzursuzluk anında sağlıklı tepkiler veremeyen bireylerde çeşitli anksiyete bozuklukları görülmeye başlar. Anksiyete, belirtileri bakımından fizyolojik ve psikolojik olarak iki yönlü incelenebilecek bir duygulanım şeklidir (42). Fizyolojik olarak bireyde dispne (nefes darlığı) veya hiperventilasyon (hızlı nefes alıp verme), taşikardi (çarpıntı hissi), tremor (ellerde ve/veya ayaklarda titreme) ve hiperhidroz (aşırı terleme) gibi belirtiler meydana gelebilir. Psikolojik olarak ise, iç sıkıntısı, korku, heyecan, huzursuzluk ve aniden kötü şeyler olabileceği hissi ve korkusu görülebilir.

Anksiyetenin kişiyi olumlu yönde mi yoksa olumsuz yönde mi etkilediğinin tespiti oldukça önemlidir. Optimal seviyede kişinin performansını olumlu etkileyen kaygı duygulanımı, sağlıklı sınırları aştığı zaman fizyolojik ve psikolojik belirtiler göstererek patolojik olarak sayılan anksiyete bozukluklarına dönüşür.

2.3.2 Anksiyete (kaygı) bozuklukları türleri

2013 yılında beşinci baskısı ile güncellenen, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı, DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları aşağıdaki on ana başlıkta toplanmıştır (43):

1. Ayrılma kaygısı bozukluğu
2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Özgül fobi
4. Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
5. Panik bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın kaygı bozukluğu
8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.3.3 Anksiyete (kaygı) ile başa çıkma yöntemleri

Anksiyetenin her zaman kötü olmadığını ve sağlıklı anksiyete seviyesi ile hayatımızı ideal düzeyde tutabileceğimizi savunan Kristin Lothman'a (Mayo Klinik Bütünleştirici Tıp ve Sağlık Bölümü Zihin-Beden Tıbbı Danışmanı) göre, anksiyeteyi yönetmek için birçok strateji vardır. Günlük tutma, egzersiz, yoga, meditasyon ve dua gibi kişisel bakım uygulamaları Lothman tarafından öncelikli olarak tavsiye edilmektedir (41).

Anksiyete tedavisinde dikkat edilmesi gereken ilk nokta, hastanın hangi tip anksiyete bozukluğuna sahip olduğunun doğru tayinidir. Korku veya kaygı durumunun organik bir sebep ile ilişkisi olup olmadığı, herhangi bir travma sonra gelişip gelişmediği, bir ilaç veya madde ile ilişkisinin varlığı, semptomların süresi, sıklığı, fizyolojik belirtilerin şiddeti ve ne derece maladaptif olduğu ayırıcı tanıda oldukça önemlidir. COVID-19 gibi küresel anlamda hayatı tehdit eden bir hastalığın salgınında, bu hastalık yüzünden gelişen anksiyete bozukluklarının yanısıra, halihazırda var olan anksiyete bozukluklarının tedavi edilmesi de pandemi esnasında bireylerin ataklar geçirmesini engelleyerek sürece pozitif katkı sağlayacaktır.

Kişinin tıbbi durumuna bağlı olduğu anlaşılan anksiyete bozukluklarında, altta yatan hastalığın iyileştirilmesi ve güvenli bir hasta-hekim ilişkisi kurulması esastır (42,44). Gerekli olduğu durumda ilaç tedavisi, psikoterapi ve hipnoterapi gibi tedavi yöntemleri ile desteklenebilir, kombine olarak kullanılabilir (38,44,45).

Panik bozukluk gibi genellikle kronik olan ve hastaların yaklaşık olarak yarısında ılımlı semptomlarla ilerleyen, işlevselliği etkilemeyen düzeydeki bir hasta grubunda tedavi; genellikle psikoterapi, psiko eğitim ve hastanın odaklandığı konu hakkındaki paradigmalarını değiştirmek üzere tasarlanmış bir hipnoterapi olabilir. Hastanın panik durumlarının denetimini eline alması, güvende hissetmesi, bedensel belirtileri anlaması ve iç ve dış uyaranlara karşı duyarsızlaştırılması tedavinin önemli noktalarıdır (42,44,46). İlaç tedavisi gerektiği durumda yaklaşık bir yıl kadar kullanılabilir (44,47,48). Fakat hastaya, panik atak sırasında semptomlarını ortadan kaldıracak bir ilacın bulunmadığı vurgulanmalı ve asıl amacın belirtilerin dindirilmesi ve nükslerin önlenmesi olduğu dikkatle anlatılmalıdır.

Yaygın anksiyete bozukluğu gibi kişinin işlevselliğini bozan şiddetli grupta ise tedavi; ilaç tedavisi ile beraber psikolojik destek tedavileridir. Psikoterapi, hipnoterapi, sosyal destek, iş ve çevre değişikliği, yeni ödüller veya hazlar ile etkili işlevsellik elde etmek üzere çeşitli yöntemler uygulanabilir (38, 42, 44, 45, 48).

Obsesif kompulsif bozukluklarda kişi, obsesyon (saplantı) ve kompulsiyonların (zorlantı) kendi zihninden kaynaklandığını bilir, mantıksız olduklarını genellikle kabul eder, fakat obsesyonların gelmesini engelleyemez ve kompulsiyonları uygulamadan da rahatlayamaz. Bilişsel ve davranışsal olarak her ne kadar kontrol etmeye çalışsa da bazı hastalar bu döngüye bütünüyle teslim olmaktadır (42, 49). Dolayısıyla tedavilerinde öncelikli olarak ilaç tedavisi ve destek olarak psikoterapi kullanılır (42, 44, 47). Belirli bir program dahilinde obsesyonları ve kompulsiyonları azaltmak üzerine kurulmuş, paradigma değişikliklerini içeren psikoterapi veya hipnoterapi, hastalığın nüksünü engellemek açısından oldukça önemlidir (44).

Sosyal fobi gibi genellikle utangaçlık olarak yanlış anlaşılan anksiyete bozukluklarında, kişiler kaçınma davranışı sergileyerek fobinin oluşacağı ortamlardan uzak dururlar ve uzun yıllar boyunca hastalığın fark edilmesini geciktirirler. Geç tanı almalarının bir başka sebebi ise; bu kişiler genellikle yalnız yaşamayı, evlenmemeyi veya evlendiyse bile boşanmayı tercih ederler ve böylelikle kendilerini topluma çekingen bir insan olarak kabul ettirirler. Tanı almaları hastalığın başlagıcından ortalama 10 yıl sonradır. Tedaviye başvuru genellikle başka bir psikiyatrik bozukluk ile olur. Tedavinin odak noktası, sosyal anksiyetenin fizyolojik ve otonomik belirtilerini azaltmak, abartılı duygu ve düşünceleri ortadan kaldırmak, fobik kaçınmayı azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır (42, 43, 44, 50, 51). Gerekli olduğu durumlarda ilaç tedavisi ile kombinasyon etkilidir, fakat asıl amaç zihinsel paradigmanın değiştirilmesi olmalıdır (38, 44, 47, 48).

Herhangi bir hayvan, durum, hastalık veya çevre tipi ile ilgili olan özgül fobilerde kişi, korku veya kaygısının aşırı ve anlamsız olduğunun bilincindedir. İlgili uyarandan kaçınır veya zorunda kaldığında yoğun stres ve sıkıntı ile bu duruma katlanır (42, 49, 50). Bu durumda tedavinin ana amacı kişinin fobik uyararla kurduğu bağın anlaşılması ve çözülmesidir. Kişiyi uyarana maruz bırakma ile duyarsızlaştırma, gevşeme egzersizleri uygulanabilir. Fobik uyararla kurulan psikolojik veya zihinsel bağ psikoterapi veya hipnoterapi ile çözülerek hastalığın ortadan kalkması sağlanabilir (44). Ayrıca varsa eşlik eden panik atak veya diğer komorbid bozukluklara yönelik ilaç tedavisi de düşünülmelidir.

Belirli bir travma sonrasında ortaya çıkan; sıklıkla saldırganlık, dürtü kontrolünde zayıflama, konsantrasyon ve uyku bozukluğu ile kendini gösteren post travmatik stres bozukluğu tedavisinde ana amaç kişideki anksiyeteyi makul düzeye indirmektir ve en etkili tedavi unsuru güven temelli bir hasta-hekim ilişkisidir. Gerekli görüldüğünde ilaç tedavisine de başvurulabilir (42, 44, 47, 52). Yaşanmış olan travmanın etkilerinin ortadan kalkması için hastayı desteklemek, yaşadıklarını ve duygularını kabul etmesini sağlamak, iyileşebileceği gerçeği konusunda onu cesaretlendirmek tedavinin önemli noktalarındandır. Geçmişte yaşananların değişmeyeceğinin, fakat yaşananların kişi üzerinde yarattığı etkilerin değişebileceğinin, hastaya fark ettirildiği bir psikoterapi

veya hipnoterapi, hastanın yaşadığı travma ile yüzleşmesi ve onunla başa çıkması için önemli bir tedavi yöntemidir (44, 45, 53).

2.4 Depresyon

2.4.1 Depresyon tanımı ve belirtileri

Depresyonu tanımlama ve sınıflama çalışmaları milattan önce 4. yüzyılda başlamış ve bilimsel tıbbın kurucusu Hipokrat tarafından melankoli (siyah safra) terimi ortaya konmuştur. Milattan sonra 1854'te Fransız psikiyatristler, klinik gözlemlerine dayanarak hastalığın seyrinin döngülü olabileceğini belirtmiş ve "folie circulaire" terimini literatüre kazandırmıştır. Daha sonra belirgin bir tetikleyicinin varlığı ya da yokluğuna göre biçimlenen sınıflandırma, 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile birlikte belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyma noktasına gelmiştir. Nihayetinde, tetikleyicinin varlığı ya da yokluğunun, tedavinin seyrini veya tedavi yanıtını değiştirip değiştirmediği gösterilemediğinden, belirli tanı ölçütlerinin doldurulması ile tetikleyiciden bağımsız olarak tanı koyulması noktasına gelinmiştir(54).

Günümüzde, halk arasında, her ne kadar mutsuzluk ile özdeşleşmiş ve herhangi bir zorluk sonrasında kişilerin "depresyodayım" dediği kanıksanmış olsa da depresyon, küçük bir mutsuzluk hissinin ötesinde en az iki hafta boyunca süren ciddi bir duygudurum bozukluğudur. Klinik olarak tanı konulabilmesi için kişide iki hafta boyunca aralıksız süren depresif ruh hali (çökkünlük hissi, boşluk, çaresizlik, üzüntü) veya ilgi, istek, zevk kaybı bulgularından en az biri ve bunların yanı sıra neredeyse her gün olmak koşuluyla sıralanan semptomların en az 4'ü bulunmalıdır: Uykusuzluk ya da aşırı uyuma, amaçlamıyorken çok kilo verme-alma (bir ayda ağırlığının %5'inden fazla değişim) ya da iştahta giderek artma-azalma, ajitasyon (psikodevinsel kışkırtma) ya da başkalarınca gözlemlenebilir yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik ya da aşırı veya uygunsuz suçluluk hissi, konsantrasyon bozukluğu (odaklanmakta güçlük çekme) ya da kararsızlık, suisid (kendini öldürme) düşünceleri veya planlı-plansız

eylemleri (43). Klinik bir başka belirti ise, bu belirtilerin kişinin sosyal ve mesleki hayatında işlev bozukluklarına yol açmasıdır.

2.4.2 Depresyon bozuklukları türleri

2013 yılında beşinci baskısı ile güncellenen, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı, DSM-V'e göre depresyon bozuklukları aşağıdaki sekiz ana başlıkta toplanmıştır (43):

1. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
2. Yeğîn (Majör) Depresyon Bozukluğu
3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
5. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon
6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon
7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon
8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.4.3 Depresyon ile başa çıkma yöntemleri

Depresyon bozukluklarının tedavisinde ise dikkat edilmesi gereken iki önemli nokta, doğru tanının konması ve kanıta dayalı tedaviler uygulayarak amaca yönelik müdahaleler yapılmasıdır. Varsa eşlik eden tıbbi durumun saptanması ve tedavi edilmesi, hastanın tedavinin bir parçası olmasının sağlanması ve tedaviye yanıtı ve nüksü engellemek amacıyla izlem yapılması diğer önemli noktalardır (44, 55).

Her hastanın depresyon süreci ve şiddeti birbirinden farklı olacağından, tedavide hastaya uygun protokolü ve kombinasyonları oluşturmak tedaviye yanıt için oldukça önemlidir. İlaç tedavisi, psikoterapi ve/veya hipnoterapi, egzersiz ve EKT (elektro konvulsiv tedavi) ile bunların çeşitli kombinasyonları depresyon bozukluklarında kullanılan başlıca tedavilerdir (44, 55, 56, 57, 58, 59). Akut dönem tedavisi 6 ila 8 hafta sürmektedir ve amaç hastanın remisyona ulaşmasını (düzelmesini) sağlamaktır.

Hasta remisyona ulaştıktan sonra nüks (relaps) olmasını engellemek amacıyla idame tedavi verilmelidir. Nüks oluşma riski genellikle 6 aydır ve bu süreçte hastanın tekrar semptom göstermesi yeni bir atak değil, henüz tedavi edilmekte olan atağın yeniden belirmesi olarak kabul edilir. 6 ay süren idame tedavinin ardından hasta artık semptom göstermiyor ve iyilik halini işlevsel olarak devam ettiriyorsa iyileşmiş kabul edilir. Unutulmamalıdır ki, iyileşme sürecindeki en önemli nokta semptomların ortadan kaybolması değil, işlevselliğin düzelmesidir. Ortalama 6 ay süren idame tedavi ve iyileşme kriterleri oluştuktan sonra gerçekleşen ataklar yeni ataklardır ve rekürrens (yineleme) olarak adlandırılır (55, 56). Tüm tedavi süreci boyunca intihar riski düzenli olarak sorgulanmalıdır. Bu konuda en önemli klinik ön belirteç umutsuzluktur ve herhangi bir döneminde suisid (intihar) şüphesi bulunan hasta mutlaka psikiyatri hekimine konsülte edilmelidir (57).

2.5 Tükenmişlik Sendromu

2.5.1 Tükenmişlik kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında, Almanya doğumlu Amerikalı bir psikolog olan Herbert J. Freudenberger tarafından “başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (60). Kavrama en çok kabul görecektan tanıımı ise, Amerikalı bir sosyal psikolog olan Christina Maslach yapmış ve tükenmişliği “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (61). Maslach, tükenmişliği üç boyutta incelemiş, bu modelin temelinde duygusal tükenmenin (emotional exhaustion) olduğunu belirtmiştir. Duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarı duygusunda azalma (reduced personal accomplishment) boyutlarının, modeli tamamlayan boyutlar olduğunu ifade etmiştir (62).

Tükenmişliğin çeşitli çalışmalar sonucunda kişisel boyutta yaşandığı ve kesintisiz bir şekilde olumsuz bir duygu durumunu içerdiği gösterilmiştir (63). Ayrıca, tükenmişliğin insanlarla yüz yüze iletişim kurulması gereken meslek gruplarında daha sık görülmesi, iş tanımı insan sağlığını koruma ve iyileştirme olan sağlık hizmet sektörünün çalışanlarını bu konuda en çok araştırma yapılan meslek grubu haline getirmiştir (64, 65).

Tükenmişliğe etki eden faktörler; demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma süresi), çalışma ortamı ve işle ilgili etkenler (adalet algısı, iş ortamındaki ilişkiler, rol çatışması ve belirsizlikleri, aşırı iş yükü ve işin boyutlarının kontrol edilememesi) ve kişilik özellikleridir (D tipi kişilik özellikleri (endişeli-mutsuz-bitkin), sabırsızlık, başarı odaklılık, onaylanma ihtiyacı, yoğun empati duygusu, mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı ve güven eksikliği) (65).

2.5.2 Tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri

Sağlık hizmet sunucuları açısından tükenmişlik ele alındığında; gelişen problemlerin en başında kötü iş performansı ve dolayısıyla hasta bakım sürecinde yaşanan kalite düşüşü gelir (65). Maslach iş performansı düşüşü yaşayan çalışanların; motivasyon düşüklüğü, hayal kırıklığı ve umursamazlık gibi olumsuz davranışlara sahip olduğunu savunmaktadır (66). Bu üç etken sağlık çalışanlarında sağlık hizmeti sunumunda kalite düşüşüne ve dolayısıyla normal şartlarda yaşanmayacak olan hatalara sebebiyet verebilir.

Tükenmişlik yaşayan bir sağlık çalışanını korumak ve tükenmişlik hissini en aza indirmek için çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu durumun tedavisi aylar ve hatta yıllar sürebilir, fakat istikrarlı bir şekilde uygulanan yöntemler, tükenmiş kişideki olumsuz sonuçları gidermek için kombine bir şekilde kullanılmalıdır.

Tükenmişlik hissinden kurtulmak için öncelikli olarak kişiyi bu hisse sürükleyen sebep bulunmalı ve mümkünse ortadan kaldırılmalıdır. Bu sebep kimi zaman dışsal,

kimi zamansa içsel olmaktadır, fakat pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin çoğunun dışsal olduğu su götürmez bir gerçektir.

İş yaşamına yönelik geliştirilebilecek bazı yaklaşımlar şu şekilde sıralanabilir; iş tanımlarında değişiklikler yapmak, gerçekçi hedefler belirlemek, profesyonel danışmanlık desteği almak, meslektaşlarla olan iletişimi geliştirmek, iş ortamında yaşanan olumsuzluklarla başa çıkabilmeyi öğrenmek, vb (65).

Örgütsel düzeyde ele alınabilecek ve işverenin çalışanları için hazırlayabileceği olumlu çalışma ortamına verilebilecek birkaç örnek ise; psikososyal gelişimi hedefleyen eğitimlerin teşviki, güçlü bir liderlik tarzı ile çalışanları motive etme, her çalışanın ihtiyacına uygun bir çalışma ortamını oluşturma ve adil bir ücretlendirme ile çalışanların refah seviyelerini artırma olarak sayılabilir. Ayrıca, personel yetersizliğinden ötürü ortaya çıkan problemleri analiz ederek yeterli personel istihdamı yaratmak da işverenin sorumlulukları arasındadır. İş yerinde yeterli personelin olması, iş yükünde dengeli dağılıma, düşük devir hızına, hasta bakımında kalite artışına, meslektaşlarla uyumun artmasına ve çalışanlarda duygusal ve bedensel iyiliğin artmasına sebep olacaktır (67, 68).

Kişinin tükenmişliğine etki ettiği bilinen psikolojik dayanıklılığı artırmak amacıyla uygulanabilecek kişisel yaşam tarzı değişiklikleri de mutlaka göz önüne alınmalıdır. Yeterli uyku, düzenli egzersiz, doğru ve dengeli beslenme, ihtiyaca yönelik sosyalleşme, uygun zaman yönetimi, öz kapasite sınırlarını bilme ve yoga ile meditasyon gibi gevşeme uygulamaları kişilerin psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için oldukça önemli yöntemlerdir (65, 67, 69). Alexander ve arkadaşlarının 2015 yılında hemşirelerin katılımıyla yürüttüğü, tükenmişliği önlemek ve özbakım için yoganın kullanıldığı bir çalışmada, 8 hafta boyunca izlenen kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gerçekleşmezken yoga ve meditasyon uygulamaları yaptırılan grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde tükenmiş seviyelerinde düşme gerçekleşmiştir (69). Dolayısıyla, olası tehlikeleri daha sağlıklı karşılamak ve psikolojik olarak daha dayanıklı olmak için yoga ve meditasyonu rutin olarak uygulamak ve hayatın bir parçası haline getirmek oldukça önemlidir.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma için gerekli izinler Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'ndan “Gülistan Ülkem Arya DOĞAN-2021-03-03T16_07_46” adlı başvuru formu ile alınmıştır. Etik açıdan ise; Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu tarafından 10.03.2021 tarih 2021/05 sayılı ATADEK toplantısında görüşülmüş olup 2021-05/27 karar numarası ile araştırma tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur (Ek 1).

Araştırma risk içermeyen bir tıbbi araştırma olup sağlıklı katılımcılarla yürütülmüştür. Çalışmanın evreni Acıbadem Sağlık Grubunda çalışanlardan oluşmaktadır. Araştırmaya konu olan evrenin tamamına ulaşmak mümkün olmadığından örnekleme yapılmıştır. Örnekleme yöntemi olarak kasti (kararsal) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kasti örnekleme yönteminde, örneği oluşturan bireyler araştırmacının araştırma problemine cevap bulacağına inandığı kişilerden oluşmaktadır (70). Bu araştırmada evreni temsil edebilecek örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde 519 olarak belirlenmiştir (71).

Veriler COVID-19 hastalığının küresel salgın ilan edilmesinden sonra birinci yılının tamamlandığı 2021 yılı Nisan-Mayıs-Haziran aylarında toplanmıştır.

COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığı ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu, Google-Anketler platformu üzerinde oluşturulmuş olup çalışmaya ait aydınlatılmış onam metnini okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde açılmaktadır (Ek 2). Anket içerisinde sosyo-demografik özellikler, mesleki özellikler, sağlığı/hastalığı etkileyen bazı davranışlar, COVID-19 pandemisi ve çalışma şekliyle ilişkili sorular ve “Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” bulunmaktadır. Ölçeklerle birlikte katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin varlığı, meslek, kronik hastalığı varlığı, Covid-19 hastalarıyla karşılaşma sıklıkları ve nöbet tutma gibi

özellikleri karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlı fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

3.1 Ölçekler

Psikolojik rahatsızlıklar ve psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde; hastanın belirtilerinin derecelendirilmesi, kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavinin etkilerinin ölçülmesi için geçerlilik ve güvenilirlik testleri tamamlanmış olan ölçeklerin faydası oldukça fazladır. Örneğin depresyon bozuklarında, başlangıçta uygulanan ölçeğin puanlarındaki %50 düzelme hastanın tedaviye yanıt verdiğini gösterir. Ayrıca, tedavinin ilk hedefi olan, her ölçek için belirlenmiş (tanımlı) puanlara inilmesi ise hastanın remisyona (düzelmeye) ulaştığını gösterir (58). Aşağıda, bu çalışmada kullanılan anketler kısaca açıklanmıştır.

3.1.1 Kısa psikolojik dayanıklılık / sağlamlık ölçeği

Kısa Psikolojik Dayanıklılık / Sağlamlık Ölçeği 2008 yılında Smith ve arkadaşları tarafından bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçmek üzere geliştirilmiş olup Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tayfun Doğan tarafından yapılmıştır. Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. 5'li Likert tarzında bir ölçektir. "Hiç uygun değil"(1), "Uygun Değil"(2), "Biraz Uygun"(3), "Uygun"(4), "Tamamen Uygun"(5) şeklinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçek 6-30 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte 2., 4. ve 6. maddeler tersten kodlanmaktadır. Tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir (19, 72).

3.1.2 Beck anksiyete ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, geniş bir klinik örneklem üzerinde geliştirilmiş olan, DSM III-R'de tanımlanan anksiyete bozuklukları başlığı altındaki anksiyete belirtilerini ölçmeyi amaçlayan 21 maddelik bir ölçektir. Maddeler anksiyetenin fiziksel belirtileri ve bilişsel yanlarını ortaya

koymak üzere tasarlanmıştır. Ölçek 0-63 arasında puanlanmaktadır. Katılımcılardan, belirtilerin “uygulama yapılan gün dahil, son 1 haftadır” kendilerini hangi derecede rahatsız ettiğini işaretlemeleri istenmektedir. “Hiç”(0), “Hafif Düzeyde”(1), “Orta Düzeyde”(2) ve “Ciddi Düzeyde”(3) şeklinde bir cevap anahtarına sahiptir. Ölçekten alınan 8-15 puan aralığı hafif, 16-25 puan aralığı orta ve 26-63 puan aralığı ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri bulunduğu işaret eder. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Meral Gümüş Avcı tarafından yapılmıştır (73, 74).

3.1.3 Beck depresyon ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında DSM-III’de tanımlanan depresyon bozukluklarının belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemek amacıyla oluşturulmuştur, tanı koyma özelliği yoktur. Ölçek, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılardan, bu 21 soruya “bugün dâhil geçen hafta” içinde kendilerini nasıl hissettiklerini en iyi anlatan dört cümleden birini seçmeleri istenir. Her soru 0-3 değerleri arasında bir puan alır ve ölçek 0-63 arasında puanlanır. Ölçekten alınan 10-16 puan aralığı hafif, 17-29 puan aralığı orta ve 30-63 puan aralığı ise şiddetli düzeyde depresyon belirtileri bulunduğu işaret eder. 0-9 arasındaki puanlar minimal depresyon düzeyindedir ve kişide herhangi bir depresyon bozukluğu saptanmayabilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Nesrin Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır (75, 76).

3.1.4 Maslach tükenmişlik ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Christina Maslach ve Susan Jackson tarafından 1981 yılında oluşturulmuştur. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan, bu 22 maddeyi hangi sıklıkla yaşadıklarını işaretlemeleri istenir. 5’li Likert tarzında bir ölçektir ve her madde 0-4 arasında puanlanır. “Hiçbir zaman”(0), “Çok Nadir”(1), “Bazen”(2), “Çoğu Zaman”(3) ve “Her Zaman”(4) şeklinde bir cevap anahtarına sahiptir. 0-88 arasında puanlanır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Canan Ergin tarafından 1992 yılında yapılmıştır (61, 62, 63, 64).

3.2 İstatistiksel Analiz

Veri analizlerinde SPSS 22.0 istatistik paket programları kullanılmıştır. Katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini belirlemek için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 3 aralığında yer almasından dolayı verilerin normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir (77). Bundan dolayı psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde; iki bağımsız grubu karşılaştırılmak için bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla bağımsız grubu karşılaştırılmak için de tek yönlü varyans analizleri (ANOVA) yapılmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizleri sonuçlarına göre ortaya çıkan farklılıkları belirlemek için LSD testleri yapılmıştır. Bunlara ek olarak, psikolojik sağlamlık ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkileri belirlemek için korelasyon ve doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Veri analizleri kapsamında elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

- Psikolojik Sağlamlık Ölçeği: Yapılan analizlere göre ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,85$).
- Anksiyete Ölçeği: Yapılan analizlere göre ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,94$).
- Depresyon Ölçeği: Yapılan analizlere göre ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,90$).
- Tükenmişlik Ölçeği: Yapılan analizlere göre ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,89$).

3.3 Sınırlılıklar

Araştırma, sadece sağlık çalışanlarının katılımı ile yapılmıştır ve pandemi sürecinde ilgili değişkenlerin genel popülasyondaki değerleri bilinmemektedir.

Ayrıca, araştırma için hazırlanan anket sadece Acıbadem Sağlık Grubu çalışanları ile paylaşılmış ve sonuçlar yalnızca özel sektörün bir grup hastanesi çalışanlarının değerlerini ifade etmektedir. Kamu ve özel sektörde çalışma şartlarının farklılığı göz önüne alındığında, sonuçlar tüm Türkiye gerçeklerini yansıtmayabilir.

Dolayısıyla, hem genel popülasyonun hem de kamu ile özel sektörün beraber katılım sağladığı daha kapsamlı ve örneklem sayısı daha yüksek çalışmaların yapılması literatüre oldukça fayda sağlayacaktır.



4 BULGULAR

Verilerin bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik ve Bazı Bilgilerin Dağılımı (n=519)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	124	23,9
	Kadın	395	76,1
Medeni Durum	Bekar	266	51,3
	Evli	253	48,7
Bakmakla Yükümlü Olduğu Herhangi Birinin Varlığı	Evet	284	54,7
	Hayır	235	45,3
Meslek	Hekim	79	15,2
	İdari Personel	152	29,3
	Sağlık Personeli	210	40,5
	Diğer Personel	78	15,0
Doktor Tanısı Konmuş ve/veya Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Herhangi Bir Sağlık Sorununun Varlığı	Evet	158	30,4
	Hayır	361	69,6
Kişinin Bilgisi Dahilinde COVID-19 Geçirme Durumu	Evet	120	23,1
	Hayır	399	76,9
Pandemi Sürecinde COVID-19 Hastalarıyla Mesleki Olarak Temas Etme Sıklığı	Hemen hemen hiç temas etmedim	72	13,9
	Nadiren temas ettim	83	16,0
	Bazen temas ettim	118	22,7
	Sık temas ettim	90	17,3
	Hemen her çalışma günümde temas ettim	156	30,1
Pandemi Sürecinde Nöbet Tutma Durumu	Evet	296	57,0
	Hayır	223	43,0

Araştırmaya katılanların %76,1'i kadın, %23,9'u erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $33,74 \pm 10,44$ olup; katılımcıların %51,3'ü bekadır. Katılımcıların %54,7'sinin bakmakla yükümlü olduğu biri olup; katılımcıların %63'ünün ortalama

aylık geliri 5.000 TL ve altındadır. Katılımcıların %15,2'si hekim, %29,3'ü idari personel, %40,5'i sağlık personeli, %15'i diğer personeldir. Katılımcıların %69,6'sında doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorununu bulunmamaktadır. Katılımcıların %23,1'i Covid-19 geçirmiştir. Katılımcıların %30,1'i Covid-19 hastalarıyla mesleki olarak hemen her çalışma gününde temas etmiş olup; %17,3'ü sık temas etmiştir. Katılımcıların %57'si pandemi sürecinde nöbet tutmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	n	Ort.	Std. Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Psikolojik Sağlamlık	519	19,69	4,79	-0,28	0,26
Anksiyete	519	16,35	13,27	0,99	0,62
Depresyon	519	13,37	9,52	1,08	2,02
Tükenmişlik	519	30,30	14,71	0,32	-0,29

Katılımcıların psikolojik sağlamlık ($19,69 \pm 4,79$) ve anksiyete düzeyi ($16,35 \pm 13,27$) orta düzeyde olup; katılımcıların depresyon düzeyleri ($13,37 \pm 9,52$) hafif düzeydedir. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ise ortalama ($30,30 \pm 14,71$) puan düzeyindedir (Tablo 2).

Tablo 3. Değişkenlerin Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ort.	Std.Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Erkek	124	21,12	4,88	t= 3,86
	Kadın	395	19,24	4,69	p= 0,00
Anksiyete	Erkek	124	10,52	9,43	t= -7,00
	Kadın	395	18,18	13,77	p= 0,00
Depresyon	Erkek	124	10,62	9,53	t= -3,70
	Kadın	395	14,24	9,37	p= 0,00
Tükenmişlik	Erkek	124	26,17	14,58	t= -3,62
	Kadın	395	31,59	14,52	p= 0,00

Tablo 3'e göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların cinsiyetine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde erkek katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadın katılımcıların anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Değişkenlerin Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Medeni Durum	n	Ort.	Std.Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Bekar	266	18,88	4,68	$t= -4,01$
	Evli	253	20,55	4,77	$p= 0,00$
Anksiyete	Bekar	266	17,92	13,63	$t= 2,78$
	Evli	253	14,70	12,70	$p= 0,01$
Depresyon	Bekar	266	15,39	9,71	$t= 5,08$
	Evli	253	11,25	8,85	$p= 0,00$
Tükenmişlik	Bekar	266	32,42	14,46	$t= 3,40$
	Evli	253	28,07	14,66	$p= 0,00$

Tablo 4'e göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların medeni durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde evli katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bekar katılımcıların anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Değişkenlerin Katılımcıların Bakmakla Yükümlü Olduğu Herhangi Birinin Varlığına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Bakmakla yükümlü olduğunuz herhangi biri var mı?	n	Ort.	Std.Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Evet	284	19,76	5,00	t= 0,38
	Hayır	235	19,60	4,54	p= 0,71
Anksiyete	Evet	284	16,64	13,99	t= 0,55
	Hayır	235	16,00	12,37	p= 0,58
Depresyon	Evet	284	13,10	10,23	t= -0,74
	Hayır	235	13,71	8,60	p= 0,46
Tükenmişlik	Evet	284	29,14	14,91	t= -1,98
	Hayır	235	31,69	14,37	p= 0,048

Tablo 5'e göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete ve depresyon düzeylerinin katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu herhangi birinin varlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu herhangi birinin varlığına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılık incelendiğinde bakmakla yükümlü olduğu herhangi biri olmayan katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Değişkenlerin Mesleğe Göre Gruplandırılması

Gruplandırma	İçerdiği Meslek Grubu
Hekim	Doktor
İdari Personel	İdari Personel Hasta Hizmetleri Çalışanı
Sağlık Personeli	Hemşire/Ebe/Paramedik/Sağlık Memuru Psikolog Diyetisyen Eczacı
Diğer Personel	Teknisyen Diğer

Meslekler; hekim, idari personel (idari personel ve hasta hizmetleri çalışanı), sağlık personeli (hemşire/ebe/paramedik/sağlık memuru, psikolog, diyetisyen ve eczacı) ve diğer personel (teknisyen ve diğer) olarak gruplandırılmıştır (tablo 6).

Tablo 7. Değişkenlerin Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Meslek	n	Ort.	Std. Sapma	Test Değeri	Farklılık
Psikolojik Sağlamlık	Hekim (1)	79	21,25	4,93	F= 3,54 p= 0,01	1>2, 1>3
	İdari Personel (2)	152	19,32	4,38		
	Sağlık Personeli (3)	210	19,34	5,11		
	Diğer Personel (4)	78	19,78	4,29		
Anksiyete	Hekim (1)	79	10,11	8,97	F= 9,13 p= 0,00	2>1, 3>1, 4>1, 3>4
	İdari Personel (2)	152	17,42	12,83		
	Sağlık Personeli (3)	210	18,62	14,31		
	Diğer Personel (4)	78	14,47	12,84		
Depresyon	Hekim (1)	79	8,85	7,03	F= 9,15 p= 0,00	2>1, 3>1, 4>1, 2>4, 3>4
	İdari Personel (2)	152	14,66	9,54		
	Sağlık Personeli (3)	210	14,66	9,79		
	Diğer Personel (4)	78	11,96	9,51		
Tükenmişlik	Hekim (1)	79	23,41	13,90	F= 8,22 p= 0,00	2>1, 3>1, 4>1
	İdari Personel (2)	152	30,43	14,59		
	Sağlık Personeli (3)	210	32,84	14,62		
	Diğer Personel (4)	78	30,17	13,97		

Tablo 7'ye göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların mesleğine göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde hekimlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin idari personel ve sağlık personeline göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hekimlerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin idari personel, sağlık personeli ve diğer grubunda yer alan personele göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Son olarak sağlık personelinin (hemşire/ebe/paramedik/sağlık

memuru, psikolog, diyetisyen ve eczacı) anksiyete ve depresyon düzeyinin hekimlere ve diğer personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Değişkenlerin Katılımcıların Doktor Tanısı Konmuş ve/veya Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Herhangi Bir Sağlık Sorununun Varlığına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Doktor Tanısı Konmuş ve/veya Sürekli İlaç Kullanımını Gerektiren Herhangi Bir Sağlık Sorununun Varlığı	n	Ort.	Std. Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Evet	158	19,63	4,76	t= -0,19 p= 0,85
	Hayır	361	19,72	4,82	
Anksiyete	Evet	158	17,30	13,34	t= 1,07 p= 0,28
	Hayır	361	15,94	13,24	
Depresyon	Evet	158	14,01	10,22	t= 1,01 p= 0,31
	Hayır	361	13,09	9,20	
Tükenmişlik	Evet	158	28,41	14,27	t= -1,98 p= 0,049
	Hayır	361	31,13	14,84	

Tablo 8'e göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete ve depresyon düzeylerinin katılımcıların doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorununun varlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorununun varlığına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılık incelendiğinde doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorunu olmayan katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Değişkenlerin Katılımcıların Bilgisi Dahilinde COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Bilginiz dahilinde COVID-19 geçirdiniz mi?	n	Ort.	Std. Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Evet	120	18,91	4,93	t= -2,00 p= 0,046
	Hayır	399	19,93	4,73	
Anksiyete	Evet	120	20,26	15,19	t= 3,72 p= 0,00
	Hayır	399	15,18	12,42	
Depresyon	Evet	120	15,32	9,19	t= 2,57 p= 0,01
	Hayır	399	12,79	9,55	
Tükenmişlik	Evet	120	31,84	13,97	t= 1,31 p= 0,19
	Hayır	399	29,83	14,91	

Tablo 9'a göre katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların bilgisi dahilinde Covid-19 geçirme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete ve depresyon düzeylerinin katılımcıların bilgisi dahilinde Covid-19 geçirme durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde, bilgisi dahilinde Covid-19 geçiren katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük, anksiyete ve depresyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Değişkenlerin Katılımcıların Pandemi Sürecinde COVID-19 Hastalarıyla Mesleki Olarak Temas Etme Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Pandemi Sürecinde COVID-19 Hastalarıyla Mesleki Olarak Temas Etme Sıklığı	n	Ort.	Std. Sapma	Test Değeri	Farklılık
Psikolojik Sağlamlık	Hemen hemen hiç temas etmedim (1)	72	19,67	5,07	F= 2,56 p= 0,04	3>4, 3>5
	Nadiren temas ettim (2)	83	19,64	4,50		
	Bazen temas ettim (3)	118	20,83	4,17		
	Sık temas ettim (4)	90	19,47	4,45		
	Hemen her çalışma günümde temas ettim (5)	156	19,00	5,32		

Tablo 10. Değişkenlerin Katılımcıların Pandemi Sürecinde COVID-19 Hastalarıyla Mesleki Olarak Temas Etme Sıklığına Göre Karşılaştırılması (devam)

Anksiyete	Hemen hemen hiç temas etmedim (1)	72	12,71	11,55	F= 3,59 p= 0,01	4>1, 5>1, 5>2
	Nadiren temas ettim (2)	83	14,02	10,97		
	Bazen temas ettim (3)	118	16,31	12,79		
	Sık temas ettim (4)	90	17,01	14,48		
	Hemen her çalışma günümde temas ettim (5)	156	18,92	14,28		
Depresyon	Hemen hemen hiç temas etmedim (1)	72	10,42	6,92	F= 4,57 p= 0,00	5>1, 5>2, 5>3
	Nadiren temas ettim (2)	83	12,36	8,24		
	Bazen temas ettim (3)	118	12,81	9,17		
	Sık temas ettim (4)	90	13,32	10,25		
	Hemen her çalışma günümde temas ettim (5)	156	15,72	10,53		
Tükenmişlik	Hemen hemen hiç temas etmedim (1)	72	28,53	14,40	F= 2,46 p= 0,04	5>3, 4>3
	Nadiren temas ettim (2)	83	30,06	16,40		
	Bazen temas ettim (3)	118	27,48	14,05		
	Sık temas ettim (4)	90	32,06	14,16		
	Hemen her çalışma günümde temas ettim (5)	156	32,36	14,41		

Tablo 10'a göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların pandemi sürecinde Covid-19 hastalarıyla mesleki olarak temas etme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde Covid-19 hastalarıyla bazen temas eden katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin Covid-19 hastalarıyla daha sık temas eden katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Covid-19 hastalarıyla hemen her çalışma gününde temas eden katılımcıların anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Değişkenlerin Katılımcıların Pandemi Sürecinde Nöbet Tutma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Pandemi sürecinde nöbet tuttunuz mu?	n	Ort.	Std. Sapma	Test Değeri
Psikolojik Sağlamlık	Evet	296	18,82	4,76	t= -4,89 p= 0,00
	Hayır	223	20,85	4,60	
Anksiyete	Evet	296	18,66	14,37	t= 4,66 p= 0,00
	Hayır	223	13,29	10,95	
Depresyon	Evet	296	15,28	10,07	t= 5,40 p= 0,00
	Hayır	223	10,84	8,09	
Tükenmişlik	Evet	296	33,49	14,72	t= 5,88 p= 0,00
	Hayır	223	26,06	13,60	

Tablo 11'e göre katılımcıların psikolojik sağlamlık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin katılımcıların pandemi sürecinde nöbet tutma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde pandemi sürecinde nöbet tutmayan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin nöbet tutan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca nöbet tutan katılımcıların anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin nöbet tutmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	1	2	3
1. Psikolojik Sağlamlık			
2. Anksiyete	-0,54*		
3. Depresyon	-0,56*	0,67*	
4. Tükenmişlik	-0,56*	0,54*	0,63*

* $p<0,01$

Tablo 12’de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına göre psikolojik sağlamlıkla anksiyete ($r = -0,54$), depresyon ($r = -0,56$) ve tükenmişlik ($r = -0,56$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Anksiyete ile depresyon ($r = 0,67$) ve tükenmişlik ($r = 0,54$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Depresyon ile tükenmişlik ($r = 0,63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır.

Tablo 13. Psikolojik Sağlamlığın Anksiyeteye Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p
Sabit	45,81	22,07	0,00
Psikolojik Sağlamlık	-1,50	-14,60	0,00
	$R^2 = 0,292$	$F = 213,30$	$p = 0,00$

Bağımlı Değişken: Anksiyete

Tablo 13’de yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlığın anksiyeteyi negatif yönde etkilediği belirlenmiştir ($\beta = -1,50$, $p < 0,05$). Anksiyete düzeyindeki değişimin %29,2’sinin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı belirlenmiştir ($R^2 = 0,292$). Bu sonuçlar psikolojik sağlamlığın, anksiyetenin bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Psikolojik Sağlamlığın Depresyona Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p
Sabit	35,18	23,94	0,00
Psikolojik Sağlamlık	-1,11	-15,27	0,00
	$R^2 = 0,311$	$F = 233,26$	$p = 0,00$

Bağımlı Değişken: Depresyon

Tablo 14’de yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlığın depresyonu negatif yönde etkilediği belirlenmiştir ($\beta = -1,11$, $p < 0,05$). Depresyon düzeyindeki değişimin %31,1’inin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı

belirlenmiştir ($R^2=0,311$). Bu sonuçlar psikolojik sağlamlığın, depresyonun bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 15. Psikolojik Sağlamlığın Tükenmişliğe Etkisi

Bağımsız Değişken	β	t	p
Sabit	63,95	28,17	0,00
Psikolojik Sağlamlık	-1,71	-15,26	0,00
	$R^2= 0,310$	F= 232,80	p= 0,00

Bağımlı Değişken: Tükenmişlik

Tablo 15’de yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlığın tükenmişliği negatif yönde etkilediği belirlenmiştir ($\beta= -1,71$, $p<0,05$). Tükenmişlik düzeyindeki değişimin %31’inin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı belirlenmiştir ($R^2=0,310$). Bu sonuçlar psikolojik sağlamlığın, tükenmişliğin bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

5 TARTIŞMA

5.1 Pandeminin Genel Popölasyon Üzerindeki Etkileri

Salgın hastalıklar, yüzyıllardır insanların hayatlarını kökten uca değıştiren ve ilerleyen süreçte nasıl sonuçlara sebep olacağı öngörölemeyen olgulardır. Hastaların bedenlerinde oluşan değışimlerin, onların ruhsal dengesini ve stres seviyelerini değıştirdiğı tıp biliminde kabul edilmiş bir gerçektir. Salgın süresince toplumun duygu, düşünce ve davranışlarının nasıl olacağını öngörmek oldukça önemli ve sürecin başarılı bir şekilde yönetilmesi için gereklidir. Bu sebeple, salgın günleri ve sonrası dönem için, bireyde fizyolojik mekanizmayı, duygu durumu ve davranışları etkileyen temel unsurların bilimsel olarak irdelenmesi bir sorumluluktur (78).

Başlıca solunum yollarını etkilediğı bilinen SARS-CoV-2 virüsü, hastalığa yakalanan bireylerin sadece fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda ruhsal sağlığını da tehdit etmektedir. Bedensel semptomlarla başlayan COVID-19 hastalığının geliştirdiğı öksürük ve nefes darlığı gibi belirtiler, bireylerin ölüm korkusuyla karşı karşıya kalmasını ve zamanla bu korkunun derinleşerek anksiyete ve depresyona dönüşmesine sebebiyet vermektedir. Önceki çalışmalar, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığının, genel popölasyonda anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini artırabildiğini göstermiştir. Örneğin, SARS salgını sırasında Hong Kong’da yapılan bir araştırmada bireylerin ruh sağlığının kötüleştiğı, yüksek düzeyde çaresiz, dehşete kapılmış ve endişeli hissettiğı bulunmuştur. Ayrıca bu bireylerin bir kısmında (%16) travma sonrası belirtiler görölmüştür, önemli bir kısmının da salgın sonrasında (%40) aile veya iş ortamında artan stres algıladığı belirtilmiştir (79).

Çin’de henüz COVID-19 salgınının başlangıç dönemlerinde, genel popölasyonda yapılan bir başka çalışmada ise; katılımcıların %53,8’i salgının psikolojik etkisini orta veya şiddetli olarak değerlendirmiştir. Ayrıca, katılımcıların %16,5’inde orta ila şiddetli depresif semptomlar, %28,8’inde orta ila şiddetli anksiyete semptomları ve %8,1’inde orta ila şiddetli stres semptomları bildirilmiştir (80). Amerika Birleşik Devletleri’nde 18-30 yaş arası genç erişkinlerin (n=898) katılımı ile yürütölen bir

çalışmada ise; anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (81).

Türkiye’de yoğun bakım hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise, hastalarda gelişen komplikasyonlar arasında %37,66 oranıyla en sık nörolojik semptomların (ciddi antipsikotik tedavi gerektiren ajitasyon bulguları, geç uyanma, nöbet, periferik nöropati) gözlendiği bildirilmiştir (9).

5.2 Pandeminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Sağlık sektörü, ertelenemez ve yerine başka bir şey ikame edilemez olma özelliklerinden ötürü hizmet sektörünün en önemli alanlarından biridir. Sağlık hizmeti tüketiminin zamanı ve miktarı belirsiz olup bu tüketimin önemli ölçüde bir kısmı ani gelişen durumlarda alınan hizmetleri oluşturur. Dolayısıyla sağlık sektörü, hizmette aksama yaratmamak adına yedi gün 24 saat devamlılığı bulunmak zorunda olan bir sektördür.

Sağlık hizmet sunucularının işinin, insan hayatının korunması, kurtarılması veya sürdürülmesi ile ilgili olması sebebiyle iş ortamlarındaki stres yükünün yüksek olması kaçınılmazdır. Bunun üzerine, Aralık 2019’da ilk kez tanımlanan COVID-19 hastalığı ve devamında süre gelen pandemi durumu, dünya çapında sağlık çalışanlarının üzerindeki iş yükünü ve beklentileri olağanüstü düzeyde artırmıştır.

Sağlık sektörünün üretim kaynakları denince akla ilk önce Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI), Bilgisayarlı Tomografi (BT), ultrason (USG) ve röntgen (x-ray) cihazı gibi makineler gelse de aslında sektörün üretim kaynaklarının çoğunluğu insanlardan oluşmaktadır. Örnek vermek gerekirse; başta tıbbi süreci yönetmekten sorumlu hekim ve onunla beraber çalışan çeşitli meslek gruplarından insanlar (hemşire, paramedik, eczacı, anestezi, acil tıp ve röntgen teknisyeni, ebe, laborant, hasta bakım personeli, tıbbi sekreter ve temizlik görevlisinin yanı sıra, tıbbi cihazların bakımından sorumlu olan tıbbi teknikerler ile diğer teknik elemanlar ve yönetimde

görevli idari personel) sağlık sektörünün üretim kaynaklarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır.

Dolayısıyla, dünya çapında hem sağlık hem de ekonomik alanda krizlere sebep olan COVID-19 pandemisinin belirsizliği ve getirdiği iş yükü artışının sağlık personeli üzerinde bazı ciddi psikolojik etkilere sebep olması kaçınılmazdır. Nitekim Afyon’da yürütülen, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada “İlk COVID-19 vakası geldiğinde neler hissettiniz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde çalışmaya katılan bütün meslek gruplarında (doktor, hemşire, paramedik, ebe, anestezi teknisyeni) ön plana çıkan kavramların endişe, korku ve heyecan olduğu görülmüştür (82).

Ayrıca, SARS salgını döneminde yapılan çalışmalarda, bir pandemi sırasında sağlık çalışanlarının enfeksiyona yakalanma konusunda genel popülasyona oranla çok daha endişeli oldukları gösterilmiştir (83). Nitekim COVID-19 salgınının başlarında yürütülen bir başka çalışmada ise, salgından en çok etkilenen ve en çok zarar görme riski taşıyan meslek grubunun sağlık çalışanları olduğu belirtilmiştir (80).

Öte yandan sağlık çalışanlarının, halihazırda yoğun olan çalışma şartlarının üzerine; öncelikle kendilerini, bakım verdikleri hastaları ve tabii aile fertlerini korumak ve bulaş riskini kontrol altında tutmak amacıyla, siperlik, koruyucu gözlük, çeşitli maskeler ve tek kullanımlık önlük/tulum gibi koruyucu ekipmanlarla çalışmak zorunda kalmaları çalışma şartlarını oldukça zorlaştırmıştır. Uzun mesai saatlerinde yüksek sıcaklık ve negatif basınçta, iki kat koruma ve maskeler içinde çalışmak, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklara ve çalışanların stres düzeylerinde ciddi artışlara sebep olmuştur. Türkiye’de sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; enfeksiyon bulaş riskini azaltmak için kişisel koruyucu ekipman kullanmanın, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerinde anlamlı derecede negatif etkilere neden olduğu saptanmıştır (84).

Pandemi sürecinde sayıca artan ve ciddi sonuçlara sebep olan bir diğer konu ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddettir. Fiziksel, sözel, psikolojik şiddet veya cinsel taciz dışında, pandemi kaynaklı sağlık çalışanını damgalayan ve ötekileştiren yeni bir şiddet boyutu göze çarpmaktadır. Sağlık çalışanı olduğunu söylediğinde toplu taşıma araçlarından indirilen, yıllardır kiracı olduğu evden çıkmaya zorlanan veya apartman yönetimi tarafından evine girip çıkarken hiçbir yere dokunmaması konusunda uyarılan birçok sağlık çalışanı olmuştur. Tüm dünyada sistemsel aksaklıklardan ötürü beklediği sağlık hizmetine ulaşamayan hasta ve hasta yakınları, pandemi öncesinde olduğu gibi, pandemi süresince de öfkesini sağlık çalışanlarından çıkartmıştır (85). Pandemi öncesinde, Ankara’da yapılan bir çalışmada; şiddete en fazla maruz kalınan alanların sırasıyla acil, cerrahi ve dahili servisler ve kan alma-enjeksiyon bölümleri olduğu belirtilirken, en düşük oranda şiddete maruz kalınan alanların sırasıyla yoğun bakım ünitesi ve ameliyathane, radyoloji ve laboratuvar olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, devlet hastanelerine kıyasla özel hastanelerde daha az şiddete maruz kalındığı sonucu ortaya konmuştur (86). Böylelikle, sağlık çalışanlarının güvenliğini tehdit eden en büyük unsurlardan birinin de, küresel bir salgın olsun ya da olmasın, şiddet yanlısı insanların varlığı olduğu söylemek mantıklı olacaktır.

5.2.1 Psikolojik dayanıklılık

Bu dönemde, sağlık meslek gruplarının COVID-19 pandemisinden etkilenme oranlarını ve psikolojik dayanıklılıklarını ölçen birçok çalışma yapılmıştır. Bu araştırmada, katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ortalama $19,69 \pm 4,79$ puan ölçülmüştür (tablo 2).

Çalışmalarda gösterilen oldukça çarpıcı bir ortak nokta olarak, erkeklerin psikolojik dayanıklılıklarının kadınlara kıyasla daha yüksek olması ve salgının psikolojik etkilerine bakıldığında kadınların erkeklere oranla daha fazla psikolojik belirti göstermesidir (21, 84, 87, 88, 89). Nitekim tablo 3’te de görüldüğü üzere, bu araştırmada da erkek katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 3). Kadınların aile içinde ve sosyal yaşamda daha fazla sorumluluk sahibi olmaları ve gün içinde birden fazla şapka ile farklı

görevleri yerine getirme zorunlulukları; ayrıca hasta bakım süreçlerinde annelik içgüdüğü sebebiyle daha çok duygusal yıpranma yaşamaları psikolojik olarak daha fazla yıpranmalarına sebep olarak gösterilebilir. Nitekim, çalışma yaşamındaki sorunlar bağlamında COVID-19 pandemisinin kadın sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; kadın sağlık çalışanlarının bir yandan yoğun ve stresli çalışma ortamında salgın kaynaklı sıklaşan çalışma saatleri ve enfekte olma riski ile uğraşırken, diğer yandan aile bireylerini hastalıktan korumak için izolasyona girmek zorunda olup normal zamanda yürüttükleri sorumluluklarını aksatmaktan ötürü yaşadıkları olumsuz psikolojik durumlardan bahsedilmiştir (90).

Küresel salgın dönemlerinde aile ve sosyal çevre desteğinin oldukça önemli olduğu gerçeğine ışık tutar şekilde, bu çalışmada evli katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri bekar katılımcılara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ölçülmüştür (tablo 4).

Bu çalışmada, hekimlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, idari personel ve sağlık personeline göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (tablo 7). Bu durumun nedenini multifaktörel olarak açıklamak yerinde olacaktır. Öncelikle bu çalışma pandeminin ilanından bir yıl sonra yapılmış (2021 Nisan-Mayıs-Haziran ayları) ve bu süreçte pandeminin ilk iki dalgası geride bırakılmıştır. Dolayısıyla, sağlık sisteminin sınırları iki kez zorlanmış ve hekimler nelerle karşılaşacakları konusunda fikir sahibi olmuşlardır. Ayrıca, hekimlerin tıp fakültesi ve sonrasında aldıkları yoğun kriz yönetimi eğitimleri, sağlık ekibini yönetmekle yükümlü oldukları için yüksek dirayete ihtiyaç duymaları gerçeği ve maddi anlamda diğer sağlık çalışanlarına göre daha güvende hissetmelerinden ötürü psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olması normal karşılanabilir. Bunun aksine, Türkiye'nin çeşitli illerinden katılımcılarla (n=214, hekim sayısı 66) pandeminin ilan edilmesinden hemen sonra Nisan 2020'de yürütülen başka bir çalışmada ise, diğer sağlık çalışanlarına oranla psikolojik dayanıklılığı en düşük grubun hekimler olduğu gösterilmiştir (21). Bu durumda fark edildiği üzere, iki çalışma da tüm Türkiye gerçeğini bu anlamda yansıtmayabilir ve çalışmaların yürütüldüğü zamanların farklılıkları da sonuçları etkileyen faktörlerden biridir.

Bu dönemde COVID-19 hastalığı tanısı alan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri, hastalık tanısı almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük ölçülmüştür (tablo 9). Hastalığa yakalanan sağlık çalışanlarının yaşadığı yoğun kaygı ve stres sebebiyle psikolojik dayanıklılıkları düşmüştür.

Benzer şekilde, katılımcıların COVID-19 hastalarıyla temas etme sıklıklarına göre psikolojik dayanıklılıkları incelendiğinde, bazen temas edenlerin, sık ve hemen her çalışma gününde temas edenlere oranla psikolojik dayanıklılıkları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek ölçülmüştür, fakat diğer (hemen hemen hiç veya nadiren) temas sıklıklarında istatistiksel olarak anlamlı verilere rastlanmamıştır (tablo 10). Dolayısıyla, bu ölçütte psikolojik dayanıklılık ile nedensellik ilişkisi kurulamamıştır. Bu durumun literatüre katkısı, yeni araştırmalarda bu konu üzerine eğililebileceğinin fark edilmesi olmuştur.

Ankete katılanlar arasında nöbet tuttuğunu ifade eden katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin tutmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur (tablo 11). Dolayısıyla, nöbet tutatacak gününün çoğunu veya tamamını hastanede çalışarak geçiren katılımcıların psikolojik olarak yıprandığı ve dayanıklılıklarının azaldığı söylenebilir.

5.2.2 Anksiyete

Sağlık hizmet sektörü, doğası gereği stres seviyesi yüksek bir sektördür. Fakat, etkin bir çalışma ortamına sahip olabilmek için stres ve kaygı seviyesinin optimal düzeyde olması gerekir. Bu araştırmada, katılımcıların anksiyete düzeyleri ortalama 16,35 puan ve $\pm 13,27$ puan standart sapma ile orta düzeyde ölçülmüştür (tablo 2). Benzer şekilde, 2020 yılında Çin’de 1563 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %44,7’sinde anksiyete bozuklukları ortaya çıktığı ve stress kaynaklı semptom gösteren katılımcıların %73,4 olduğu belirtilmiştir (91). Singapur’da yapılan benzer bir çalışmada (n=470) sağlık personellerinin %13,3’ünde stress kaynaklı semptomlar, %31,5’inde anksiyete ve %16,6’sında travma sonrası stress bozukluğu görülmüştür (92).

COVID-19 pandemisinin diş hekimleri üzerinde yarattığı gelecek kaygısı ve stresin değerlendirildiği bir çalışmada ise, damlacık yoluyla yayıldığı bilinen hastalığın diş hekimlerinde yüksek düzeyde stres ve orta düzeyde gelecek kaygısı yarattığı ortaya konmuştur. Ayrıca, kadın diş hekimleri ve pandemi sürecinde çalışmaya devam eden diş hekimlerinin stres ve gelecek kaygısının daha yüksek olduğu da önemli bulgular arasındadır (89). Tablo 3'te de görüldüğü üzere, bu araştırmada kadın katılımcıların anksiyete düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 3). Bu dönemde yapılan diğer çalışmalarda da kadınların erkeklere oranla anksiyete ve stres seviyesi anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (87, 89, 93, 94).

Küresel salgın dönemlerinde aile ve sosyal çevre desteğinin önemli olduğu gerçeğine ışık tutar şekilde, bu araştırmada bekar katılımcıların anksiyete düzeyleri evli katılımcılara oranla daha yüksek ölçülmüştür (tablo 4). Benzer şekilde, 14 makalelik bir derlemede sağlık çalışanları tarafından hissedilen sosyal desteğin, COVID-19 pandemisi döneminde stres kaynaklı anksiyete üzerinde koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (95).

Meslek gruplarına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde, en düşük anksiyete düzeylerine sahip grubun hekimler olduğu gözlenmiştir (tablo 7). Bu durumun sebebi olarak hekimlerin, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim hayatlarında sıklıkla yüksek stres altında çalışmaları ve kriz yönetimi konusunda daha deneyimli olmaları gösterilebilir. Dolayısıyla, hekimler pandemi koşullarına daha hızlı adapte olmuş olabilirler.

Hemşire, ebe, paramedik, sağlık memuru, psikolog, diyetisyen ve eczacı gibi mesleklerden katılımcıları içeren sağlık personeli grubunun anksiyete düzeyi hekimlerden ve diğer personelden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek ölçülmüştür (tablo 7). Bu alanda yapılan başka çalışmalarda ise, pandemi yükünün en çok hemşirelerin üzerinde etki gösterdiği; tükenmişlik, umutsuzluk, apati, korku, uyku problemleri vb. ile ilişkili anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterme oranlarının diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğu kayıtlara geçmiştir

(87, 96). Singapur’da yapılan benzer bir çalışmada sağlık personelleri medical (doktor ve hemşire) ve non-medikal (teknisyen, bakım elemanı, sekreter ve idari personel) olarak iki kategoride izlenmiş ve buna göre; medikal sağlık çalışanlarında stress kaynaklı semptom gösterme, anksiyete ve travma sonrası stress bozukluğu görülme oranları sırasıyla %6,4, %10,8 ve %5,7 iken, non-medikal sağlık çalışanlarında görülme oranları sırasıyla %6,9, %20,7 ve %10,9 olarak saptanmıştır. Non-medikal sağlık çalışanlarında anksiyete görülme sıklığı medical sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.011$) (92). COVID-19 pandemisinin ilk yılında Ege Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan sağlık çalışanlarının ($n=683$) katılımı ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde, stress ve anksiyete düzeyleri en yüksek ölçülen grup hemşireler olmuştur (67). Hemşireler, görev ve sorumlulukları gereği, hastalarla diğer tüm sağlık çalışanlarından daha uzun süre ve daha yakın temasta vakit geçirmek zorunda olduklarından ötürü; her zaman daha fazla baskı altında ve endişe içinde olmuşlardır. Nitekim, SARS salgınında da acil serviste çalışan hemşirelerin doktora oranla daha fazla stres yaşadıkları çalışmalarla kanıtlanmıştır (97, 98, 99). Özetle, bu çalışma dahil Türkiye ve Dünya’da yapılan çalışmalarda ortak olarak gösterildiği üzere, pandemiden en çok etkilenen ve en çok anksiyete belirtileri gösteren sağlık çalışanları hemşireler olmuştur (67, 87, 92, 93, 94, 96, 100, 101, 102,).

Bu dönemde COVID-19 hastalığı tanısı alan katılımcıların anksiyete düzeyleri, hastalık tanısı almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek ölçülmüştür (tablo 9).

Bu araştırmanın yapıldığı dönemde henüz COVID-19 hastalığının tedavisinin bulunmamış olması ve dünyadaki aşı çalışmalarının henüz faz 3 aşamalarında olmalarından ötürü, hastalıkla karşılaşmanın kişilerde stres seviyesini oldukça artıracağı göz önüne alınmalıdır. Sonuç olarak, önceki çalışmalarda da kanıtlandığı gibi, pandemi etkiyle daha sık karşılaşan sağlık çalışanlarının akut ve kronik stres seviyelerinde ve anksiyete düzeylerinde artışlar gerçekleşmektedir (94, 95, 103, 104). Nitekim katılımcıların COVID-19 hastalarıyla temas etme sıklığına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde; sıklıkla ve hemen her çalışma gününde temas eden katılımcıların anksiyete düzeylerinin, daha az (hemen hemen hiç veya nadiren) temas

edenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 10). Aynı şekilde, katılımcıların hastanede daha fazla zaman geçirmesinin ve bu dönemde nöbet tutmasının stres seviyelerini artırabileceği düşünülmektedir. Ankete katılanlar arasında nöbet tuttuğunu ifade eden katılımcıların anksiyete düzeylerinin tutmayanlara oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (tablo 11).

Bu araştırma kapsamında olmayan fakat literatürde yer etmesi gereken bir diğer konu ise; sahada aktif çalışmakta olan sağlık çalışanlarının yanı sıra, eğitim sürecinin önemli bir kısmını hastanelerde geçiren hemşirelik, tıp ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin de anksiyete seviyelerinin anlamlı düzeyde orta ila şiddetli seviyede görülmesidir (89, 105, 106). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin sosyal hayattan uzaklaşmaları, ev karantinası süreçleri, virüs bulaşma veya ölüm korkusu ve gelecek konusunda kaygılı olma durumları ile sağlık anksiyetesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır (106). Ayrıca; tüm dünyada öğrenciler çevrimiçi eğitim-öğretim sürecine geçiş yaparken, sağlık meslek grubu öğrencileri, pratik eğitim alma zorunluluklarından ötürü, bu sürece tam anlamıyla adapte olamamışlardır.

5.2.3 Depresyon

Bu çalışmada, katılımcıların depresyon düzeyleri ortalama 13,37 puan ve $\pm 9,52$ puan standart sapma ile hafif düzeyde ölçülmüştür (tablo 2). Benzer şekilde, 2020 yılında Çin’de 1563 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %50,7’sinde depresyon bulguları ve %36,1’inde insomnia olduğu saptanmıştır (91). Singapur’da yapılan benzer bir çalışmada (n=470) sağlık personellerinin %18,4’ünde depresyon görülmüştür (92). İsviçre’de pandeminin ilk haftalarında yapılan benzer bir çalışmada sağlık çalışanlarının depresyon seviyesi hafif düzeyde artmış olarak ölçülmüştür (94). 2022 yılı Medscape Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporuna göre ise, hekimlerin %21’i klinik depresyondan muzdarip olduklarını ve %64’ü ise bitkin ve üzgün olduklarını belirtmiştir (107).

Tablo 3’te de görüldüğü üzere, bu araştırmada kadın katılımcıların depresyon düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 3). Diğer çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmayı destekler nitelikte, kadın katılımcıların depresyon düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğuna dair bulgular mevcuttur(94).

Küresel salgın dönemlerinde aile ve sosyal çevre desteğinin önemli olduğu gerçeğine ışık tutar şekilde, bu araştırmada bekar katılımcıların depresyon düzeyleri evli katılımcılara oranla daha yüksek ölçülmüştür (tablo 4).

Meslek gruplarına göre depresyon düzeyleri incelendiğinde, en düşük depresyon düzeylerine sahip grubun hekimler olduğu gözlenmiştir (tablo 7). Bu durumun sebebi olarak hekimlerin, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim hayatlarında sıklıkla yüksek stres altında çalışmaları ve kriz yönetimi konusunda daha deneyimli olmaları gösterilebilir. Dolayısıyla, hekimler pandemi koşullarına daha hızlı adapte olmuş olabilirler. Hemşire, ebe, paramedik, sağlık memuru, psikolog, diyetisyen ve eczacı gibi mesleklerden katılımcıları içeren sağlık personeli grubunun depresyon düzeyi hekimlerden ve diğer personelden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek ölçülmüştür (tablo 7). Bu alanda yapılan başka çalışmalarda ise, pandemi yükünün en çok hemşirelerin üzerinde etki gösterdiği; tükenmişlik, umutsuzluk, apati, korku, uyku problemleri vb. ile ilişkili depresyon belirtileri gösterme oranlarının diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğu kayıtlara geçmiştir (87, 96). Sağlık personellerinin medical (doktor ve hemşire) ve non-medikal (teknisyen, bakım elemanı, sekreter ve idari personel) olarak iki kategoride izlenmiş olduğu Singapur’da yapılan çalışmaya göre; medikal sağlık çalışanlarında depresyon görülme oranı %8,1 iken, non-medikal sağlık çalışanlarında görülme oranı %10,3 olarak saptanmıştır (92). COVID-19 pandemisinin ilk yılında Ege Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan sağlık çalışanlarının (n=683) katılımı ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde, depresyon düzeyleri en yüksek ölçülen grup hemşireler olmuştur (67). Hemşireler, görev ve sorumlulukları gereği, hastalarla diğer tüm sağlık çalışanlarından daha uzun süre ve daha yakın temasta vakit geçirmek zorunda olduklarından ötürü; her zaman daha fazla baskı altında ve endişe içinde olmuşlardır. Nitekim, SARS salgınında da acil serviste çalışan

hemşirelerin doktorlara oranla daha fazla stres yaşadıkları çalışmalarla kanıtlanmıştır (97, 98, 99). Özetle, bu çalışma dahil Türkiye ve Dünya’da yapılan çalışmalarda ortak olarak gösterildiği üzere, bu pandemiden en çok etkilenen ve en çok depresyon belirtileri gösteren sağlık çalışanları hemşireler olmuştur (67, 87, 92, 93, 94, 96, 100, 101, 102).

Bu dönemde COVID-19 hastalığı tanısı alan katılımcıların depresyon düzeyleri, hastalık tanısı almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek ölçülmüştür (tablo 9).

Bu araştırmanın yapıldığı dönemde henüz COVID-19 hastalığının tedavisinin bulunmamış olması ve dünyadaki aşı çalışmalarının henüz faz 3 aşamalarında olmalarından ötürü, hastalıkla karşılaşmanın kişilerdeki psikolojik tepkilerin dengesini anlamlı derecede değiştirebileceği göz önüne alınmalıdır. Sonuç olarak, önceki çalışmalarda da kanıtlandığı gibi, pandemi etkeniyle daha sık karşılaşan sağlık çalışanlarının depresyon düzeylerinde artışlar gerçekleşmektedir (94, 95, 103, 104). Nitekim katılımcıların COVID-19 hastalarıyla temas etme sıklığına göre depresyon düzeyleri incelendiğinde; hemen her çalışma gününde COVID-19 hastalarıyla temas eden katılımcıların depresyon düzeylerinin daha az (hemen hemen hiç, nadiren veya bazen) temas edenlere göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 10). Aynı şekilde, katılımcıların hastanede daha fazla zaman geçirmesinin ve bu dönemde nöbet tutmasının stres seviyelerini artırabileceği düşünülmektedir. Ankete katılanlar arasında nöbet tuttuğunu ifade eden katılımcıların depresyon düzeylerinin tutmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (tablo 11).

Bu araştırma kapsamında olmayan fakat literatürde yer etmesi gereken bir diğer konu ise; sahada aktif çalışmakta olan sağlık çalışanlarının yanı sıra, eğitim sürecinin önemli bir kısmını hastanelerde geçiren hemşirelik, tıp ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin de depresyon seviyelerinin anlamlı düzeyde orta ila şiddetli seviyede görülmesidir (89, 105, 106).

5.2.4 Tükenmişlik

Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde, iştahsızlık, çaresizlik hissi, alınganlık, baş ağrısı, kronik yorgunluk, öz saygıda azalma, uykusuzluk ve anksiyete ile depresyon gibi psikolojik sorunlar görülebilmektedir. Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarında bireysel belirtilerin yanı sıra ailesel ve (çalışma ortamında) örgütsel problemler de ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik seviyesi yükseldikçe kişilerde sabırsızlık, içe kapanma, hoşgörüsüzlüğün yanı sıra sosyal çevreden kopma ve çalışma ortamından uzaklaşma gibi iş verimini etkileyecek iletişim problemleri de artar. Dolayısıyla tükenmişlik hisseden kişilerde bireysel, ailesel ve çalışma yaşamında işlevselliği etkileyen sorunlar yaşanması kaçınılmazdır (108, 109).

Giderek artan vaka sayıları ve uzayan salgın süreci, yoğun iş yükü, bulaş riski, aile fertlerinden uzak kalma ve koruyucu ekipmanlar içinde fiziksel rahatsızlıkla çalışma gibi zorluklar, sağlık çalışanlarında tükenmişlik hissine yol açabilmektedir. Bu dönemde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir anket çalışmasında; “Bu süreçte çok çalıştığınızı düşünerek işinizde tükendiğinizi hissettiniz mi?” sorusuna “kısmen evet” cevabıyla birlikte “evet” cevabını veren katılımcıların oranı %63,88’dir (82). 2020 yılında yayımlanan bir derlemeye göre; Avrupa Birliği ülkelerindeki tükenmişlik prevelansı ortalama %10 iken Avrupa Birliği’nde olmayan ülkelerin tükenmişlik prevelansı ortalama %17 bulunmuştur. Çalışmada Türkiye’nin tükenmişlik prevelansı %25’tir (110). 2022 yılı Medscape Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporuna göre ankete katılan (13 binden fazla) hekimlerde tükenmişlik hissettiğini ifade eden hekim oranı %47’ye yükselmiştir, 2021 yılı için bu oran %42’dir (107). Bu araştırmada, katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ortalaması $30,30 \pm 14,71$ puan olarak ölçülmüştür (tablo 2).

Tablo 3’te de görüldüğü üzere, bu araştırmada kadın katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 3). Benzer şekilde, 2022 yılı Medscape Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporuna göre ankete katılan (13 binden fazla) hekimlerde tükenmişlik hissettiğini ifade eden hekimlerin oranı kadınlarda %56 iken erkeklerde %41’dir (107). Kadın

cinsiyete sahip olmanın tükenmişliği artırabildiği belirlenen birçok çalışma mevcuttur (80, 94, 111, 112, 113). Bunun sebebi olarak, iş hayatına ek olarak toplum tarafından kendilerine yüklenen bazı görevlerle beraber kadınların çift işyüküne sahip olmaları gösterilebilir.

Küresel salgın dönemlerinde aile ve sosyal çevre desteğinin önemli olduğu gerçeğine ışık tutar şekilde, bu araştırmada bekar katılımcıların tükenmişlik düzeyleri evli katılımcılara oranla daha yüksek ölçülmüştür (tablo 4). Ayrıca, katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu herhangi birinin varlığına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, bakmakla yükümlü olduğu herhangi biri olmayan katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 5). Bu dönemde evli ve çocuklu sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri diğer çalışmalarda da daha düşük ölçülmüştür (111). Bununla beraber, yapılan diğer çalışmalarda da aile, iş çevresi ve sosyal çevreden gelen desteğin tükenmişlik seviyelerini azalttığı görülmüştür (67, 94, 114). Fakat, tam tersi sonuçlarla evli ve küçük (12 yaş altı) çocuk sahibi olmanın sağlık çalışanlarındaki tükenmişliği artırdığı yönünde bulguları olan çalışmalar da mevcuttur (112).

Meslek gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, hekim grubunun idari personel, sağlık personeli ve diğer personelden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu gözlenmiştir (tablo 7). Bu alanda yapılan başka çalışmalarda ise, pandemi yükünün en çok hemşirelerin üzerinde etki gösterdiği ve tükenmişlik belirtileri gösterme oranlarının diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğu kayıtlara geçmiştir (87, 93, 94, 96, 114). Benzer şekilde, COVID-19 pandemisi döneminde, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin doktorlara oranla daha yüksek olduğunu kanıtlayan birçok bilimsel çalışma mevcuttur (94, 115, 116). Öte yandan, bu dönemde yürütülen bazı çalışmalarda ise, tükenmişlik düzeyleri diğerlerine göre en yüksek ölçülen grup hemşireler ve ayrıca uzman doktorlar olmuştur (67, 111). Bunun yanında yüklü çalışma saatlerine maruz kalan hemşirelerin bu yüke maruz kalmayan hemşirelere göre duyarsızlaşma riski 2,7 kat daha fazla bulunmuştur (67).

Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmanın COVID-19 prognozuna etkisinin henüz bilinmediği, korku ve stresi artırabileceği tahmin edildiği, pandeminin ilk yılında, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yöneticiler, yaşlı ve hasta nüfusu koruma altına almak için çeşitli koruyucu kararlar almıştır. 60 yaş üstü veya bakanlıkça belirlenmiş listedeki kronik hastalıklara sahip olan kamu çalışanlarına idari izin verilmiş ve evde kalmaları sağlanmıştır (117). Nitekim, Portekiz’de bu dönemde yapılan bir çalışmada, herhangi bir sağlık problemi olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri sağlık problemi olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (112). Ancak bu çalışmada katılımcıların tükenmişlik düzeyleri, doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorununun varlığına göre incelendiğinde, bu soruya hayır cevabı verenlerin tükenmişlik düzeylerinin evet cevabı verenlere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (tablo 8). Ayrıca bu dönemde, katılımcıların bilgisi dahilinde COVID-19 hastalığı geçirme durumunun tükenmişlik düzeylerine ilişkisi araştırıldığında, COVID-19 hastalığı geçirmenin, tükenmişlik düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı gözlenmiştir (tablo 9). Dolayısıyla, COVID-19 geçirme veya diğer herhangi bir hastalığa sahip olma ile tükenmişlik arasında herhangi bir bağ kurulamamıştır.

Bu araştırmanın yapıldığı dönemde henüz COVID-19 hastalığının tedavisinin bulunmamış olması ve dünyadaki aşı çalışmalarının henüz faz 3 aşamalarında olmalarından ötürü, hastalıkla karşılaşmanın yarattığı belirsizliğin, sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik seviyesini anlamlı derecede değiştirebileceği göz önüne alınmalıdır. Sonuç olarak, önceki çalışmalarda da kanıtlandığı gibi, pandemi etkiyle daha sık karşılaşan sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerinde artışlar gerçekleşmektedir (94). Nitekim katılımcıların COVID-19 hastalarıyla temas etme sıklığına göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde; sık ve hemen her çalışma gününde COVID-19 hastalarıyla temas eden katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin daha az (bazen) temas edenlere göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (tablo 10). Aynı şekilde, katılımcıların hastanede daha fazla zaman geçirmesinin ve bu dönemde nöbet tutmasının stres seviyelerini artırabileceği düşünülmektedir. Ankete katılanlar arasında nöbet tuttuğunu ifade eden katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin tutmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde

yüksek olduğu bulunmuştur (tablo 11). Benzer şekilde, bu dönemde yapılan diğer çalışmalarda da uzun mesai saatlerinin ve COVID-19 hastalarıyla temasın tükenmişlik seviyelerini artırdığı ortaya konmuştur (67, 94, 111, 115). Portekiz’de yapılan bir çalışmada, COVID-19 hastalarıyla direkt temasta bulunan sağlık çalışanlarında direkt temas kurmayanlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeyleri ölçülmüştür (112) 2022 yılı Medscape Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Depresyon Raporuna göre ankete katılan hekimlerin %34’ü bu dönemde tükenmişlik düzeyini artıran en büyük faktörün uzun mesai saatleri olduğunu belirtmiştir (107). Ayrıca, İtalya’da yapılan bir çalışmada tükenmişlik düzeylerini tahmin etmek için kullanılabilecek önemli değişkenlerden birinin haftalık çalışma saatleri olduğu ortaya konmuştur (114).

Bu çalışmada araştırılmayan fakat çeşitli çalışmalarda incelenen, tükenmişliğe etki eden diğer faktörler de; kişisel koruyucu ekipman eksiklikleri, COVID-19 hastalığı ve pandemisi hakkında yeterli bilgiye ve eğitime sahip olmamak veya ulaşamamak, mesai saatindeki yoğunluk artışı, fiziksel koşullardaki yetersizlikler, yetersiz beslenme, profesyonel olarak iş tatminsizliği, mobing, meslektaşlarla yaşanan iletişim problemleri, iş nedeniyle evdeki sorumlulukları yerine getirememesi ve ölüm-kalım kararları vermek (iş stresi) şekilde sıralanabilir (67, 115, 118, 119).

Bu konuda tartışılması gereken bir diğer nokta ise tükenmişlik ile ilgili herhangi bir tanı kriterinin henüz tanımlanmamış olması ve hekimlerin hastalara tedavi vermek amacıyla DSM-V’te tanımlanan en yakın anksiyete veya depresyon bozukluğu tanısına yönelmeleri ve süreci bu şekilde yönetmeleridir. Aralarında benzerlikler olması ve/veya beraber görülebilmelerinden ötürü tükenmişlik ile depresyon ve anksiyete bozukluklarının farklı olgular olarak değerlendirilip değerlendirilmemesi konusu hala uzmanlar tarafından tartışılmaktadır (120, 121, 122, 123, 124, 125, 126).

5.3 Psikolojik Dayanıklılık, Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik İlişkileri

Bu araştırmanın, COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarının katılımı ile yürütülen diğer araştırmalara kıyasla; psikolojik dayanıklılık, anksiyete, depresyon ve

tükenmişlik ölçeklerinin dördünü aynı anda ele alan ilk araştırma olması sebebiyle literatüre oldukça fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Tüm katılımcıların verileri göz önüne alındığında, korelasyon analizi sonuçlarına göre; psikolojik dayanıklılık ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (tablo 12). Benzer şekilde, bu dönemde Portekiz’de sağlık çalışanlarıyla yürütülen bir çalışmada da, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyleri, düşük tükenmişlik düzeyleriyle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (112). Ayrıca, psikolojik dayanıklılığın tükenmişliğe karşı potansiyel koruyucu ve tükenmişliği engelleyici bir faktör olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir (112, 127). Bu dönemde, Amerika Birleşik Devletleri’nde 18-30 yaş arası genç erişkinlerin (n=898) katılımı ile yürütülen bir çalışmada ise; psikolojik dayanıklılığın düşük anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (81).

Anksiyete ile depresyon ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (tablo 12). Önceki çalışmalarda da anksiyete ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü, orta düzey bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (112, 120, 128). Depresyon ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (tablo 12). Önceki çalışmalarda da depresyon ve tükenmişlik arasında pozitif yönlü, orta veya yüksek düzeyde bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (112,120,129,130). İsviçre’de pandeminin ilk haftalarında yürütülen bir çalışmada; anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri birbiriyle ilişkili bulunmuştur (94).

COVID-19 pandemisinin ilk yılında Ege Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan sağlık çalışanlarının (n=683) katılımı ile yapılan bir çalışmada, tüm katılımcılarda, anksiyete ve depresyon bozukluklarının, tükenmişlik düzeyinde en yüksek artışa sebep olan risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır. Bununla beraber anksiyete bozuklukları duyarsızlaşma için en yüksek risk faktörü olarak belirlenmiştir. Anksiyete, depresyon ve psikiyatrik bir hastalık geçmişi olmasının tükenmişliğe etki etmesi, kişinin mental sağlığının tükenmişlik üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir. Bunlara ek olarak, uzun

Çalışma saatleri, bilgi eksikliği, fiziksel koşulların yetersizliği ve yetersiz beslenme de tükenmişliğe etki eden risk faktörleri olarak belirlenmiştir (67).

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; psikolojik sağlamlığın anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Buna göre; anksiyete düzeyindeki değişimin %29,2'sinin, depresyon düzeyindeki değişimin %31,1'inin ve tükenmişlik düzeyindeki değişimin %31'inin psikolojik sağamlık tarafından açıklandığı belirlenmiştir (tablo 13, tablo 14, tablo 15). Bu sonuçlar psikolojik sağlamlığın; anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.



6 SONUÇ

COVID-19 pandemisi, her ne kadar sağlık yetkilileri tarafından dünya genelinde kontrol altına alınmaya çalışılsa da virüsün ağır klinik seyri ve hızlı yayılımı salgın ile mücadeleyi zorlamakla birlikte süreci de uzatmaktadır (131). Salgının başından itibaren gerek iş yoğunluğunun artması ve koruyucu ekipmanlar içinde uzun süreler çalışma zorunluluğunun verdiği rahatsızlık, gerekse hastalığa maruz kalma pahasına çalışma durumu sağlık personelinin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini artırmıştır. Pandemi sırasında sağlık hizmet sunucularının stres seviyesinin artmamasını sağlamak ve psikolojik dayanıklılığını artırmak salgın yönetimi açısından kritik bir öneme sahiptir.

Kişilerde salgın durumlarında öne çıkan tepkilerin çoğunlukla korku, panik ve kaygı (anksiyete) olduğu göz önüne alınmalı ve buna yönelik toplumu rahatlatan açıklamalar, süreç hakkında sürekli ve doğru bilgi ve kişisel gelişim yöntemleri erişilebilir kılınmalıdır. Anksiyete bozukluğuna henüz yol açmamış fakat yükselmiş kaygı ve stres seviyesine sahip bireyler için günlük rutin içerisine alınacak olan meditasyon çalışmaları, kişinin stres seviyesini düşürebilir. Rutin meditasyonun yanı sıra kişinin profesyonel desteğe ihtiyaç duyduğunun fark edilmesi durumunda mutlaka bir hekim veya psikolog yardımı alınmalı ve bir an önce tedaviye başlanmalıdır. Bu tedaviler arasında kişinin kliniğine göre, psikoterapi, hipnoterapi ve/veya ilaç tedavisi yer alabilir.

Depresyon bozukluklarının tanı ve tedavisi oldukça ciddi ve önemli olduğu için şüpheli durumlarda kişi mutlaka bir psikiyatrist tarafından görülmeli ve süreç onun liderliğinde yürütülmelidir. Düzenli olarak depresyon ölçekleri ile depresyon riski takip edilen sağlık çalışanları arasından riskli görülen kişiler psikiyatri uzmanlarınca değerlendirilmelidir.

Tükenmiş hisseden kişilerin bu histen kurtulması ve tekrar bu hisse kapılmaması için daha sağlıklı bir çalışma ortamına sahip olması gerekmektedir. Bunun olabilmesi için kişisel, örgütsel ve iş yaşamına dair geliştirilecek multifaktöriyel çalışmalar, kısa

ve uzun vadede hem çalışana hem de ilgili sektöre oldukça fayda sağlayacaktır. Öncelikle, kişinin tükenmiş hissetmesine sebep olan en ciddi faktör bulunmalı ve ortadan kaldırılmalıdır. İkinci aşamada bir yandan örgütsel ve iş yaşamına yönelik değişiklikler sağlanırken diğer yandan da kişinin günlük yaşamına meditasyonu alması sağlanmalıdır.

Kişinin tükenmişliğine bu çalışma %31 oranında etki ettiği bilinen psikolojik dayanıklılığı artırmak amacıyla uygulanabilecek kişisel yaşam tarzı değişiklikleri de mutlaka göz önüne alınmalıdır. Yeterli uyku, düzenli egzersiz, doğru ve dengeli beslenme, ihtiyaca yönelik sosyalleşme, uygun zaman yönetimi, öz kapasite sınırlarını bilme ve yoga ile meditasyon gibi gevşeme uygulamaları kişilerin psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için oldukça önemli yöntemlerdir.

Olası tehlikeleri daha sağlıklı karşılamak ve psikolojik olarak daha dayanıklı olmak için yoga ve meditasyonu rutin olarak uygulamak ve hayatın bir parçası haline getirmek oldukça önemlidir. Adının mindfulness veya herhangi başka bir meditasyon çeşidi olmasına gerek duymaksızın kişiler, kendi dini veya manevi hayatlarına farkındalık ekleyerek kendi kültürel çevrelerinde de bu gelişimi sağlayabilirler. Önemli olan kişinin olumsuz durumlarla ve değişimle başa çıkma yönteminin farkındalık odaklı olması ve dolayısıyla psikolojik dayanıklılığının artmasıdır.

Görüldüğü üzere, psikolojik dayanıklılığı artırmak ve kaygıyı azaltmak için atılabilecek en önemli adım, öncelikle bireylerin kendilerine vakit ayırıp kendilerini ve dış etmenleri tanımaları ile atılmalıdır. İstikrarlı bir şekilde farkındalık çalışmalarına devam ederek zihinsel paradigmalarını değiştirmeleri ve hayata daha farklı bakmayı öğrenmeleri ise bundan sonraki problemlerde daha az stres üretmelerini sağlayacaktır.

Ayrıca, 3C ilkesi dikkate alınarak verilebilecek her türlü psikolojik destek, sağlık çalışanları başta olmak üzere salgından zarar gören tüm insanların iyileşmesine fayda sağlayacaktır. Son olarak; sağlık otoritelerince yapılabilecek düzenli maddi destek, hastane bünyesinde ihtiyaç halinde verilebilecek psikolojik destek ve kamuoyunun

sağlık hizmet sektörünün bu zorlu süreçte gösterdiği özveriyi fark etmeleri sağlanarak geliştirilebilecek manevi destek sağlık çalışanlarının omuzlarındaki yükü hafifletip içinde bulunulan zorlu pandemi sürecini en az zararla atlatmaları sağlayabilecektir.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin değişimi multifaktöriyel sebeplere bağlı olduğu için iyileştirme çalışmaları da multifaktöriyel bir yaklaşım benimsenerek planlanmalı ve istikrarlı şekilde uygulanmalıdır.



7 KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı.
2. Total Coronavirus Cases in Turkey. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/turkey/>
3. World Health Organization, Coronavirus Disease Situation Report <https://www.who.int/publications/m/item/>
4. Tan W, Zhao W, Ma X, et al. A Novel Coronavirus Genome Identified in a Cluster of Pneumonia Cases — Wuhan, China 2019–2020, Notes from the Field, China CDC Weekly. <http://dx.doi.org/10.46234/ccdcw2020.017>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus (Covid-19) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>
6. Aslan, R. Kovid-19 Fizyoloji ve Psikolojiyi Nasıl Etkiliyor. *Ayrıntı Dergisi* 2020;8(88): 47-53
7. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020;323(15):1499–500. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3633>
8. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA* [Internet]. 2020;323(13):1239–42. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
9. Demirel Kaya HS, Mammadov O, Dogan L, Sarıkaya ZT, Kısa Özdemir İ, Rasimoğlu S, Jima AK, İlköz A, Güdük DE, Kılınç E, Kıran Sİ, Şeker M Zengin R, Sesin Kocagöz A, Yıldırım MŞ, Dinçer ŞS, Gülek FE, Dikmen İ, Tüzüner F, Yazıcı M, Ünsal S, Ljama T, Demirel İ, Köylüoğlu I, Ayyıldız A, Kesimci I, Bolsoy Deveci Ş, Akıncı C, Ersöz V, Eren M, Çeltik N, Ali A, Akıncı İÖ. Standart Protokol ile Tedavi Edilen COVID-19 Pnömonisi Hastaları: Beş Yoğun Bakım Ünitesinin Gözlemsel Sonuçları. *J Turk Soc Intens Care* 2020;18:1-13. <https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2020.57441>
10. World Health Organization. Coronavirus (Covid-19) outbreak <https://www.who.int/emergencies/covid-19>
11. <https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/in-vitro-diagnostics-euas>
12. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html> (Updated Feb. 25, 2022)
13. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines.html> (Updated Jan. 21, 2022)
14. <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/coronavirus-disease-2019-covid-19/comirnaty-and-pfizer-biontech-covid-19-vaccine> (Content current as of: 02/23/2022)

15. Kagina BM, Dochez C. COVID-19 vaccine-induced immunity: Head-to-head comparison of mRNA (BNT162b2) versus inactivated (CoronaVac) vaccines. *Respirology*. 2022; 27(4): 260-261. <https://doi.org/10.1111/resp.14236>
16. Kwok SL, Cheng SM, Leung JN, Leung K, Lee CK, Peiris JM, et al. Waning antibody levels after COVID-19 vaccination with mRNA Comirnaty and inactivated CoronaVac vaccines in blood donors, Hong Kong, April 2020 to October 2021. *Euro Surveill*. 2022;27(2): 2101197.
17. Zheng C, Shao W, Chen X, Zhang B, Wang G, Zhang W. Real-world effectiveness of COVID-19 vaccines: a literature review and metaanalysis. *Int J Infect Dis*. 2022;114:252–60.
18. Costa Clemens SA, Weckx L, Clemens R, Almeida Mendes AV, Ramos Souza A, Silveira MBV, et al. Heterologous versus homologous COVID-19 booster vaccination in previous recipients of two doses of CoronaVac COVID-19 vaccine in Brazil (RHH-001): a phase 4, noninferiority, single blind, randomised study. *Lancet*. 2022;399(10324): 521–9.
19. Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015;3(1), 93-102.
20. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22(2), 104-114.
21. Bozdağ F, Ergün N. Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychol Rep* [Internet]. 2021;124(6):2567–86. <http://dx.doi.org/10.1177/0033294120965477>.
22. Polizzi C, Lynn SJ, Perry A. Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 2020;17(2): 59-62. <https://doi.org/10.36131/CN20200204>
23. Cordova MJ, Gimmler CE, Osterberg LG. Foster Well-being Throughout the Career Trajectory: A Developmental Model of Physician Resilience Training. *Mayo Clinic Proceedings Special Article*, 2020;95 (12), 2719-2733. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.002>
24. Mindfulness. Harvard Business Review Press. İstanbul; 2020.
25. Banhoo SN. How Meditation May Change the Brain. *New York Times*. 28 Ocak 2011. <https://well.blogs.nytimes.com/2011/01/28/how-meditation-may-change-the-brain/>
26. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density. *Psychiatry Research*. 2011; 191(1): 36-43. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.006.
27. Fox KC, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, Sedlmeier P, Christoff K. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Jun;43:48-73. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.016.
28. Posner MI, Rothbart MK, Sheese BE, Tang Y. The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2007 Dec;7(4):391-5. doi: 10.3758/cabn.7.4.391.
29. Devinsky O, Morrell MJ, Vogt BA. Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain*. 1995 Feb;118 (Pt 1):279-306. doi: 10.1093/brain/118.1.279.

30. Hogan AM, Vargha-Khadem F, Saunders DE, Kirkham FJ, Baldeweg T. Impact of frontal white matter lesions on performance monitoring: ERP evidence for cortical disconnection. *Brain*. 2006 Aug;129(Pt 8):2177-88. doi: 10.1093/brain/awl160.
31. van den Hurk PA, Gionni F, Gielen SC, Speckens AE, Barendregt HP. Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2010 Jun;63(6):1168-80. doi: 10.1080/17470210903249365.
32. Kennerley SW, Walton ME, Behrens TE, Buckley MJ, Rushworth MF. Optimal decision making and the anterior cingulate cortex. *Nat Neurosci*. 2006 Jul;9(7):940-7. doi: 10.1038/nn1724.
33. Hölzel BK, Ott U, Hempel H, Hackl A, Wolf K, Stark R, Vaitl D. Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neurosci Lett*. 2007 Jun 21;421(1):16-21. doi: 10.1016/j.neulet.2007.04.074.
34. Sheline YI. Neuroimaging studies of mood disorder effects on the brain. *Biol Psychiatry*. 2003 Aug 1;54(3):338-52. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00347-0.
35. McEwen BS, Gianaros PJ. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annu Rev Med*. 2011;62:431-45. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100430.
36. Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, Ohta H, Lasko NB, Gilbertson MW, Orr SP, Kikinis R, Jolesz FA, McCarley RW, Pitman RK. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1996 Dec 1;40(11):1091-9. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00229-6.
37. Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prev Manag [Internet]*. 2006;15(5):793–8. <http://dx.doi.org/10.1108/09653560610712739>
38. Şahin M. Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2019; 6(10): 117-135.
39. Kring AM, Johnson SL. *Anormal Psikolojisi*, Muzaffer Şahin (Çev. Ed.), Nobel, Ankara; 2019.
40. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu>
41. Mayo Clinic. COVID-19: Tips for Mindfulness and Coping with Anxiety. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/covid-19-tips-for-mindfulness-coping-with-anxiety/>
42. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Barking, England: Lulu.com; 2020.
44. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock's Concise textbook of Clinical Psychiatry*. 5th edition. Wolters Kluwer, China; 2022.
45. Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: A meta-analysis. *Int J Clin Exp Hypn [Internet]*. 2019;67(3):336–63. <http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
46. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. In Karamustafalıoğlu (editör) *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri*. 1.Baskı, İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık, 2010: 71-88

47. Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals. 2. Baskı, Cambridge: Cambridge University Press, 2002:148-98
48. Yüksel N (editör). Temel Psikofarmakoloji. 1.baskı, İstanbul: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010
49. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 343-89
50. Alkın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. In: Köroğlu E, Güleç C (editörler) Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: s 296-304
51. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2. Baskı, New York: Oxford University Press: 2009: 1-480
52. Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl.5): S43-51
53. Lynn SJ, Malakataris A, Condon L, Maxwell R, Cleere C. Post-traumatic stress disorder: cognitive hypnotherapy, mindfulness, and acceptance-based treatment approaches. Am J Clin Hypn [Internet]. 2012;54(4):311–30. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.2011.645913>
54. Akiskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 1559-75
55. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 2008: 33-56.
56. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 1991; 52 (Suppl.1): S28-S34.
57. Reesal RT, Lam RW. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders II: principles of management. Can J Psychiatry 2001; 46 (Suppl.1): S21-S28.
58. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M, STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. Am J Psychiatry 2006; 163(1): 28-40.
59. Alladin A. Evidence-based hypnotherapy for depression. Int J Clin Exp Hypn [Internet]. 2010;58(2):165–85. <http://dx.doi.org/10.1080/00207140903523194>
60. Freudenberg HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy (Chic) [Internet]. 1975;12(1):73–82. <http://dx.doi.org/10.1037/h0086411>
61. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav [Internet]. 1981;2(2):99–113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
62. Maslach C. Burnout cost of caring. Old Tappan, NJ: Prentice Hall; 1982.
63. Ergin C. “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması”, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 22-25 Eylül 1992, Hacettepe Üniversitesi, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.
64. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(1): 28-33.
65. Çimen M, Deniz S. Sağlık Kurumları Yönetiminde Örgütsel Davranış Konuları. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul; 2019.

66. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Cambridge: MA: Malor Books; 2003
67. Önen Sertöz Ö, Kuman Tunçel Ö, Sertöz N, Hepdurgun C, İşman Haznedaroğlu D, Bor C. Burnout in Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic in a Tertiary Care University Hospital: Evaluation of the Need for Psychological Support. *Turkish Journal of Psychiatry* 2021;32(2):75-86. <https://doi.org/10.5080/u25964>
68. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005. 68:29-32.
69. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health Saf [Internet]*. 2015;63(10):462–70; quiz 471. <http://dx.doi.org/10.1177/2165079915596102>
70. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı, (7.Baskı), Sakarya: Sakarya Yayıncılık; 2012; .p.142
71. Sekaran US. Research methods for business: A skill-building approach. 2nd ed. Nashville, TN: John Wiley & Sons; 1992; p.253
72. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med [Internet]*. 2008;15(3):194–200. <http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972>.
73. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1996; 12:163-172
74. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol [Internet]*. 1988;56(6):893–7. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
75. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*,1988; 6:118-126
76. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry [Internet]*. 1961;4(6):561–71. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
77. Güğçerçin U, Ay Ü. Etik Konum Ölçeği'nin Faktör Analitik Yapısı: Banka Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Hacet Üniv İktis ve İdari Bilim Fak derg [Internet]*. 2017;35(4):53–78: <http://dx.doi.org/10.17065/huniibf.372386>.
78. Aslan R. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi* 2020;8(85): 35-41.
79. Lau JTF, Yang X, Pang E, Tsui HY, Wong E, Wing YK. SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis [Internet]*. 2005;11(3):417–24. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1103.040675>
80. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2020;17(5):1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
81. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult

- mental health. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;290(113172):113172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
82. Yuncu V, Yılan Y. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Ek Sayı, 2020;373-401. <https://www.researchgate.net/publication/344728664>
83. Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, Cheung C, Wong JW, Cheung EP, Chan MT, Wong TK, Choy KM, Chu CM, Lee PW, & Tsang KW. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2004;49(6), 385–390. <https://doi.org/10.1177/070674370404900607>
84. Polat Ö, Coşkun F. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 2020;4(2): 51-58. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/baktipd/issue/56627/776834>
85. Oğan H. Pandemi Ortamında Sağlıkta Şiddet. *Türk Tabipler Birliği, Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*. 2020;355-368. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part42.pdf
86. Yıldız MS. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2019;22(1): 135-156. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/670535>
87. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi* [Internet]. 2020;38(3):192–5. <http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
88. Tuncay FE, Koyuncu E, Özel Ş. Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Med J*, 2020;(2):488-501. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.02418>
89. Kulu M, Özsoy F, Gürler E, Özbeyli D. COVID-19 salgınının dış hekimleri üzerinde yarattığı gelecek kaygısı ve stresin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2021;14(1):13-13. <https://doi.org/10.31362/patd.777556>
90. Nakışçı Kavas B, Develi A. Çalışma Yaşamındaki Sorunlar Bağlamında Covid-19 Pandemisinin Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020;4(2):84-112. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ulasbid/issue/54857/753236>
91. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(4):e17–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
92. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020;173(4):317–20. <http://dx.doi.org/10.7326/M20-1083>
93. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020;3(3):e203976. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

94. Weilenmann S, Ernst J, Petry H, Pfaltz MC, Sazpinar O, Gehrke S, et al. Health care workers' mental health during the first weeks of the SARS-CoV-2 pandemic in Switzerland – A cross-sectional study [Internet]. bioRxiv. 2020. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.05.04.20088625>
95. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR et al COVID-19 pandemic: Stress experience of healthcare workers - A Short Current Review. *Psychiatr Prax* 2020;47:190–7.
96. Hiçdurmaz D., Üzar-özçetin Y. COVID-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (Özel Sayı) 2020;1-7. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.775531>
97. Chan S. Nurses fighting against severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2003;35(3):209. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00209>.
98. Shih F-J, Gau M-L, Kao C-C, Yang C-Y, Lin Y-S, Liao Y-C, et al. Dying and caring on the edge: Taiwan's surviving nurses' reflections on taking care of patients with severe acute respiratory syndrome. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2007;20(4):171–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2006.08.007>
99. Wong TW, Yau JKY, Chan CLW, Kwong RSY, Ho SMY, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2005;12(1):13–8. <http://dx.doi.org/10.1097/00063110-200502000-00005>
100. Sakaoğlu HH, Orbatu D, Emiroğlu M et al Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı düzeyi. *Tepecik Eğit Hast Derg* 2020; 30:1-9.
101. Çankaya M (2020) Covid-19 pandemisi ve sağlık çalışanlarının iyilik hali değişimi. *Atlas International Congress on Social Sciences 7 Abstract Book* (ed: Nagy H, Huseynov R) ISPEC Publications, 23-25 September Budapest, Hungary, p:446-60.
102. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM et al (2020) The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect* 148, e98. downloaded from <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/prevalence-and-influencing-factors-in-anxiety-in-medical-workers-fighting-covid19-in-china-a-crosssectional-survey/D493886C34C350A01D3D0501AC89B9CB> on 19th August 2020.
103. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KWT, Sham PC, et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2007;52(4):241–7. <http://dx.doi.org/10.1177/070674370705200406>.
104. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020;288(112936):112936. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>.
105. Sartorao Filh CI, Rodrigues WC, de Castro RB, et al. Impact of Covid-19 pandemic on mental health of medical students: a cross-sectional study using GAD-7 and PHQ-9 questionnaires. *JMIR Preprints* 2020;1-13. <https://doi.org/10.1101/2020.06.24.20138925>
106. Birimoglu Okuyan C, Karasu F, Polat F. Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19'a Maruz Kalma Korkularının Sağlık Kaygısı Düzeyleri Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Örneği. *Van Sağlık Bilimleri*

- Dergisi, 2020;13(COVID-19 Özel Sayı):45-52.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/vansaglik/issue/56982/745441>
107. <https://www.medscape.com/viewarticle/966996>
108. Cordes CI, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*. 1993; 18(4): 621-56. doi:10.5465/AMR.1993.9402210153.
109. Jackson S, Schuler R. Preventing employee burnout. *Personnel*. 1983; 60(2): 58-68.
110. De Hert S. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth [Internet]*. 2020;13:171–83. <http://dx.doi.org/10.2147/LRA.S240564>
111. Kaya H, Civan Kahve A, Saykal SG, Büyüklüoğlu N, Yüksel RN, Göka E. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 2022; 13 (1): 57-66 <https://doi.org/10.31067/acusaglik.983582>
112. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health [Internet]*. 2020;20(1):1885. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
113. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res [Internet]*. 2020;287(112921):112921. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
114. Giusti EM, Pedrolı E, D’Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Front Psychol [Internet]*. 2020;11:1684. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>
115. Morgantini LA, Naha U, Wang H et al (2020) Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A Rapid turnaround global survey. Preprint. downloaded from <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.17.20101915v1> on 19th August 2020.
116. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage [Internet]*. 2020;60(1):e60–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
117. 14500235-403.99/ sayılı TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü üst yazısı
118. Raudenska J, Steinerova V, Javurkova A et al Occupational burnout syndrome and post traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 pandemic. *Best Prac and Res Clin Anaesth* 2020; 34:553-60.
119. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN et al Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesth Analg* 2020; 131:106–11.
120. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol [Internet]*. 2019;10:284. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
121. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2015;36:28–41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>

122. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015;50(6):1005–11. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0996-8>
123. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2011;108(46):781–7. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
124. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, Van Der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 2000;13(3):247–68. <http://dx.doi.org/10.1080/10615800008549265>
125. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health* [Internet]. 2001;16(5):565–82. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405527>
126. Toker S, Biron M. Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol* [Internet]. 2012;97(3):699–710. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026914>
127. Lee Y-R, Lee J-Y, Kim J-M, Shin I-S, Yoon J-S, Kim S-W. A comparative study of burnout, stress, and resilience among emotional workers. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2019;16(9):686–94. <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2019.07.10>
128. Turnipseed DL. Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychol Rep* [Internet]. 1998;82(2):627–42. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1998.82.2.627>
129. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health* [Internet]. 1996;11(1):23–48. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449608401975>
130. Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* [Internet]. 2013;18(6):782–7. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313481079>
131. Türk Psikiyatri Derneği. Covid-19 ve Ruh Sağlığı https://www.psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/COVID19_Pandemi_PsikiyatrikTedavilerTPDR TACB-05052020.pdf

8 EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı



EK 1. Etik Kurul Onayı (devam)



EK 2. Anket Formu

COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki

Değerli katılımcılar, sizi COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki konulu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz yaklaşık 15 dakikanızı alacak bir anket cevaplamanız istenecektir. Katılacağınız anket çalışmasının amacı, Acıbadem Sağlık Grubu'nda hizmet veren sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını döneminde psikolojik dayanıklılığı ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Elde edilecek tüm veriler anonim olacak ve tamamen gizli kalacaktır. Hiçbir veri bu çalışma haricinde kullanılmayacak ve veriler sadece araştırmacıların erişimine açık olacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır ve herhangi bir yaptırım olmaksızın istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkınız saklı kalacaktır. Çalışmada yer almanız nedeniyle sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak veya katılmamak, Acıbadem Sağlık Grubu ile mevcut veya gelecekteki ilişkilerinizi etkilemeyecektir. İlginiz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

* Gerekli

1. Yukarıdaki bilgileri okudum ve aydınlatıldım. *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

2. Cinsiyetiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Yaşınız? *

EK 2. Anket Formu (devam)

4. Medeni Durumunuz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Bekar
☐ Evli/Birlikte yaşıyor
☐ Boşanmış/Ayrılmış/Dul

5. Bakmakla yükümlü olduğunuz herhangi biri var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

6. Mesleğiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Doktor
☐ Öğrenci (Stajyer-İntörn)
☐ Psikolog
☐ Diyetisyen
☐ Eczacı
☐ Hemşire / Ebe / Paramedik / Sağlık Memuru
☐ Teknisyen
☐ Hasta hizmetleri çalışanı
☐ İdari personel
☐ Diğer

EK 2. Anket Formu (devam)

7. Doktor tanısı konmuş ve/veya sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren herhangi bir sağlık sorununuz var mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

8. Bilginiz dahilinde COVID-19 geçirdiniz mi? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

9. Pandemi sürecinde günlük meslek hayatınızda COVID-19 hastalarıyla ne sıklıkta temas ettiniz? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hemen hemen hiç temas etmedim
☐ Nadiren temas ettim
☐ Bazen temas ettim
☐ Sık temas ettim
☐ Hemen her çalışma günümde temas ettim

10. Pandemi sürecinde nöbet tuttunuz mu? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
☐ Hayır

EK 2. Anket Formu (devam)

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

https://docs.google.com/forms/d/1xuoJKNwMA33_1V-cSXtjDVEjXaafni6fz15Nhs/edit 3/15

1.06.2022 17:52 COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasın...

11. *

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	☐	☐	☐	☐	☐
Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	☐	☐	☐	☐	☐
Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	☐	☐	☐	☐	☐
Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	☐	☐	☐	☐	☐
Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	☐	☐	☐	☐	☐

EK 2. Anket Formu (devam)

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

12. *

Her satırda yalnızca bir şıkla işaretleyin.

	Hiç	Hafif düzeyde, Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde, Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde, Dayanmakta çok zorlandım
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	☐	☐	☐	☐
Sıcak/ ateş basmaları	☐	☐	☐	☐
Bacaklarda halsizlik, titreme	☐	☐	☐	☐
Gevşeyememe	☐	☐	☐	☐
Çok kötü şeyler olacak korkusu	☐	☐	☐	☐
Baş dönmesi veya sersemlik	☐	☐	☐	☐
Kalp çarpıntısı	☐	☐	☐	☐
Dengeyi kaybetme duygusu	☐	☐	☐	☐

EK 2. Anket Formu (devam)

Dehşete kapılma	☐	☐	☐	☐
Sinirlilik	☐	☐	☐	☐
Boğuluyormuş gibi olma duygusu	☐	☐	☐	☐
Ellerde titreme	☐	☐	☐	☐
Titreklik	☐	☐	☐	☐
Kontrolü	☐	☐	☐	☐
kaybetme korkusu				
Nefes almada güçlük	☐	☐	☐	☐
Ölüm korkusu	☐	☐	☐	☐
Korkuya kapılma	☐	☐	☐	☐
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	☐	☐	☐	☐
Baygınlık	☐	☐	☐	☐
Yüzün kızarması	☐	☐	☐	☐
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	☐	☐	☐	☐

EK 2. Anket Formu (devam)

**Beck
Depresyon
Ölçeği**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

13. 1 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Üzgün ve sıkıntılı değilim.

☐ Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

☐ Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

☐ O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

https://docs.google.com/forms/d/1xuoJKNwrMA33_1V-oSXdsjDVEfXaafln16tz15Nhs/edit

6/15

1.06.2022 17:52 COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasın...

14. 2 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

☐ Gelecek için karamsarım.

☐ Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

☐ Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

15. 3 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

☐ Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

☐ Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

☐ Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

EK 2. Anket Formu (devam)

16. 4 *

Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- ☐ Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- ☐ Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- ☐ Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- ☐ Her şeyden sıkılıyorum.

17. 5 *

Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- ☐ Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- ☐ Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- ☐ Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- ☐ Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

18. 6 *

Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- ☐ Kendimden memnunum.
- ☐ Kendimden pek memnun değilim.
- ☐ Kendime kızgınlım.
- ☐ Kendimden nefret ediyorum.

19. 7 *

Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- ☐ Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- ☐ Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- ☐ Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- ☐ Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

EK 2. Anket Formu (devam)

20. 8 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- ☐ Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- ☐ Kendimi öldürmek isterdim.
- ☐ Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

21. 9 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- ☐ Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- ☐ Çoğu zaman ağlıyorum.
- ☐ Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

22. 10 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
- ☐ Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- ☐ Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- ☐ Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

23. 11 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- ☐ Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- ☐ Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- ☐ Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

EK 2. Anket Formu (devam)

24. 12 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- ☐ Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- ☐ Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- ☐ Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

25. 13 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- ☐ Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- ☐ Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- ☐ Kendimi çok çirkin buluyorum.

26. 14 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- ☐ Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- ☐ Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- ☐ Artık hiçbir iş yapamıyorum.

27. 15 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Uykum her zamanki gibi.
- ☐ Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- ☐ Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- ☐ Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

EK 2. Anket Formu (devam)

28. 16 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- ☐ Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- ☐ Her şey beni yoruyor.
- ☐ Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

29. 17 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ İştahım her zamanki gibi.
- ☐ Eskisinden daha iştahsızım.
- ☐ İştahım çok azaldı.
- ☐ Hiçbir şey yiyemiyorum.

30. 18 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Son zamanlarda zayıflamadım.
- ☐ Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
- ☐ Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
- ☐ Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

31. 19 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- ☐ Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- ☐ Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- ☐ Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

EK 2. Anket Formu (devam)

32. 20 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

☐ Eskisine oranla sekse ilgilim az.

☐ Cinsel isteğim çok azaldı.

☐ Hiç cinsel istek duymuyorum.

https://docs.google.com/forms/d/1xuouKNwrMA33_1V-oSXdsjDVEMjXaa/fni6tz15Nhs/edit 11/15

1.06.2022 17:52 COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılığı ile Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi Arasın...

33. 21 *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

☐ Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

☐ Cezamı çekmeyi bekliyorum.

☐ Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 2. Anket Formu (devam)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği		Her bir ifadenin örneklediği durumu ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığını işaretleyerek belirtiniz.				
		Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	☐	☐	☐	☐	☐
	İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	☐	☐	☐	☐	☐
	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda	☐	☐	☐	☐	☐

EK 2. Anket Formu (devam)

bulunduğuma inanıyorum.					
Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	☐	☐	☐	☐	☐
Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	☐	☐	☐	☐	☐
İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	☐	☐	☐	☐	☐
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	☐	☐	☐	☐	☐
İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐
Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.	☐	☐	☐	☐	☐
Yolun sonuna geldiğimi	☐	☐	☐	☐	☐

EK 2. Anket Formu (devam)

hissediyorum.					
İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.	☐	☐	☐	☐	☐
İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

9 ÖZGEÇMİŞ



