

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**PANDEMİNİN 3. SENESİNDE YOĞUN BAKIM DOKTORLARININ TÜKENMİŞLİK
SENDROMU, DEPRESYON SEMPTOMLARI VE FARKINDALIKLARI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve KORKMAZ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Uzmanlık Tezi

**2023
KOCAELİ**

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PANDEMİNİN 3. SENESİNDE YOĞUN BAKIM DOKTORLARININ TÜKENMİŞLİK
SENDROMU, DEPRESYON SEMPTOMLARI VE FARKINDALIKLARI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Merve KORKMAZ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Zehra Nur BAYKARA

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Arife Dilek İÇLİ

Etik Kurul Onayı: GOKAEK-2022/03.30

2023

KOCAELİ

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz esnasında bilgi, tecrübe ve hoşgörüsünü bizden esirgemeyen, daha iyi olabilelim diye, doğruyu ve iyiyi en güzel şekilde bizlere aktaran kıymetli hocam Prof. Dr.A. Dilek İÇLİ'ye;

Eğitimimin en zorlu kısımlarından olan tezimin tüm aşamalarında büyük özveri ve sabırla katkıda bulunan, ilgisi, anlayışı ile tecrübelerini aktarak bana çok şey öğreten, birlikte çalıştığım için kendimi her daim şanslı hissettiğim değerli tez danışmanım Prof. Dr. Zehra Nur BAYKARA'ya;

Uzmanlık eğitimim süresince daima ilgi ve desteğini gördüğüm bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr Fatih UĞUR'a;

Asistanlık eğitimime büyük katkıları olan, saygıdeğer hocalarım; Prof. Dr. Tülay ŞAHİN'e, Prof. Dr. Tülay ÇARDAKÖZÜ ' ne, Prof. Dr. Alparslan KUŞ'a, Prof. Dr. Zehra İpek ARSLAN AYDIN' a, Doç. Dr. Murat TEKİN' e, Doç. Dr. Can AKSU' ya, Dr. Öğr. Üyesi Sevim CESUR' a, Dr. Öğr. Üyesi Hadi Ufuk YÖRÜKOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Volkan ALPARSLAN'a ;

Zorlu asistanlık süreci boyunca, abi, abla, kardeş gibi olan ve bildiği, öğrendiği her şeyi ardından gelen asistan arkadaşlarına severek aktaran Dr. Buket KAPÇAK'a, Dr.Aynur MUSTAFAYEVA'ya, Dr. Bilal KANDEMİR, Dr. Mustafa ASAN'a, Uzm. Dr. Neşe TÜRKYILMAZ'a, Uzm. Dr. Erkan ATICI'ya;

Uzmanlık eğitimime başladığım Erciyes Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma;

En yoğun çalıştığımız günlerde bile beraber eğlenebildiğimiz, desteklerini hep hissettiğim Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'ndaki başta Dr. Sare VURAL YÖRÜSÜN ve teknik desteğini esirgemeyen Dr. Tunay ULUTAŞ, Dr.Nur Nazire YUCAL olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Beraber çalıştığım anestezi teknikerlerimize, Ameliyathane, Yoğun Bakım Ünitesi Ve Derlenme Ünitesi hemşire ve personellerine;

Maddi ve manevi desteklerini hayatımın her anında olduğu gibi; anesteziyoloji ihtisasım boyunca da esirgemeyen sevgili annem Besime KORKMAZ' a, babam Doğan KORKMAZ'a ve kardeşlerim Sancar KORKMAZ'a, Ayhan KORKMAZ'a, Melike KORKMAZ'a, Mert KORKMAZ'a ;

Yoğun çalışma sürecimde desteğini hep hissettiğim değerli eşim Ali DURSUN'a;

Sonsuz sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. COVID-19 Pandemi Süreci	1
2.2. TÜKENMİŞLİK SENDROMU.....	3
2.2.1. Tanım ve Tarihçesi.....	3
2.2.2. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli	3
Duygusal Tükenme	4
Duyarsızlaşma.....	4
Kişisel Başarı Hissi.....	4
2.2.3. Tükenmişlik Nedenleri.....	5
Bireysel Faktörler.....	5
Örgütsel Faktörler	6
Fiziksel Belirtiler	8
Psikolojik Belirtiler.....	8
Davranışsal Belirtiler	8
2.2.5. Tükenmişliğin Sonuçları	9
Tükenmişliğin Kişisel Sonuçları.....	9
Tükenmişliğin Çalışma Hayatı ile İlgili Sonuçları	9
Tükenmişliğin Aile Hayatı ile İlgili Sonuçları.....	10
2.2.6. Tükenmişliği Önleme Ve Başa Çıkma Yolları	10
Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler.....	10
Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler	11
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	12
2.3. DEPRESYON	17
2.3.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi	17
2.3.2. Risk Faktörleri.....	17
2.3.3. Doktorlar İçin Risk Faktörleri.....	18
2.3.4. Tanı Kriterleri.....	19
Beck Depresyon Ölçeği.....	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	28
5. BULGULAR	29
7.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
8.ÖZET	70
9. SUMMARY.....	71
10. EKLER.....	72
10.1. ETİK KURUL ONAYI.....	72
10.2.ANKET FORMU	73
Sosyodemografik Özellikler	73
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	80
Beck Depresyon Ölçeği	83
11.KAYNAKLAR.....	88

KISALTMALAR DİZİNİ

ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
ECT	Elektrokonvülsif Terapi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TYBD	Türk Yoğun Bakım Derneği
SARS-2	Şiddetli Akut Solunum Sendromu,Koronavirüs-2
ARDS	Akut Respiratuar Distress Sendromu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	ABD Gıda ve İlaç İdaresi
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DT	Duygusal Tükenme
DYZ	Duyarsızlaşma
DKB	Düşük Kişisel Başarı Hissi
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
BDÖ	Beck Depreyon Ölçeği

Tablolar dizini

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 2. YBÜ doktorlarının çalışma şartları, YBÜ doktorluğu seçme sebepleri, ücret tatmini	30
Tablo 3. Katılımcıların COVID-19'a bağlı değişkenlerle ilgili veriler	31
Tablo 4. Pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisi	33
Tablo 5. Pandeminin katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri	34
Tablo 6. COVID-19 pandemisinde YBÜ'de çalışırken en çok rahatsız eden hususlar	35
Tablo 7. BDÖ toplam ve kategorik puan ortalamaları	36
Tablo 8. Çalışmaya katılan YBÜ doktorlarının BDÖ alt başlıklarından aldıkları	37
Tablo 9. YBÜ doktorlarının cinsiyetine göre BDÖ'nün psikometrik özellikleri	38
Tablo 10. YBÜ doktorlarının yaşa göre BDÖ'nün psikometrik özellikleri	39
Tablo 11. YBÜ doktorlarının BDÖ puanlarını etkileyen sosyodemografik özellikleri	40
Tablo 12. Katılımcıların pandemi öncesi psikolojik problem varlığı, pandemi süresince psikolojik yardım alma ihtiyacı ve psikolojik durumlarını özdeğerlendirilmeleri ile BDÖ verilerinin karşılaştırılması	42
Tablo 13. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisine göre BDÖ puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 14. YBÜ doktorlarının ruh hallerini yansıtan ifadeleri ile BDÖ verilerinin karşılaştırılması	44
Tablo 15. YBÜ doktorlarında pandemi öncesi depresyon, anksiyete v.b. psikolojik problem	45
Tablo 16. YBÜ doktorlarının intihar düşünceleri	45
Tablo 17. MTÖ alt ölçeklerine göre düşük, orta ve yüksek tükenmişlik bulguları gösteren	46
Tablo 18. YBÜ doktorlarının yaşa bağlı MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	47
Tablo 19. YBÜ doktorlarının anadal alanlarına göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	47
Tablo 20. YBÜ doktorlarının çocuk sayısına göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	48
Tablo 21. Çalışma süresine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	49
Tablo 22. YBÜ doktorlarının çalışma pozisyonuna göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	50
Tablo 23. YBÜ doktorluğunu seçim biçimine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	51
Tablo 24. YBÜ doktorlarının ücret tatminine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	52
Tablo 25. YBÜ doktorlarının pandemi öncesi psikolojik problem öyküsüne göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	52
Tablo 26. YBÜ doktorlarının tükenmişlik sendromu açısından özdeğerlendirmelerine göre MTÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 27. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinde psikolojik yardım alma ihtiyacı göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	54
Tablo 28. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	55
Tablo 29. YBÜ doktorlarının YBÜ'de çalışma takvimine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	56
Tablo 30. YBÜ doktorlarının COVID YBÜ'de haftalık çalışma saatine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	56
Tablo 31. YBÜ doktorlarının COVID YBÜ'de çalışma sürecine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması	57

1.GİRİŞ

2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde şiddetli akut solunum sıkıntısı sendromu Koronavirüs-2'ye (SARS-2) bağlı pnomoni salgını görülmeye başlandı. SARS-2'nin oluşturduğu klinik tablo Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından COVID-19 hastalığı olarak tanımlandı. COVID-19 virüsün hızlı yayılımı ile küresel bir salgına dönüştü ve 11 Mart 2020'de DSÖ tarafından pandemi olarak kabul edildi.^{1,2}

COVID-19 salgınında vakaların yaklaşık % 20'sinin hastaneye, yaklaşık % 5'inin de Yoğun Bakım Ünitelerine (YBÜ) yatışı gerekmiş, sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmuştur. Dünya genelinde hastanelerde servisler COVID-19 hastaları için yeniden düzenlenmiş ve YBÜ'ler genişletilerek yatak sayıları arttırılmıştır. Salgın hastalıklarla mücadelede en ön saflarda yer alan sağlık çalışanları, hastalar ile yoğun temas nedeniyle enfeksiyondan en çok etkilenen kesim olmuştur.³

Çalışma koşullarının kötülüğü, nöbet sistemiyle çalışma, iş yükü fazlalığı, malpraktis davaları gibi nedenlerden dolayı zaten stresli bir meslek grubu olan doktorlar pandemi sürecinde ise hastalığın etkin bir tedavisinin olmayışı, iş yükünün artışı, yüksek bulaş riski, yetersiz kişisel koruyucu ekipman ile çalışma, yakınlarına hastalığı bulaştırma riski gibi ekstra stres faktörlerine maruz kalmıştır.⁴ Normal şartlarda bile hastanedeki diğer branşlara göre daha fazla stres yüküne sahip YBÜ doktorları pandemi sürecinde YBÜ yatağına duyulan yüksek talep nedeniyle iş yükü artışından en fazla etkilenen branş olmuştur.^{5,6} Geçmişte yapılan çalışmalarda SARS, H1N1 ve Ebola salgınları sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyonun arttığı bildirilmiştir.⁷ COVID-19 salgının doktorlar ve yardımcı sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır.⁸

Çalışmamız COVID-19 pandemisinin üçüncü senesinde Türkiye genelinde YBÜ'de çalışan doktorları tükenmişlik sendromu ve depresyon açısından değerlendirmek, etkili faktörleri belirlemek, ve YBÜ doktorlarının kendi tükenmişlik durumları ve depresyonları konusundaki farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemi Süreci

Koronavirüs salgınları dünyanın yabancı olduğu bir durum değildir. 2003 yılında misk kedilerinden insanlara bulaşan SARS-CoV ve 2012 yılında tek hörgüçlü develerden insanlara bulaşan MERS-CoV enfeksiyonları halk sağlığını tehdit eden salgınlara neden olmuştur.⁹ Son olarak 2019 yılında SARS-CoV ve MERS-CoV’unda içinde bulunduğu Betakoronavirüs(betaCoV) ailesinde yer alan SARS-CoV virüsü tüm dünyayı etkisi altına alarak sağlık hizmetlerinde yıkıcı bir etkisi yaratan ve küresel sağlık krizine yol açan COVID-19 pandemisine neden oldu.¹⁰ SARS-CoV virüsü insandan insana damlacık yolu ile bulaşarak asemptomatik formdan pnomoni, Akut Respiratuar Distress Sendromu (ARDS) ve çoklu organ yetmezliğine kadar ilerleyebilen geniş bir klinik spektruma sahiptir.¹¹Şu anda COVID-19’un tedavisi için ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından klinik olarak onaylanmış herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. COVID-19 hastalığı için tedavi yönetimi enfeksiyonun kontrolü, bulaşın önlenmesi ve oluşan semptomların tedavisini içermektedir.^{12,13} SARS-CoV ‘un yüksek bulaşıcılığa sahip olması ve klinik olarak kanıtlanmış herhangi bir tedavisinin olmaması nedeniyle aşılama, virüsün yayılmasını önlemede ve pandemiyi kontrol etmede en iyi tedavi yöntemi olmuştur.¹⁴ Yapılan çalışmalarda Sinovac, Pfizer/BioNtech, Moderna, Oxford ve Sputnik V aşılarının aşının COVID-19’un önlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir.¹⁵ SARS-CoV-2 aşılarının hastalığın şiddetini, hastane yatışlarını ve mortaliteyi azalttığı gözlemlenmiştir.¹⁶

Covid-19 hastalarında invaziv mekanik ventiasyon gerektiren ciddi hipoksemik solunum yetmezliği gelişme oranının yüksek olması YBÜ ihtiyacını arttırdı. Bundan dolayı pandemi sürecinde tüm dünyada YBÜ’ler genişletildi ve yatak sayıları arttırıldı.^{5,17} Yoğun Bakım Üniteleri; akut, hayatı tehdit eden organ fonksiyon bozukluğu olan veya gelişme riski taşıyan hastalara multidisipliner bakım verilen yerlerdir.¹⁸ YBÜ doktorları normal şartlarda YBÜ’de yaşamı tehdit edici kriz durumları ile sık karşılaşılması, karmaşık teknoloji, acil durum yönetimi, hızla değişen bir klinik durumda sayısız ve doğru karar verilmesinin gerekliliği, aşırı uyarıcı çevre, hareketlilik ve gürültünün fazla olması, etik problemler gibi nedenlerden dolayı hastanedeki diğer branşlara göre daha fazla stres

yüküne sahiptir. ¹⁹ COVID-19 salgını sırasında ise artan yatak sayıları ve sağlık personeli yetersizliği nedeniyle iş yükü artışı, virüs yükünün fazla olduğu entübasyon, bronkoskopi, aspirasyon gibi girişimlerin sıklığına bağlı yüksek bulaş riski, yetersiz kişisel koruyucu ekipman, aile fertlerine virüsü bulaştırma korkusu ve önlem amaçlı aileden ayrı yaşama, hastalığın kesin bir tedavisinin olmayışı ve meslektaşlarının ölümüne tanık olunması, sosyal damgalanma, sağlık çalışanları arasında enfeksiyon ve ölümlerin sık görülmesi, uzun saatler koruyucu ekipmanla çalışma, hastalanan veya karantinaya alınan sağlık çalışanlarının yokluğunu telafi etmek için çalışma saatlerinin arttırılması gibi zorluklar ile karşılaşan YBÜ doktorları ekstra psikolojik zorluklara neden olan stres faktörlerine maruz kalmıştır. ²⁰⁻²²



2.2. TÜKENMİŞLİK SENDROMU

2.2.1. Tanım ve Tarihçesi

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1961 yılında bir mimarın işi nedeniyle maruz kaldığı stres sonucu ruhsal çöküntü yaşaması ve Afrika ormanlarına kaçmasının anlatıldığı “A Burn-out Case” adlı romanda kullanılmıştır. “Burn out” kelime anlamı olarak mumun yanarak bitmesi, yakıtın tükenmesi nedeniyle çalışmanın durması gibi anlamlara gelmekte olup, stres/ aşırı çalışma nedeniyle gücünü yitirmiş olma, çaba gösterememe durumunu ifade etmek için de kullanılmaya başlanmıştır.²³

Bilimsel olarak ise 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından ilk kez dile getirilmiş; uyuşturucu bağımlılarının tedavi gördüğü bir klinikte gönüllü olarak hizmet veren sağlık çalışanlarında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işten ayrılma gibi durumları açıklamak için kullanmıştır.²⁴ Bu tanım daha sonra Maslach ve Jackson tarafından ölçülebilir ve farklı alanlarda uygulanabilir olması için geliştirilmiştir. Günümüzde tükenmişlikle ilgili en kabul gören tanım, kendi adını da kullanarak Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)’ni meydana getiren Christina Maslach’a aittir. Bu tanıma göre tükenmişlik “bir tür 'insan işi' yapan kişiler arasında iş yerindeki sürekli strese maruz kalınmasına tepki olarak ortaya çıkan fiziksel yorgunluk hali, başarısızlık, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duyguların, işe ve hayatındaki diğer insanlara karşı olumsuz tavırlar geliştirmesine neden olan bir sendrom” dur.²⁵

Maslach ve Jackson tükenmişliğin ölçülebilir ve farklı alanlarda uygulanabilir olması için çalışmalar yapmış ve tükenmişliği üç alt boyutta tanımlamıştır. Bunlar; Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (DYZ) ve Düşük Kişisel Başarı Hissi (DKB)’dır ve bu boyutları detaylı bir şekilde ele almak için 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) oluşturulmuştur.²⁶

2.2.2. Maslach’ın Tükenmişlik Modeli

Maslach Tükenmişlik Ölçeği 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından insan işi yapan mesleklerde çalışan kişilerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir. 1993’de Ergin C. Tarafından doktorların ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla Türkçe’ye uyarlanmıştır.²⁶ Maslach Tükenmişlik Envanteri

tükenmişliği ve onun üçlü boyutunu tanımlamak ve ölçmek için kullanılan en yaygın araçtır. Ölçeğin toplamda 5’li likert tipte 22 maddeden oluşan 3 alt boyutu vardır. Bunlar “duygusal tükenme” ,“duyarsızlaşma”, ve “kişisel başarıda düşme”dir.

Duygusal Tükenme

Tükenmişliğin ilk ve en önemli boyutu olarak karşımıza çıkan duygusal tükenme iş hayatının yarattığı baskının altında kalmış kişilerin fiziksel ve duygusal kaynaklarının tükendiğini gösterir Kişide yorgunluk, bitkinlik, uykusuzluk, sık baş ağrıları gibi belirtiler gözlenmektedir. Tükenmişlik sendromunun ana belirleyicisi olmasına rağmen tek başına tanı koymada yeterli değildir.²⁷

Duyarsızlaşma

Duygusal anlamda tükenen kişi sonraki aşamada çalışma ortamındaki insanlarla olan ilişkisini sınırlandırır ve mesafeli davranır. Bu da iletişim sorunlarına dikkat çeken duyarsızlaşma boyutunu ifade eder. Duyarsızlaşma evresinde birey çevresindekilerden kötülük geleceğini düşünmektedir ve hizmet verilen insanlara nesne gibi davranma, taleplerini görmezden gelme, onların sorunlarını çözmektense ‘kitaba göre’ hareket etmek gibi katı kurallara göre iş yapma şeklinde olumsuz değişimler meydana gelir ve kişi, iş hayatında aşağılayıcı, mesafeli ve ilgisiz bir tutum sergilemeye başlar.²⁸

Kişisel Başarı Hissi

Kişi iş hayatında hizmet verdiği insanlara karşı olumsuz düşünceler geliştirir, işine karşı duyarsızlaşır daha sonra bu olumsuz davranış ve tutumlardan dolayı mesleğini icra edemediğini düşünerek yetersizlik ve suçluluk hissine kapılır. Kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğilimi kişisel başarı hissi boyutunu ifade eder. Tükenmişliğin son evresinde üretkenlikte azalma, motivasyon kaybı, yetersizlik, mutsuzluk, benlik saygısında azalma gibi belirtiler ortaya çıkar. Hatta kişi mesleğinde yetersiz kaldığını düşünerek yeni bir meslek arayışına girebilir.²⁹ Tüm bunların sonucunda kişi benlik saygısını yitirir ve depresyona girer.³⁰

2.2.3. Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişlik sendromuna neden olan faktörler hem kişinin sosyodemografik özelliklerine bağlı hem de iş ortamındaki faktörlere bağlıdır. Bu faktörler bireysel ve örgütsel olarak 2 gruba ayrılmaktadır.

Bireysel Faktörler

Tükenmişliğe neden olan sosyodemografik faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, çocuk sayısı ,sosyal hayattaki stres kaynakları, çalışma saatleri, mesleki tatmin duygusu, kişilik yapısı ve kişisel beklentileri yer almaktadır. Çalışma ortamı aynı olan kişiler arasında farklı düzeylerde tükenmişliğin görülmesi bireysel ve sosyal faktörlerin çok önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.³¹

Cinsiyet: Tükenmişlikte cinsiyetin etkisini araştırmak üzere yapılan çalışmalar aynı meslek grubundaki insanlar arasında kadınların erkeklere göre daha çok tükenmişlik yaşadıklarını göstermiştir. Doktor ve hemşireler üzerine yapılan bir çalışma kadınlarda duygusal tükenmişlik boyutunun erkeklerde ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma boyutunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir.³²

Yaş: Tükenmişlik ile ilişkili olan en güçlü bireysel faktör yaştır. Genç yaştaki çalışanlar beklentilerinin yüksek ve tecrübelerinin az olmaları nedeniyle ileri yaştaki çalışanlara göre daha çok hayal kırıklığına uğramaktadır ve buna bağlı tükenmişliğin yaş ile ters yönlü bir ilişkide olduğu, genç yaştaki çalışanlarda daha fazla tükenmişlik görüldüğü bildirilmiştir.³³

Eğitim: Eğitim düzeyi arttıkça daha fazla sorumluluk yüklenilmesi ve beklentinin artması sebebiyle yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerde tükenmişlik oranı daha yüksektir. ³⁴ Üniversite eğitimi almamış çalışanların üniversite mezunlarına göre daha az tükenme yaşadıklarını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.³⁵

Medeni Durum: Tükenmişlikte medeni durumun etkisine bakıldığında bekâr ve çocuk sahibi olmayan kişilerin, evli ve çocuk sahibi olan kişilere göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koyan araştırmalar mevcuttur. Kişi ihtiyacı olan sosyal desteği ailesinden alabilmesinden dolayı evliliğin tükenmişlik üzerine olumlu etkisi vardır.³⁶

Kişilik Özellikleri: Biyolojik ve psikolojik özellikleri tanımlayan kişilik kavramı tükenmişlik düzeyini belirleyen bir diğer faktördür. Kişilerin diğer insanlarla ilişkileri, olaylara yaklaşımları, sorunlarla baş etme yöntemleri, kendilerini kontrol edebilme becerileri tükenmişlik düzeyini etkilemektedir. Kişiliğinin temel yapısı; dışadönüklük, uyumluluk, vicdanlılık, nevrotizm ve deneyime açıklık olarak beş boyuttan oluşmaktadır. Yapılan bir çalışmada dışadönük, uyumlu ve deneyime açık yapıdaki kişilerde tükenmişliğin daha az görüldüğü, vicdanlı yapıdakilerin ise sarf ettikleri fazla çabanın yeterince ödüllendirilmemesi neticesinde tükenmişliğin daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır.³⁷

Örgütsel Faktörler

Leiter ve Maslach tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörleri iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler olarak belirlemiştir.³⁸

İş Yükü: Belirli bir zamanda belirli bir kalitede yapılması gereken iş miktarı olarak ifade edilebilir. İş yükü tükenmişliğin en önemli örgütsel risk faktörüdür. Kişilere kapasitelerini zorlayacak düzeyde veya daha düşük performansta uygunsuz iş verilmesi kişinin kendini değersiz hissetmesine neden olmaktadır.²⁹

Kontrol: Kişinin işi ile ilgili konularda “seçim yapma, karar verme, sorun çözme ve sorumluluklarını yerine getirme imkânı” olarak tanımlanabilir. Maslach’a göre iş hayatlarında inisiyatif, kontrolü elinde tutamamak daha yüksek düzeyde tükenmişlik meydana getirir. Kontrolün elinden çıktığı düşüncesine sahip olan kişi işinden soğumaya başlar, değersizlik ve özgüven eksikliği yaşayarak karar almakta zorlanır ve tükenmişlik ortaya çıkar.³⁹

Ödül: Kişinin iş hayatına olumlu katkılarına karşılık olarak maddi ve manevi açıdan takdir edilmeyi ifade eder. İşe yapılan katkıların fark edilmesi ve değerli bulunması

sonucunda kişi iş hayatı için anlamlı ve önemli olduğuna inanır. Ödüllerin yetersizliğı ise kişide motivasyon kaybına ve performans düşüklüğüne neden olur.

Aidiyet: İnsanlar sosyal bir varlıktır ve bir topluluğı aıt olma ve topluluktaki diğeri insanlarla yakın ilişki içerisinde olma ihtiyacı duyarlar. Kişinin çalıştığı ortama aıt hissetmesi ve çalışma ortamını sahiplenerek özdeşleşmesi, sosyal açıdan doyuma ulaşmasını ve çalışma isteğinin artmasını sağlar. Aitlik hissetmeyen kişi kendini çevreden soyutlayarak çalışma arkadaşlarıyla çatışma ve anlaşmazlıklar yaşayabilir.⁴⁰

Adalet kavramı: Örgütün herkes için eşit ve tutarlı kurallara sahip olması şeklinde açıklanabilir. Adalet, örgütsel kararların adil ve tarafsız alındığına dair olumlu duygulara sahip olunmasıdır. Çalışma ortamında adaletin sağlandığına inanılması iş verimini artırır. İş yerinde adaletsizlik hisseden kişide sinizm, öfke, düşmanlık görülebilir, işine karşı duyarsızlaşma meydana gelebilir.⁴¹

Değerler: Hangi tür davranışların iyi, doğru ve istenilen olduğunu belirten, paylaşılan ölçüt veya fikirler olarak açıklanabilir. Kişinin iş hayatında değer yargılarına ters düşen işler yapması talep edildiğinde ortaya çıkan uyumsuzluk sonucunda oluşan rol çatışması tükenmişliğı ortaya çıkarabilir. Farklı meslek gruplarında farklı düzeyde tükenmişlik yaşandığı belirtilmektedir. Hekimlerdeki nöbet ve vardiyalı çalışma sistemi, tatmin etmeyen ücretle çalışma, haftalık uzun çalışma süreleri ve hizmet verilen hasta sayılarının fazla olması, uyku düzensizliğı gibi faktörler tükenmeye yol açan en önemli stres etkenleridir.⁴²

2.2.4. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik sendromu fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Tükenmişlik belirtileri aniden ortaya çıkmaz, yavaş ilerleyen bir süreçte sinsice gelişir, kişisel ve çevresel pek çok faktörden etkilenir bu yüzden dışa vurum şekli kişiden kişiye farklılık gösterir. Kişinin kendisi ve çevresi tarafından fark edilmesi zordur. Belirtilerinin göz ardı edilmesi tükenmişliğın ilerlemesine ve başa edilemez bir sorun haline gelmektedir. Bu nedenle belirtilerin iyi bilinmesi ve zamanında teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir.⁴³

Fiziksel Belirtiler

Tükenmişlik yaşayan kişiler genellikle; iş hayatlarının ilk yıllarında yetenekli, özgüvenli, enerjik, hevesli, fazla mesai yapan, uykusuzluklarına rağmen yüksek performans sergileyen kişilerden oluşmaktadır.³⁶ Fiziksel belirtiler başlangıçta yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları gibi semptomlarla karşımıza çıkar. Önlem alınmazsa sonraki süreçte; tekrarlayan soğuk algınlıkları, bağışıklık sisteminin zayıflaması, kilo kaybı veya kilo artışı, solunum sıkıntısı, yaygın vücut ağrıları , mide bağırsak hastalıkları, hipertansiyon, hiperlipidemi, kas krampları, kalp çarpıntısı ve dermatolojik hastalıklar oluşmaya başlayabilir.³¹

Psikolojik Belirtiler

Belli bir dozda kişileri hedefler doğrultusunda harekete geçiren ve başarı için motor görevi görebilen stres faktörü, bir noktadan sonra kişisel enerjiyi tümüyle sömürerek psikolojik rahatsızlıkların temel faktörü haline dönüşmektedir. Psikolojik belirtiler; engellenmişlik hissi ve çabuk sinirlenme, kolay incinme, sebebi anlaşılamayan huzursuzluk ve tedirginlik duygusu, sabırsızlık, özgüvende eksilme, çevreye karşı düşmanca tutum sergileme, güçsüzlük, enerji düşüklüğü, işine karşı ümitsizliğe kapılma , çevresindeki insanları eleştirme, ilgide eksilme, aile içi çatışmaların artması , tatminsizlik, hayata karşı olumsuz tutumlar geliştirme, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi olumlu duygularda azalma, düşüncelerde belirsizlik, dayanağı olmayan şüphe ve paranoya, depresyon, suçluluk hissi ve çaresizlik şeklinde sıralanabilir. Ayrıca tükenmişliğin psikolojik belirtileri sık ık istifa etmeyi düşünme ve işe gitmek istememe şeklinde de kendisini göstermektedir. ⁴⁴

Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtilerin ortaya çıkması kişinin duygusal belirtilerini maskeleyemediğini ve tükenmişliğin baş edilemez bir boyuta ulaştığının göstergesidir. İş bırakma, işi yavaşlatma, görevleri sürüncemede bırakma,sık alınan sağlık-mazeret raporları, işe geç gitme, alınan tavırlar, dikkat dağınıklığı, kolay sinirlenme, iş arkadaşlarına karşı alaycı ve

suçlayıcı olma, takdir edilmediğini düşünme sigara, alkol, madde kullanmaya başlama veya kullanımında artış ,aile içi çatışmalar gibi durumlar ile karşımıza çıkabilmektedir.⁴⁵

2.2.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik sendromu kişinin kendisi dışında ailesini, çevresini ve çalışma hayatını da etkileyerek hem bireysel hemde örgütsel sonuçlara neden olmakta ve toplumsal bir sorun haline gelmektedir.

Tükenmişliğin Kişisel Sonuçları

Çalışma hayatında strese maruz kalan kişilerde duygusal tükenme gelişmekte bu da zaman içerisinde fiziksel yorgunluk semptomlarına neden olmaktadır. Kronikleşen yorgunluk hali; grip, soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma ihtimalini artırmakta ve bu tarz rahatsızlıkların iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır.⁴⁵ Kişinin uykusuzluk yaşamasına bağlı halsizlik ve huzursuzluk hali, baş ağrısı, karamsarlık hissi oluşmaktadır. Bu fizyolojik sorunlar depresyon, kaygı, çaresizlik ve özgüven eksikliği gibi belirtilere yol açarak psikolojik sorunları da tetiklemektedir. Tükenmişlik sendromunda sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıklara yönelimdeki artış durumu daha karmaşık hale getirmektedir.⁴⁶

Tükenmişliğin Çalışma Hayatı ile İlgili Sonuçları

Tükenmişlik yaşayan kişiler yaptığı işi umursamamakta, işte başarılı olmak için çabalamamaktadır. Bu motivasyon düşüşüne bağlı mesai saatlerine uymama, sık sık hastalanma ve sağlık raporu kullanma gibi durumların sonucunda verilen hizmetin kalitesi ve niteliğinde azalma görülmektedir.²⁷ Kalitesiz hizmet verilmesi ve insancıl olmayan tavırlar sergilenmesi hizmet sunulan insanları olumsuz etkiler ve negatif geribildirimlerde artışa neden olmaktadır.⁴⁷ Çalışma ortamında iş arkadaşları ile yaşanan anlaşmazlıklar başarılı çalışanların işten ayrılmasına sebep olabilir.⁴⁸

Tükenmişliğin Aile Hayatı ile İlgili Sonuçları

Tükenmişlik sendromu kişilerin duyarsızlaşmaya bağlı hayatının tüm alanlarında iletişim sorunu yaşamasına neden olmaktadır. İş hayatındaki olumsuz duyguların etkileri evde de devam ederek aile içi çatışmalara sebep olmaktadır. Kişinin eşi, çocukları veya anne-babası kendilerini ihmal edilmiş ve yalnız hissetmekte bu da kişinin ailesi ve çevresi tarafından suçlanmasına neden olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişinin ailesi ve sosyal çevresi ile çatışmalar yaşanması aile fertlerinin birbirlerinden uzaklaşmalarına, boşanmalara, çocuk ve anne-babanın birbirinden kopmasına neden olmaktadır.⁴⁹ Çalışma hayatında yer alan kadınlar, mesai saatlerinin bitimden sonra evlerinde ailesi ve ev işleriyle ilgili olan sorumlulukları da taşımaları nedeniyle iki vardiyalı bir çalışma sistemi yürütmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da kadınların kendilerine ayıracak vakitlerinin azalması hatta hiç olmaması sebebi ile erkeklere göre daha fazla tükenmelerine neden olur.⁵⁰

2.2.6. Tükenmişliği Önleme Ve Başa Çıkma Yolları

Tükenmişlik sendromu ile mücadelede bireysel ve örgütsel düzeyde çeşitli stratejiler tanımlanmıştır. Bu stratejilerin bazıları tükenmişlik ortaya çıktıktan sonraki süreçte tedavi etmeye çalışırken, bazıları ise tükenmişliğin nasıl önlenebileceğine dair erken teşhise odaklanmıştır.

Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler

- Tükenmişliğin ne olduğunu ve belirtilerini bilmeli, kendisinde bu belirtilerin olduğunu fark eden kişi duygularını geçiştirmek yerine gerektiğinde yardım ve destek istemelidir.

- İşle ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler içerisinde olmalı, işe başlamadan önce zorluklarına ve risklerine dair bilgi edinmelidir.
- Stresi azaltacak kişiyi deşarj edecek zihinsel ve fiziksel aktivitelere, spor, müzik, meditasyon gibi hobilere zaman ayırmalıdır.
- Kişin kendi sorumluluklarının sınırlarını bilmeli, iş hayatı ve sosyal çevresine gerektiğinde suçluluk hissetmeden ‘hayır’ diyebilmelidir.
- Bedenini ve zihninin kontrol edebilmek için nefes ve gevşeme egzersizleri uygulayabilmelidir.
- Hayatının tüm alanlarında monotonluğu azaltmalı ve huzurlu bir yaşam tarzı oluşturmalıdır.
- Stresle başa çıkma yöntemleri geliştirmeli, Yaratıcı çözümler üretmek ve tutumların daha olumlu olmasını sağlamak için mizah yöntemini kullanmalı.⁵¹

Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler

- Çalışanların yetkilerinin ve sorumluluklarının açık ve net bir şekilde belirtilmesi ve yönetim tarafından yasal düzenlemelerinin yapılması
- İş alımlarında kişi-iş uyumuna dikkat edilmesi, kişisel gelişimi arttırmak açısından hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi
- Ödül ve ceza sisteminin adil işlenmesi, hoşgörülü bir yönetim anlayışına sahip olunması
- Zor işlerin aynı kişiler tarafından yapılmasının engellenmesi amacıyla işlerin eşit olarak bölünmesinin sağlanması
- Yönetim tarafından çalışma saatlerinin düzenlenmesi, tatil ve sosyal etkinlik gibi konularda yeterli özenin gösterilmesi

- Çalışanlara "stresle baş etme yöntemleri" eğitimlerinin verilmesi
- İletişim kalitesini arttırmak amacıyla oryantasyon çalışmalarının yapılması, motivasyon artırıcı ekip içi eğitim ve faaliyetlerin desteklenmesi.⁵²

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Envanteri” toplam 22 maddeden ve 3 alt bölümden oluşmaktadır; Duygusal Tükenme(DT), Duyarsızlaşma(DYZ) , Kişisel Başarı Hissi (KB) (Bkz. EK 2). MTÖ’nün, Duygusal Tükenme bölümünde 9, Duyarsızlaşma bölümünde 5 ve Kişisel Başarı Hissi bölümünde 8 soru bulundurmaktadır. Her alt bölüm için puanlama ayrı olarak hesaplanmaktadır. Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçenekleri 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman). Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı hissi için tersine puanlanmaktadır ve Düşük kişisel başarı olarak değerlendirilmektedir(hiçbir zaman=4, her zaman= 0).

Duygusal Tükenme bölümünü 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20’inci sorular, Duyarsızlaşma bölümünü 5, 10, 11, 15, 22’inci sorular, Kişisel başarı hissi bölümünü ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 no’lu sorular oluşturmaktadır. Maslach Tükenmişlik Envanteri’nin alt bölümleri olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma kısmı olumsuz, kişisel başarı hissi kısmı ise olumlu ifadelerden meydana gelmektedir. Puanların toplanması ile Duygusal Tükenme için 0-36, Duyarsızlaşma için 0-20,Düşük Kişisel Başarı Hissi için 0-32 arasında değişen skorlar elde edilir. Tükenmişlik düzeyi tek bir puan ile ifade edilememekte, üç alt ölçek puanları ayrı ayrı değerlendirilip düşük, orta, yüksek düzey olarak ifade edilir. Bu çalışmada kişisel başarı alt boyutunun puanlaması, analiz ve yorumlamada kolaylık sağlaması için ters yönde yapılmış ve ‘düşük kişisel başarı’ ifadesi kullanılmıştır Buna göre, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı boyutlarından alınan yüksek puanlar, tükenmişliğin yüksek olduğunu;

Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma Ve Düşük Kişisel Başarı alt ölçeklerinden alınan düşük puanlar, tükenmişliğin düşük olduğunu; her üç alt ölçekten alınan puanların orta düzeyde olması da, tükenmişliğin orta düzeyde yaşandığını ifade etmektedir.²⁶

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2.İş dönüşü ruhen kendim tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi					

davrandığımı hissediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri					

insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabileceğim.					
13.İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereğİ karşılaştığım insanlara ne olduğu umrumda değİl.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					

17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					

2.3. DEPRESYON

2.3.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon sözcüğü Latince alçakta olmak, aşağı doğru itmek anlamına gelen “depressus” kelimesinden türetilmiştir. Dilimizde ise ruhsal çöküntü anlamına gelen yaşantı durumunu ifade etmektedir.⁵³

Depresyon; üzüntü, çökkünlük, kederli ve karamsar olma hali, hayata karşı ilgisizlik ,daha önce zevk aldığı işlerden zevk alamama, dikkat eksikliği, zihinsel işlevlerde yavaşlama, suçluluk ve değersizlik ,kendine zarar verme düşüncesi, iştahsızlık , uykuda düzensizlik ve libido kaybı ile kendini gösteren bir duygudurum bozukluğudur. ⁵⁴

Depresyon psikolojik rahatsızlıklar arasında prevalansı en yüksek hastalıktır ve kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir.

Depresyon tarihte İlk kez milattan önceki dönemde Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat karaciğer ve safra yollarındaki rahatsızlıklar sonucunda oluşan kara safranin kişide durgunluk, endişe, ilgi kaybı gibi zihinsel sıkıntılara neden olduğunu belirtmiş ve melankoli terimini ortaya çıkarmıştır. Bir başka tanımlamada Bergamalı tıp doktoru Galen tarafından yapılmış ve “melankoli” kişinin başkalarından nefret etmesi, yaşamından memnun olmaması şeklinde tanımlanmıştır. İbn-i Sina ise kişinin vücudundaki sıvıların farklı oranlarda bir araya gelmesi sonucu melankoli görüldüğünü ifade etmiş,depresyondaki nörotransmitter varsayımının öncüsü olmuştur. 20. yüzyıl başlarında Kraepelin melankoliyi depresyonun bir belirteci olarak tanımlamıştır. 21. yüzyılda ise depresyon patofizyolojik temellere dayandırılmıştır.⁵⁵

2.3.2. Risk Faktörleri

Depresyon dünya genelinde yaşam kalitesini azaltan ve ölümcül hastalıklara neden olan önemli bir etkidir. İntihar gibi üzücü sonuçların dışında alkol-madde bağımlılığı, kalp rahatsızlıkları ve diyabet gibi birçok kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan depresyon tıbbi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Depresif bozukluk fiziksel, genetik,

biyolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir şekilde etkileşime girmesi sonucu oluşmaktadır. Depresyon her toplumda görülür ve gencinden yaşlısına, zengininden fakirine her türlü insanı etkilemektedir.⁵⁶

Majör depresif bozukluk için 12 aylık prevelans %4.1 ve yaşam boyu depresyon riski ise %15'tir.⁵⁷ Depresyon ile karşılaşma ihtimalini arttıran risk faktörleri; düşük sosyoekonomik gelir düzeyi, tek başına yaşamak, boşanmış olmak , işsizlik, fiziksel veya cinsel istismar, sevilen birinin ölümü veya kaybı, bağımlı ya da obsesif kişilik özelliklerine sahip olmak, şiddete maruz kalma, çocukluk travmaları, stresli çalışma ortamı, sıkıntılı aile hayatı, madde ve alkol kullanımı, kronik hastalıklar gibi faktörlerdir.⁵⁸ Depresyon ile ilgili yapılan araştırmalarda kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 2 kat fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir.⁵⁹ Majör depresif bozukluk 30'lu yaşlarda ve 45 yaş altında daha çok görülür. Yapılan çalışmaların bazılarında yüksek gelirli ülkelerde depresif bozukluğun gençlerde daha sık görüldüğünü, düşük-orta gelirli ülkelerde ise depresif bozukluğun ileri yaşlarda daha sık olduğu gösterilmiştir.⁵⁶ Kişinin birinci derece akrabasında major depresif bozukluk mevcut ise kendisinde de majör depresyon görülme riski fazladır.⁶⁰ Kronik hastalıklar ile depresyon arasında güçlü bağlantılar vardır. Kardiyovasküler hastalık, Serebrovasküler olay, Diyabetes Mellitus ve Parkinson hastalığı, Tiroid hastalığı gibi kronik hastalıklar depresyona neden olabildiği belirtilmektedir.⁶¹ Depresyonun ve buna bağlı semptomların hem kardiyovasküler hastalık oluşumuna neden olan hem de miyokard enfarktüs sonrası ölüm riskini arttıran majör bir risk faktörü olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir.⁶² Vitamin D eksikliğinin depresyon ile ilişkili olduğuna dair araştırmalar mevcuttur.⁶³ Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, anksiyete bozukluğu gibi diğer psikolojik hastalıklara da sıklıkla eşlik eder.⁶⁴

2.3.3. Doktorlar İçin Risk Faktörleri

Hekimler hayat kurtaran ameliyatlar yaparlar, kanserleri tedavi ederler ve insanların yararına bilimsel araştırmalar yürütürler, hem fiziksel hem de zihinsel açıdan çok yıpratıcı bir ortamda hastalara sağlık hizmeti sunarken genellikle kendilerine bakmayı ihmal ederler, ancak hekimler de insandır ve herkes gibi bakıma muhtaçtır.⁶⁵ Toplumun çalışan nüfusuna bakıldığında, meslek grupları içerisinde hekimlerde depresif bozukluk daha

yaygın görülmektedir. Hekimler meslek hayatlarının başından itibaren zorlu bir eğitim sürecinden geçme ve daha sonra Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) gibi zor bir sınava tabi tutulma, yoğun çalışma temposu, rekabet duygusu ve başarısız olma endişesi gibi depresyonu tetikleyen birçok stres faktörü ile karşı karşıya kalmaktadır.⁶⁶ Meslek hayatları boyunca hastalara, sakatlıklara ve ölüm duygusuna sürekli maruz kalma, bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski, hasta ve yakınlarının olumsuz tepkilerine maruz kalma, düzensiz çalışma saatleri, nöbet sürelerinin uzun olması, İnsan hayatının sorumluluğunu üstlenme, aşırı iş yükü, uykusuzluk, hata yapma korkusu gibi birçok stres faktörüne maruz kalmaktadırlar.⁶⁷ Depresyonun başlaması ve devam etmesinde en önemli etkenlerden biri uzun süreli ve aşırı strese maruz kalınmasıdır. Araştırmalar kişilerin iş ortamı ve çalışma şartlarından memnun olmayışının sonucunda depresyonun ortaya çıktığını göstermektedir.⁶⁸ Yapılan çalışmalar Tıp eğitimindeki hiyerarşik düzenin alt kısmında bulunan araştırma görevlisi doktorların daha uzun çalışma saatleri, daha fazla tutulan nöbetler, daha düşük ücretle çalışmak gibi faktörlerden dolayı diğer doktorlara göre daha fazla stres altında oldukları gösterilmiştir.⁶⁹ Diğer tüm mesleklerde olduğu gibi doktorlarda görülen depresyon ve ilişkili bozukluklar, stres nedeniyle işyerinde verimliliği, aile ve arkadaşlar arası ilişkileri ve topluma dahil olma yeteneği gibi yaşamın tüm yönleri üzerinde olumsuz derin bir etkiye sahip olabilir.⁷⁰ Çalışma yaşamını olumsuz etkilenmesi hasta bakımı kalitesinin düşmesine ve tıbbi hataların artmasına neden olmaktadır.

2.3.4. Tanı Kriterleri

Depresif bozukluk tanısında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) olmak üzere iki ana tanı sınıflama sistemi mevcuttur.⁷¹ Depresyonun çok sayıda alt tipi bulunmaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinde (DSM-5) depresif bozukluklar başlığı kapsamında birçok depresif hastalık çeşidi belirtilmiştir.⁵⁵

Major Depresif Bozukluk,

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu,

Persistan Depresif Bozukluk,

Premenstrual Disforik Bozukluk,

Madde/İlaç İlişkili Depresif Bozukluk,

Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Ayırt Edilememiş Depresif Bozukluktur.

Toplumda depresyon olarak bilinen majör depresif bozukluk, depresyonun başlıca formudur.⁷²

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na (DSM-V) göre Majör Depresif Bozukluk tanı ölçütleri;

A. Aşağıdaki maddelerden en az 5 tanesinin en az iki hafta süre ile her gün bulunması (1 veya 2 numaralı maddeler mutlaka bulunmalı)

- (1) Çökkün duygudurum
- (2) Anhedoni, ilgisizlik ve zevk alamama
- (3) İştahsızlık hızlı kilo verme ya da iştah artışın bağlı hızlı kilo alma
- (4) Aşırı uyuma veya uykusuzluk çekme
- (5) Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- (6) Enerji düşüklüğü, yorgunluk
- (7) Suçluluk ve değersizlik hissetme
- (8) Dikkati toplayamama
- (9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri ve İntihar eğilimi

B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomlar bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Depresyon belirtilerinin anksiyete bozukluğu, şizofreni veya tıbbi bir hastalık gibi alternatif bir psikiyatrik tanı veya bir ilacın yan etkileri ile açıklanmaz.⁷¹

Depresif belirtilerin saptanması için mevcut en iyi ölçek, hekim tarafından gerçekleştirilen tam bir psikiyatrik görüşmedir.⁷³ Klinik pratikte bu hem zaman alıcıdır hem de ekonomik değildir. Geçmişte, depresif semptomların şiddetini derecelendirmek ve majör depresif bozukluk semptomları olan fakat teşhis konulmamış bireyleri belirlemek için birçok standartlaştırılmış öz bildirim ölçekleri geliştirilmiştir. Günümüzde hala depresyonun teşhisi bu ölçekler yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçelerin etkinliğinin belirlenebilmesi amacıyla çeşitli klinik çalışmalarda "Klinisyenin değerlendirdiği (clinician-rated)" ve "Kendini değerlendirme (patient-rated)" ölçekleri geliştirme çalışmaları yapılmıştır.⁷⁴ Türkiye’de kullanılan çeşitli depresyon değerlendirme ölçekleri: Beck depresyon envanteri, Zung depresyon ölçeği, Geriatrik depresyon ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği, Cornell demansta depresyon ölçeğidir. Bu ölçekler klinisyen tarafından değerlendirilen, güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış ölçeklerdir.⁷⁵

Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri(BDE), depresyon taraması için yaygın olarak kullanılan bir araçtır. BDE, DSM - IV içerisindeki depresyon belirtileriyle tutarlı, depresyon şiddetini ölçmek için tasarlanmış 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Türkiye’deki yapılan çalışmalarda BDE’nin geçerlik ve güvenirliğinin (testin aynı gruba belirli aralıklarla 2 kez uygulanması sonucunda sonuçların tutarlı olması) yüksek olduğu gösterilmiştir.^{76,77} BDE, Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını, şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir.⁷⁸ Depresyona özgü zihinsel ve bedensel semptomları içeren bir dizi madde tanımlanmıştır. Tüm maddeler 4 seçenekten oluşmaktadır ve her bir seçeneğe 0-3 arasında bir skor verilmiştir. Seçenekler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Her madde bir belirtiye (örneğin, üzüntü) atıfta bulunur ve genellikle katılımcılardan son 1 hafta içinde duygudurumlarını en iyi yansıtan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. Tüm skorlarının toplamı ile elde edilen ölçeğin

sonucuna göre 0-13 arası skorun depresyonun olmadığına, 14-19 skor aralığının hafif şiddetli depresyonu, 20-28 skor aralığının orta şiddetli depresyonu, 29- 63 skor aralığının şiddetli depresyona işaret ettiği gösterilmiştir.⁷⁹

2.3.5. Tedavi yaklaşımı

Major depresif bozukluğun tedavisinde ilk hedef, depresif semptomların tamamen ortadan kaldırılmasıdır ve bu amaçla psikoterapi, farmakoterapi ve elektrokonvülsif terapi yöntemleri kullanır.⁸⁰ Antidepresanlar, elektrokonvülsif terapi ve depresyon odaklı psikoterapi, nöronal büyümeyi ve bölgesel beyin metabolizmasını olumlu yönde etkileyen tedavi yöntemleridir. Depresyonun beyin nörotransmitter sisteminin dengesinin bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu amaçla depresyonun farmakoterapisinde antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Antidepresan ilaçlar noradrenalin, serotonin, dopamin gibi monoamin nörotransmitterlerini etkilemektedir.⁸¹ Hafif depresif bozukluk tedavisinde psikoterapi ile tedavi edilirken, orta ve şiddetli depresif bozukluk tedavisinde psikoterapi ile farmakoterapi birlikte uygulanır.⁸⁰ Farmakoterapiye yanıt vermeyen şiddetli depresif bozukluk tedavisine elektrokonvülsif terapi (ECT) eklenir. ECT, majör depresyon için en etkili tedavi olmuştur ve olmaya devam etmektedir.⁸²

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Envanteri: Katılımcılar BDÖ'deki her bir maddeden 0-3 arasında puan almaktadırlar. 21 maddeden oluşan BDÖ'den alınabilecek en yüksek puan "63 "olup; 0-13 arası skor depresyon olmadığına, 14-19 arası skor hafif şiddetli, 20-28 arası skorlar orta şiddetli, 29- 63 arası skorlar şiddetli depresyona işaret etmektedir⁷⁷(Bkz. EK 2).

- 1-
 - a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 - b) Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

- 2- a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.

- c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
b) Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16- a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
- 18- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
- 20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

- c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka birşey düşünemiyorum.
- 21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Onay tarihi: 10.02.2022 karar numarası: KÜ GOKAEK-2022/03.30) alındıktan sonra kesitsel tipte bir anket çalışması şeklinde gerçekleştirildi(Bkz. EK 1). Anket formu YBÜ, Psikiyatri ve Biyoistatistik öğretim üyelerinden oluşan üç kişilik bir ekip tarafından hazırlanmış, daha sonra 20 kişilik bir YBÜ doktor grubunda ön değerlendirmesi yapılmış, geri bildirimlere göre düzeltmeler yapılarak son haline getirilmiştir. Hazırlanan anket formu Türkiye genelinde YBÜ’de uzman doktor, asistan doktor, öğretim üyesi/şef statüsünde çalışan ya da nöbet tutan doktorlara e-posta, telefon ve Türk Yoğun Bakım Derneği (TYBD) web sitesi kanalıyla online olarak ulaştırılmıştır. Çalışma onamı anket metninin başlangıcında yer alan yazılı onam ile alınmıştır. Araştırmaya katılmak için gönüllü olan ve şartları karşılayan kişilerden anket formunu ve ölçekleri eksiksiz doldurmaları istenmiştir. YBÜ’de çalışan hemşire ve diğer sağlık personeli çalışma dışı bırakıldı. Veri toplama tarihi olarak 01.04.2022 – 01.10.2022 tarihleri belirlendi.

Verilerin toplanması için hazırlanan ankette toplamda 74 adet soru içeren 3 bölüm bulunmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, primer uzmanlık alanı, uzman olma yılı, yoğun bakım uzmanlık sertifikası varlığı, YBÜ’de çalışma pozisyonları ve süreleri, kronik rahatsızlıkları ile ilişkili bilgiler sorgulandı. Anket formunun ikinci bölümünde katılımcıların COVID-19 hastalarını takip ederken en çok yaşadıkları sorunlar, COVID-19 pandemisinin mesleklerine bakışlarına etkisi olup olmadığı araştırılmış ve katılımcıların kendilerinin depresyon ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Üçüncü bölümde ise MTÖ ve BDÖ ile katılımcıların depresyon ve tükenmişlik açısından objektif olarak değerlendirilmesi, katılımcıların özdeğerlendirmeleri ile MTÖ ve BDÖ puanları arasındaki uyumun araştırılması amaçlanmıştır. (Bkz. EK 2)

Maslach Tükenmişlik Envanteri” toplam 22 maddeden ve 3 alt bölümden oluşmaktadır; Duygusal Tükenme(DT), Duyarsızlaşma(DYZ) , Kişisel Başarı Hissi (KB) (Bkz. EK 2). MTÖ’nün, Duygusal Tükenme bölümünde 9, Duyarsızlaşma bölümünde 5 ve Kişisel

Başarı Hissi bölümünde 8 soru bulundurmaktadır. Her alt bölüm için puanlama ayrı olarak hesaplanmaktadır. Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçenekleri 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman). Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı hissi için tersine puanlanmaktadır ve Düşük kişisel başarı olarak değerlendirilmektedir(hiçbir zaman=4, her zaman= 0).

Duygusal Tükenme bölümünü 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20'inci sorular, Duyarsızlaşma bölümünü 5, 10, 11, 15, 22'inci sorular, Kişisel başarı hissi bölümünü ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 no'lu sorular oluşturmaktadır. Maslach Tükenmişlik Envanteri'nin alt bölümleri olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma kısmı olumsuz, kişisel başarı hissi kısmı ise olumlu ifadelerden meydana gelmektedir. Puanların toplanması ile Duygusal Tükenme için 0-36, Duyarsızlaşma için 0-20, Düşük Kişisel Başarı Hissi için 0-32 arasında değişen skorlar elde edilir. Tükenmişlik düzeyi tek bir puan ile ifade edilememekte, üç alt ölçek puanları ayrı ayrı değerlendirilip düşük, orta, yüksek düzey olarak ifade edilir. Bu çalışmada kişisel başarı alt boyutunun puanlaması, analiz ve yorumlamada kolaylık sağlaması için ters yönde yapılmış ve 'düşük kişisel başarı' ifadesi kullanılmıştır Buna göre, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Düşük Kişisel Başarı boyutlarından alınan yüksek puanlar, tükenmişliğin yüksek olduğunu; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma Ve Düşük Kişisel Başarı alt ölçeklerinden alınan düşük puanlar, tükenmişliğin düşük olduğunu; her üç alt ölçekten alınan puanların orta düzeyde olması da, tükenmişliğin orta düzeyde yaşandığını ifade etmektedir.²⁶

Beck Depresyon Envanteri: Katılımcılar BDÖ'deki her bir maddeden 0-3 arasında puan almaktadırlar. 21 maddeden oluşan BDÖ'den alınabilecek en yüksek puan "63 "olup; 0-13 arası skor depresyon olmadığına, 14-19 arası skor hafif şiddetli, 20-28 arası skorlar orta şiddetli, 29- 63 arası skorlar şiddetli depresyona işaret etmektedir⁷⁷(Bkz. EK 2).

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile belirlendi. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile belirlendi. Hipotez testlerinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.



5. BULGULAR

YBÜ’de uzman, asistan , öğretim üyesi/şef statüsünde çalışan ya da nöbet tutan 241 doktor katıldı. Çalışmaya katılan 241 YBÜ doktorunun 149’u (%61,8) kadın ve 92’si (%38,2) erkek olup, 69’u (%28,6) 30 yaş altı, 106’sı (%44) 30-39 yaş , 46’sı (%19,1) 40-49 yaş ve 20’si (%8,3) 50 yaş ve üzeri gruba mensuptu (Tablo 1). Katılımcıların 158’i (%65,6) evli, 75’i (%31,1) bekar, ve 8’i (%3,3) eşinden boşanmış/eşi vefat etmiş ya da eşinden ayrı yaşıyordu. 113’ü (%46,9) çocuk sahibidir. 161’i (%66,8) eşi ve çocuklarıyla, 11’i (%4,6) anne/baba/kardeşlerle, 5’i (%2,1) arkadaşlarıyla ve 64’ü (26,6) yalnız yaşamaktadır. 194’ü (%80,5) Anestezi, 31’i (%12,9) Dahiliye, 16’sı (%6,7) diğer anabilim dallarından uzmanlık almışlardır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N = 241	%
Yaş	20-29	69	28,6
	30-39	106	44,0
	40-49	46	19,1
	≥50	20	8,3
Cinsiyet	Kadın	149	61,8
	Erkek	92	38,2
Medeni durum	Bekar	75	31,1
	Evli	158	65,6
	Ayrı yaşıyor/Boşanmış/Eşi vefat	8	3,3
Çocuk Sayısı	Yok	128	53,1
	1 çocuk	37	15,4
	2 çocuk	61	25,3
	≥3 çocuk	15	6,2
Ev Ortamı	Eşi/çocuklarıyla yaşıyor	161	66,8
	Anne/baba/kardeşlerle yaşıyor	11	4,6
	Arkadaşıyla yaşıyor	5	2,1
	Yalnız yaşıyor	64	26,6
Uzmanlık Alanı	Anestezi	194	80,5
	Dahiliye	31	12,9
	Diğer	16	6,7
YBÜ’de Çalışma Yılı	<2	86	35,7
	3-5	69	28,6

	6-10	38	15,8
	>10	48	19,9
YBÜ Uzmanlık	Evet	48	20,0
Varlığı	Hayır	192	80,0

Katılımcıların YBÜ’de çalışma pozisyonlarına bakıldığında 25’i (%10,4) sorumlu öğretim üyesi/ şef, 87’si (%36,1) uzman doktor, 15’i (%6,2) YBÜ yandal asistanı,104’ü (%43,2) anestezi anabilim dalı asistanı, 10’u (%4,1) diğer pozisyonda çalışmaktadır. 70’inin (%29,3) sürekli YBÜ’de çalıştığı, 152’sinin (%63,6) YBÜ’de rotasyon usulü çalıştığı,17’sinin (%7,1) sadece nöbetlerde YBÜ’de çalıştığı görülmektedir. YBÜ’de çalışmayı kendilerini seçtiği sorulduğunda 70’i (%40,5) YBÜ 'de çalışmayı sevdiğini,isteyerek seçtiğini, 60’ı (%34,7)YBÜ’de çalışmayı bir miktar sevdiğini fakat hayat şartlarının da YBÜ’de çalışmayı seçmeye zorladığını 43’ü (%24,9) YBÜ’de çalışmayı isteyerek seçmediğini, görevlendirildiğini belirtmektedir. Katılımcıların 7’si (%2,9) aldığı ücretin yeterli olduğunu, 47’si (%19,6) aldığı ücretin kısmen yeterli olduğunu, 186’sı (%77,5) aldığı ücretin yetersiz olduğunu belirtmektedir(Tablo 2).

Tablo 2. YBÜ doktorlarının çalışma şartları, YBÜ doktorluğu seçme sebepleri, ücret tatmini

		Sayı (N)	%
YBÜ’de çalışma pozisyonu	Sorumlu öğretim üyesi/ şef	25	10,4
	Uzman doctor	87	36,1
	YBÜ yandal asistanı	15	6,2
	Anestezi anabilim dalı asistanı	104	43,2
	Diğer	10	4,1
	Toplam	241	100
YBÜ’de çalışma takvimi	Sürekli YBÜ’de çalışıyorum.	70	29,3
	YBÜ’de rotasyon usulü çalışıyorum	152	63,6
	Sadece nöbetlerde YBÜ’de çalışıyorum.	17	7,1
	Toplam	241	100
YBÜ doktorluğu seçimi	YBÜ 'de çalışmayı isteyerek seçtim.	70	40,5
	YBÜ’de çalışmayı bir miktar seviyorum, ama hayat şartlarım da YBÜ’de çalışmayı seçmeye zorladı	60	34,7

	YBÜ'de çalışmayı isteyerek seçmedim, görevlendirildim.	43	24,9
	Toplam	173	100
Maaş yeterliliği	Evet, yeterli.	7	2,9
	Kısmen. Yeterli	47	19,6
	Hayır, yetersiz	186	77,5
	Toplam	240	100

Katılımcıların 34'ünde (%14,1) COVID-19 açısından risk faktörü olan kronik hastalıkların mevcuttur. 82'si (%34) COVID-19 hastalığını geçirmediğini, 149'u (%61,8) hastalığı hafif geçirdiğini, 9'u (%3,7) hastalığı şiddetli geçirdiğini ve hastanede tedavi gördüğünü, 1'i (%0'4) COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle YBÜ'de yattığını belirtmektedir (Tablo 3). Katılımcıların 56'sı (%23,3) COVID-19'a bağlı yakın akrabasını kaybettiğini, 10'u (%4,2) yakın arkadaşını kaybettiğini, 174'ü (%72,5) herhangi bir yakınını kaybetmediğini belirtmiştir (Tablo 3). COVID YBÜ'de çalışma sürecine bakıldığında 37'sinin (%15,4) sürekli olarak COVID YBÜ'de çalıştığı, 109'u (%45,4) dönüşümlü olarak COVID YBÜ'de çalıştığı, 79'unun (%32,9) bir süre COVID YBÜ'de çalıştığı, artık çalışmadığı, 15'inin (%6,3) COVID YBÜ'de hiç çalışmadığı görülmektedir. COVID YBÜ'de çalışma saatlerine bakıldığında katılımcıların 19'u (%7,9) haftalık 40 ve daha az saat çalıştığını, 52'si (%21,6) 41 ile 49 saat arası çalıştığını, 55' (%22,8) 50 ile 59 saat arası çalıştığını, 115'i (%47,7) 60 saat ve üzerinde çalıştığını belirtmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların COVID-19'a bağlı değişkenlerle ilgili veriler

		Sayı (N)	%
COVID-19 içi risk faktörü olan kronik hastalık varlığı	Evet	34	14,1
	Hayır	207	85,9
	Toplam	241	100
COVID -19 hastalığı Geçmiş	Hayır, geçirmedi.	82	34,0
	Evet, hafif /orta şiddette semptomlar ile geçirdim, hastaneye yatmam gerekmedi.	149	61,8

	Şiddetli COVID-19 enfeksiyonu geçirdim, hastaneye yattım.	9	3,7
	COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle YBÜ’de yattım.	1	0,4
	Toplam	241	100
COVID -19 ‘a bağlı yakın Vefatı	Hayır	174	72,5
	Evet, yakın akrabamı kaybettim	56	23,3
	Evet, yakın arkadaşımı kaybettim.	10	4,2
	Toplam	240	100
COVID YBÜ’de çalışma süreci	Evet, sürekli olarak COVID YBÜ'de çalışıyorum.	37	15,4
	Dönüşümlü olarak COVID YBÜ'de çalışıyorum.	109	45,4
	Bir süre COVID YBÜ'de çalıştım, artık çalışmıyorum.	79	32,9
	COVID YBÜ'de hiç çalışmadım.	15	6,3
	Toplam	240	100
COVID YBÜ’ de Haftalık Saati	≤40 saat	19	7,9
	41-49 saat	52	21,6
	50-59 saat	55	22,8
	≥60	115	47,7
	Toplam	241	100

Pandemi sürecinin katılımcılardaki mesleğe bakışı üzerine etkilerine bakıldığında 79’u (%32,9) pandemiden önce önemli bir iş yaptığını düşünse de pandemide hayati bir iş yaptığını anladığını, işiyle gurur duyduğunu, 89’u (%37,1) işini sevse de ilave iş yükü, stres nedeniyle nadiren de olsa bu işi sorguladığını ve işi bırakmayı düşündüğünü, 60’ı (%25) önemli bir iş yaptığını düşünse de çok yorulduğunu ve YBÜ’yü bırakma fikrini sıklıkla aklından geçtiğini, 12’si (%5) YBÜ doktorluğunu ilk fırsatta bırakmayı düşündüğünü belirtmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisi

	Sayı(N)	%
Pandemiden önce önemli bir iş yaptığımı düşünsem de pandemide hayati bir iş yaptığımı anladım. İşimle gurur duyuyorum.	79	32,9
İşimi sevsem de ilave iş yükü, stres nedeniyle nadiren de olsa bu işi sorguluyorum, işi bırakmayı düşünüyorum	89	37,1
Önemli bir iş yapsamda çok yorulduğumu düşünüyorum, YBÜ'yü bırakma fikri sıklıkla aklımdan geçiyor	60	25
YBÜ doktorluğunu ilk fırsatta bırakmayı düşünüyorum	12	5
Toplam	240	100

Katılımcıların 70' (%29,3) pandemi öncesi psikolojik problem yaşadıklarını belirtmişler ve mevcut ruh halinin özdeğerlendirilmesi istendiğinde 66'sı (%27,4) depresyonda olmadığını, 107'si (%44,4) hafif derecede, 57'si (%23,7) orta derecede, 11'i (%4,6) şiddetli depresyonda olduğunu belirtmiştir. Pandemi sürecinde psikolojik destek alma ihtiyacı olup olmadığı sorusuna katılımcıların 27'si (%11,2) psikolojik destek aldığını, 103'ü (%42,7) psikolojik destek alma ihtiyacı hissettiğini fakat yoğunluktan yardım alamadığını, 111'i (%46,1) ise psikolojik desteğe ihtiyaç dumadığını belirtmişlerdir. Tükenmişlik sendromu açısından özdeğerlendirme yapmaları istendiğinde katılımcıların sadece 24'ü (%10) kendisini tükenmiş hissetmediğini, 70'i (%29) hafif düzeyde, 108'i (%44,8) orta düzeyde 39'u (%16,2) yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını

belirtmiştir(Tablo 5).

Tablo 5. Pandeminin katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri

		Sayı (N)	%
Pandemi öncesi psikolojik problem öyküsü	Evet	70	29,3
	Hayır	169	70,7
	Toplam	239	100
Mevcut ruh halinin Özdeğerlendirilmesi	Depresyonda değilim	66	27,4
	Hafif derecede depresyondayım	107	44,4
	Orta derecede depresyondayım	57	23,7
	Şiddetli depresyondayım	11	4,6
	Toplam	241	100
Pandemi sürecinde psikolojik yardım alma ihtiyacı	Evet, psikolojik destek aldım	27	11,2
	Evet, ama yoğunluktan yardım alamadım	103	42,7
	Psikolojik desteğe ihtiyacım olmadı	111	46,1
	Toplam	241	100
Tükenmişlik sendromu açısından özdeğerlendirmesi	Tükenmişlik sendromu yaşamıyorum	24	10,0
	Hafif düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum	70	29,0
	Orta düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum	108	44,8
	Yüksek düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum	39	16,2
	Toplam	241	100

Katılımcıların %67,1'i yüksek hasta sayısı nedeniyle artan iş yükünü, %67,2'si COVID-19 enfeksiyonunun etkin bir tedavisinin olmayışı nedeniyle yaşanan çaresizliği, %35,9'u gerekli ilaç/malzeme yokluğu, %63,6'sı sürekli koruyucu ekipmanla çalışmak zorunda kalmayı, %32,9'u koruyuculuğu yeterli olmayan ekipmanla çalışmak zorunda kalmayı, %34,9'u kendisinin COVID-19 enfeksiyonuna yakalanmaktan korktuğu düşüncesini, %61,9'u yakınlarına bulaştırmaktan korkusunu, %58'i artan iş yükü nedeniyle YBÜ'de görevlendirilen sağlık çalışanlarının tecrübe/eğitim eksikliğini, %48,5'i aşırı endişeli hasta yakınlarına bilgi vermek, endişelerini giderme çabasını pandemi sırasında COVID-19 YBÜ'de çalışırken en çok rahatsız eden hususlar olarak belirtmişlerdir. Bu süreçte %38,9'u amirlerinden yeterli desteği görmediğini, %20,5'i çalışma arkadaşlarıyla pandemi öncesine göre daha sık anlaşmazlık yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. COVID-19 pandemisinde YBÜ'de çalışırken en çok rahatsız eden hususlar

		Sayı (N)	%
Yüksek hasta sayısı nedeniyle artan iş yükü	Evet	159	67,1
	Hayır	78	32,9
	Toplam	237	100
Halen COVID-19 enfeksiyonunun etkin bir tedavisinin olmayışı, şiddetli/kritik vakalarda çaresizlik yaşıyorum	Evet	160	67,2
	Hayır	78	32,8
	Toplam	241	100
Gerekli ilaç/malzeme yokluğu, eksikliği	Evet	85	35,9
	Hayır	152	64,1
	Toplam	237	100
Sürekli koruyucu ekipmanla çalışmak zorunda kalmak	Evet	152	63,6
	Hayır	87	36,4
	Toplam	239	100
Koruyuculuğu yeterli olmayan ekipmanla çalışmak zorunda kalmak	Evet	78	32,9
	Hayır	159	67,1
	Toplam	237	100

Kendim COVID-19 enfeksiyonuna yakalanmaktan korkuyorum	Evet	83	34,9
	Hayır	155	65,1
	Toplam	238	100
Yakınlarıma bulaştırmaktan korkuyorum	Evet	148	61,9
	Hayır	91	38,1
	Toplam	239	100
Artan iş yükü nedeniyle YBÜ'de görevlendirilen sağlık çalışanlarının tecrübe/eğitim eksikliği	Evet	138	58,0
	Hayır	100	42
	Toplam	238	100
Aşırı endişeli hasta yakınlarına bilgi vermek, endişelerini gidermeye çalışmak	Evet	116	48,5
	Hayır	123	51,5
	Toplam	239	100
Amirlerimden yeterli desteği görememek	Evet	93	38,9
	Hayır	146	61,1
	Toplam	239	100
Çalışma arkadaşlarımızla pandemi öncesine göre daha sık anlaşmazlık yaşamak	Evet	49	20,5
	Hayır	190	79,5
	Toplam	239	100

Tablo 7. BDÖ toplam ve kategorik puan ortalamaları

Minimal (0-13)	117	48,5
Hafif (14-19)	48	19,9
Orta (20-28)	55	22,8
Şiddetli (29-63)	21	8,7
Toplam (0-63)	241	100

BDÖ;Beck depresyon ölçeği

BDÖ'ye göre katılımcı doktorların %48,5'i minimal depresif belirtiler gösterirken, % 51,5'u depresif belirtiler gösteriyordu (19,9 'u hafif, % 22,8'i orta, % 8,7'i şiddetli

depresif belirtiler) (Tablo 7).

Tablo 8. Çalışmaya katılan YBÜ doktorlarının BDÖ alt başlıklarından aldıkları ortalama puanlar

N=241	Ort.±SS
1- Hüzün	1,7±0,7
2- Karamsarlık	2,1±0,7
3- Başarısızlık	1,4±0,7
4- Zevk Kaybı	2,0±0,6
5- Suçluluk Duyguları	1,7±0,7
6- Cezalandırılma Duygusu	1,7±1,0
7- Kendinden Nefret Etme	1,6±0,7
8- Özeleştirme	1,6±0,8
9- İntihar Düşüncesi	1,2±0,5
10- Ağlama Nöbetleri	1,6±0,9
11- Sinirlilik	1,9±0,8
12- İlgi Kaybı	2,0±0,7
13- Kararsızlık	1,8±0,8
14-Değersizlik(Bedensel İmaj)	1,6±0,7
15- Enerji Kaybı	1,8±0,6
16- Uyku Düzeni Değişikliği	1,7±0,7
17- Yorgunluk	2,1±0,5
18- İştah Kaybı	1,2±0,5
19- Kilo Kaybı	1,1±0,4
20- Somatik Kaygılar	1,7±0,7
21- Libido Kaybı	1,7±0,8
Toplam	15,3±10,2

BDÖ; Beck depresyon ölçeği; Ort; ortalama ,SS;standart sapma

BDÖ alt başlıklarından alınan puanlar Tablo 8’de görülmektedir. Katılımcılar BDÖ’de en yüksek puanları ”umutsuzluk” göstergeleri olarak sınıflandırılan “karamsarlık”,”çabuk yorulma”,”zevk kaybı” ve “ilgi kaybı” maddelerinden almaktadır. 2. sırada ise ”suçluluk

duygulanımları” göstergesi olarak sınıflandırılan ”suçluluk duyguları”, “cezalandırılma duygusu”,”özeleştir”, “kararsızlık” maddelerinden almaktadırlar.(Tablo 8).

Tablo 9. YBÜ doktorlarının cinsiyetine göre BDÖ’nün psikometrik özellikleri

	Erkek	Kadın	
n=241	Ort.±SS	Ort.±SS	P
1- Hüzün	1,6±0,7	1,8±0,8	0,132
2- Karamsarlık	2,1±0,7	2,2±0,7	0,175
3- Başarısızlık	1,4±0,7	1,4±0,7	0,501
4- Zevk Kaybı	2±0,6	2±0,6	0,932
5- Suçluluk Duyguları	1,6±0,7	1,7±0,7	0,206
6- Cezalandırılma Duygusu	1,7±0,9	1,7±1	0,646
7- Kendinden Nefret Etme	1,6±0,7	1,6±0,7	0,746
8- Özeleştir	1,6±0,8	1,7±0,8	0,180
9- İntihar Düşüncesi	1,2±0,6	1,2±0,5	0,497
10- Ağlama Nöbetleri	1,6±1,1	1,6±0,9	0,086
11- Sinirlilik	1,9±0,9	1,9±0,8	0,724
12- İlgi Kaybı	1,9±0,7	2±0,7	0,512
13- Kararsızlık	1,9±0,8	1,7±0,7	0,288
14- Değersizlik	1,6±0,8	1,6±0,6	0,598
15- Enerji Kaybı	1,7±0,6	1,9±0,6	0,066
16- Uyku Düzeni Değişikliği	1,7±0,7	1,7±0,7	0,773
17- Yorgunluk	2,1±0,7	2,2±0,7	0,439
18- İştah Kaybı	1,3±0,6	1,2±0,5	0,035
19- Kilo Kaybı	1,2±0,5	1±0,3	0,008
20- Somatik Kaygılar	1,7±0,7	1,7±0,6	0,414
21- Libido Kaybı	1,5±0,6	1,7±0,8	0,174
Toplam	15±11	15,5±9,8	0,428

BDÖ;Beck depresyon ölçeği ;p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; Ort; ortalama ; SS;standart sapma

Katılımcılar cinsiyete göre BDÖ maddeleri açısından karşılaştırıldığında “kilo” ve “iştah” kaybı ölçek puanları erkeklerde kadınlarinkine göre anlamlı olarak daha yüksek

bulundu(Tablo 9).

Tablo 10. YBÜ doktorlarının yaşa göre BDÖ'nün psikometrik özellikleri

	20-29	30-39	40-49	>50	
n=241	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	P
1- Hüzün	1,8±0,7	1,8±0,8	1,7±0,7	1,4±0,6	0,17
2- Karamsarlık	2,3±0,7	2,2±0,7	1,9±0,6	1,8±0,5	0,002
3- Başarısızlık	1,5±0,8	1,4±0,7	1,3±0,5	1±0	0,010
4- Zevk Kaybı	2,1±0,6	2±0,7	1,9±0,5	1,4±0,5	<0,00
5- Suçluluk Duyguları	1,8±0,7	1,7±0,7	1,6±0,6	1,3±0,4	0,027
6- Cezalandırılma	1,9±1,7	1,8±1	1,5±0,8	1,3±0,7	0,006
7- Kendinden Nefret	1,7±0,7	1,7±0,7	1,6±0,7	1,4±0,6	0,158
8- Özeleştirici	1,6±0,8	1,8±0,8	1,5±0,6	1,1±0,4	0,003
9- İntihar Düşüncesi	1,2±0,5	1,3±0,6	1,1±0,4	1±0	0,043
10- Ağlama Nöbetleri	1,8±1	1,6±0,9	1,5±0,9	1,1±0,3	0,007
11- Sinirlilik	2±0,8	1,9±0,8	1,8±0,7	1,6±0,7	0,16
12- İlgi Kaybı	2,1±0,7	2±0,7	1,9±0,7	1,5±0,5	0,014
13- Kararsızlık	1,9±0,7	1,8±0,8	1,8±0,8	1,2±0,5	0,001
14- Değersizlik	1,6±0,7	1,7±0,7	1,6±0,6	1,4±0,5	0,163
15- Enerji Kaybı	2±0,6	1,9±0,6	1,7±0,5	1,5±0,5	0,009
16- Uyku Düzeni	1,7±0,7	1,8±0,7	1,8±0,8	1,5±0,6	0,194
17- Yorgunluk	2,2±0,8	2,2±0,7	2±0,6	1,8±0,6	0,058
18- İştah Kaybı	1,3±0,6	1,2±0,5	1,2±0,5	1,1±0,3	0,126
19- Kilo Kaybı	1,2±0,5	1,1±0,4	1,1±0,3	1±0	0,062
20- Somatik Kaygılar	1,7±0,7	1,6±0,6	1,8±0,7	1,5±0,5	0,287
21- Libido Kaybı	1,5±0,7	1,6±0,7	1,8±0,9	1,9±0,8	0,073
Toplam	16,8±10	16,1±10	14,1±8,	8,1±6	0,003

BDÖ;Beck depresyon ölçeği; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; Ort; ortalama ; SS;standart sapma

Katılımcıların yaş aralığına göre BDÖ maddelerinin puanları incelendiğinde yaş arttıkça BDÖ puanlarının azaldığı belirlendi. Tüm yaş aralığında en yüksek ortalama değer “yorgunluk” maddesinden alınmakta iken 20-29 ve 30-39 yaş aralığında “karamsarlık” , 50 yaş ve üzerinde “libido kaybı” maddelerinden alınmaktadır. 40 ve üzeri yaşındakilerin “karamsarlık” maddesinden aldıkları puanlar 20-29 yaş aralığındakilere göre anlamlı

olarak daha düşük bulundu($p=0,015$). 40-49 yaş aralığındakilerin “karamsarlık” maddesi puanları 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşükdü($p=0,028$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “başarısızlık” maddesi puanları 30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşükdü(sırası ile $p=0,35, p=0,006$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “zevk kaybı” maddesi puanları 40-49,30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşükdü(sırası ile $p=0,009, p<0,001, p<0,001$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “suçluluk duyguları” maddesi puanları 30 yaş altındaki doktorlara göre daha düşük bulundu(sırası ile $p=0,026, p=0,027$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “cezalandırılma duygusu” maddesi puanı 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu($p=0,015$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “özeleştirici” maddesi puanları 30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu(sırası ile $p=0,001, p=0,037$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “ağlama nöbetleri” maddesi puanı 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu($p=0,005$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “ilgi kaybı” maddesi puanları 30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu(sırası ile $p=0,039, p=0,01$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “kararsızlık” maddesinden aldıkları puanları 40-49, 30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu(sırası ile $p=0,006, p=0,001, p=0,001$). 50 ve üzeri yaşındakilerin “enerji kaybı” maddesi puanları 30-39 ve 20-29 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu(sırası ile $p=0,039, p=0,012$) (Tablo 10).

Tablo 11. YBÜ doktorlarının BDÖ puanlarını etkileyen sosyodemografik özellikleri

		BDÖ Toplam Puanı	
		Medyan(25-75)	P
Yaş	20-29	17(8-22,5) ^a	0,003
	30-39	15(9-20) ^a	
	40-49	15(6,7-20,5) ^{a,b}	
	≥50	8(2-12) ^b	
YBÜ’de çalışma yılı	<2	16,5 (10-23) ^a	0,006
	3-5	14 (7-20,5) ^{a,b}	
	6-10	11,5 (5-20) ^{a,b}	
	>10	10 (5,2-17) ^b	
YBÜ’de çalışma	Sorumlu öğretim üyesi/şef	8(2-13,5) ^a	0,003
Pozisyonu	Uzman doctor	14(7-22) ^b	
	YBÜ yandal asistanı	15(6-20) ^{a,b}	
	Anestezi anabilim dalı	15,5(9-22) ^b	
	Diğer	17,5(9,5-27,2) ^{a,b}	
YBÜ doktorluğu seçimi	İsteyerek seçtim	11(4,7-19) ^a	0,003
	Hayat şartları zorladı	16,5(10-23,7) ^b	

	İsteyerek seçmedim	16(11-22) ^b	
Çocuk Sayısı	Yok	16 (11-22) ^a	
	1 çocuk	9 (5-18) ^b	0,001
	2 çocuk	12 (6,5-20) ^{a,b}	
	≥3 çocuk	6 (5-17) ^{a,b}	
Ev Ortamı	Eşi/çocuklarıyla yaşıyor	13 (7-20)	
	Anne/baba/kardeşlerle	15 (11-24)	0,017
	Arkadaşıyla yaşıyor	8 (1-14)	
	Yalnız yaşıyor	17,5 (10-23,7)	
Maaş Yeterliliği	Evet, yeterli	5 (2-12) ^a	
	Kısmen, yeterli	7 (2-13) ^b	<0,001
	Hayır, yetersiz	16(10-23) ^b	

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **BDÖ**; Beck depresyon ölçeği Ort; ortalama ; SS;standart sapma

Katılımcıların YBÜ’de çalışma süresi, çalışma pozisyonu, YBÜ’de çalışmayı isteyerek seçip seçmediği, çocuk sahibi olup olmaması, evde kiminle yaşadığı, maaşını yeterli bulup bulmaması gibi faktörlerin BDÖ puanlarını etkilediği görülmektedir. 10 yıldan daha uzun süre YBÜ’de çalışanların BDÖ puanı 2 yıldan daha az çalışanlara göre daha düşük bulundu($p=0,009$). Sorumlu öğretim üyesi/şef grubunun BDÖ puanı, anestezi anabilim dalı asistanı ve uzman doktor grubuna göre daha düşük bulundu(Sorumlu öğretim üyesi/şef;anestezi asistanı $p=0,001$, sorumlu öğretim üyesi/şef;uzman doktor $p=0,014$).

Katılımcılardan”YBÜ doktorluğunu isteyerek seçtiğini” belirten alt grubun BDÖ puanları, “YBÜ doktorluğunu seçmeye hayat şartlarının zorladığını belirten” ve” isteyerek seçmediğini, görevlendirildiğini” belirten grubun puanlarına göre daha düşükdü(İsteyerek seçtim;hayat şartları zorladı $p=0,01$,isteyerek seçtim;görevlendirildim $p=0,016$)(Tablo 11). Çocuk sahibi olmayanların BDÖ puanı 1 çocuk sahibi olanlara göre daha yüksekti($p=0,006$). Katılımcıların evde kiminle yaşadığı depresyon puanını etkilemekte olup BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p=0,017$). BDÖ puanları aldığı ücreti “evet, yeterli” olarak belirtenlerin, maaşını “kısmen yeterli” ve “hayır, yetersiz” olarak gören gruplara göre daha düşükdü(Kısmen, yeterli;Hayır, yetersiz $p<0,001$, Evet, yeterli; Hayır, yetersiz $p=0,005$)(Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların pandemi öncesi psikolojik problem varlığı, pandemi süresince psikolojik yardım alma ihtiyacı ve psikolojik durumlarını özdeğerlendirilmeleri ile BDÖ verilerinin karşılaştırılması

		BDÖ Toplam Puanı	
		Medyan(25-75)	p
Pandemi öncesi psikolojik problem öyküsü	Evet	21(11,7-28)	<0,001
	Hayır	12(6,5-19)	
Pandemi sürecinde psikolojik yardım alma ihtiyacı	Evet, psikolojik destek aldım	26(15-32) ^a	<0,001
	Evet, ama yoğunluktan yardım alamadım	18(12-23) ^a	
	Psikolojik desteğe ihtiyacım olmadı	10(5-16) ^b	
Mevcut ruh halinin Özdeğerlendirilmesi	Depresyonda değilim	6 (2-9) ^a	<0,001
	Hafif derecede depresyondayım	15 (10-19) ^b	
	Orta derecede depresyondayım	21 (16-28) ^c	
	Şiddetli depresyondayım	30 (25-38) ^c	

Kruskal Wallis testi; Mann-Whitney U testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **BDÖ**;Beck depresyon ölçeği; Ort; ortalama ; SS;standart sapma

Pandemi öncesi “psikolojik problem yaşayanların” BDÖ puanı, yaşamayanlara göre daha yüksekti. “Pandemi sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını” belirtenlerin BDÖ puanı “desteğe ihtiyacı olduğunu fakat yoğunluktan yardım alamadığını” belirtenler ve “psikolojik destek aldığını” belirtenlere göre daha düşüktü($p<0,001$). Katılımcıların kendi mevcut ruh hallerini depresyon bulguları açısından değerlendirmeleri ile BDÖ’ye göre elde edilen sonuçlar farklıydı ($p<0.001$)(Tablo 12).

Tablo 13. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisine göre BDÖ puanlarının karşılaştırılması

	BDÖ Toplam Puanı	
	Medyan(25-75)	P
Pandemiden önce önemli bir iş yaptığımı düşünsem de pandemide hayati bir iş yaptığımı anladım. İşimle gurur duyuyorum.	8(3-13) ^a	
İşimi sevsem de ilave iş yükü, stres nedeniyle nadiren de olsa bu işi sorguluyorum, işi bırakmayı düşünüyorum	16(11-20) ^b	<0,001
Önemli bir iş yapsamda çok yorulduğumu düşünüyorum, YBÜ'yü bırakma fikri sıklıkla aklımdan geçiyor	19(11,2-26,7) ^b	
YBÜ doktorluğunu ilk fırsatta bırakmayı düşünüyorum	24,5(9,7-32,7) ^b	

Kruskal Wallis Testi; Dunn Testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; Farklı Harfler İstatiksel Olarak Anlamlı Farklılıkları Göstermektedir. **BDÖ**; Beck depresyon ölçeği; Ort; ortalama ; SS;standart sapma

Pandemide “hayati bir iş yaptığımı düşünen ve işiyle gurur duyan” grubun “yaptığı işi sorgulayan ve işi bırakmayı düşünen”, “YBÜ doktorluğunu bırakma fikrini sıklıkla aklımdan geçiren” ve “ilk fırsatta YBÜ doktorluğunu bırakacağını” belirten gruplara göre BDÖ puanları anlamlı olarak daha düşük bulundu(sırası ile $p<0,001, p<0,001, p=0,001$)(Tablo 13).

Tablo 14. YBÜ doktorlarının ruh hallerini yansıtan ifadeleri ile BDÖ verilerinin karşılaştırması

	Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam
Depresyonda değilim	59(89,3)	2(3)	4(6,1)	1(1,5)	66(100)
Hafif derecede depresyondayım	49(45,8)	33(30,8)	22(26,6)	3(2,8)	107(100)
Orta derecede depresyondayım	9(15,8)	13(22,8)	25(43,9)	10(17,5)	57(100)
Şiddetli depresyondayım	0	0	4(36,4)	7(63,6)	11(100)
Toplam	117(48,5)	48(19,9)	55(22,8)	21(8,7)	241(100)
P	<0,001				

BDÖ;Beck depresyon ölçeği; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların kendi depresif duygu durumu farkındalıkları ile BDÖ puanları uyumlu değildi ($p<0.001$). Katılımcılar kendi depresif duygu durumu farkındalıkları açısından değerlendirildiklerinde; % 27.3'ü depresyonda olmadığını, % 44.4'ü hafif depresyonda olduğunu, % 23.7'si orta derecede depresyonda olduğunu, % 4.6'sı ise şiddetli depresyonda olduğunu ifade etmişlerdir. Depresyonda olmadığını düşünen doktorların BDÖ'ye göre 2'si (% 3) hafif, 4'ü (% 6.1) orta, 1'i (% 1.5) şiddetli depresyonda olarak değerlendirildi. Hafif derecede depresyonda olduğunu düşünenlerin BDÖ'ye göre 49'u (%45,8) minimal, 33'ü (%30,8) hafif, 22'si (%26,6) orta, 3'ü (%2,8) şiddetli depresif belirtiler gösteriyordu. Orta derecede depresyonda olduğunu düşünenlerin BDÖ'ye göre 10'u (% 17.5) şiddetli, 13'ü (% 22.8) hafif, 25'i (% 43.9) orta derecede depresyonda iken 9'u (% 15.8) minimal depresif belirtiler gösteriyordu. Şiddetli depresyonda olduğunu düşünenlerin 4'ü (%36,4) orta, 7'si (%63,6) şiddetli depresif belirtiler gösteriyordu (Tablo 14).

Tablo 15. YBÜ doktorlarında pandemi öncesi depresyon, anksiyete v.b. psikolojik problem varlığının BDÖsınıflaması ile karşılaştırılması

	Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	Toplam
Evet	21(30)	10(14,3)	24(34,3)	15(21,4)	70(100)
Hayır	95(56,2)	37(21,9)	31(18,3)	6(3,6)	169(100)
Toplam	116(48,5)	47(19,7)	55(23)	21(8,8)	239(100)
P	<0,001				

BDÖ;Beck depresyon ölçeği; ; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Katılımcıların 70'i (29.2%) “pandemi öncesi dönemde psikolojik problemler yaşadığını” (depresyon, anksiyete v.b.) ifade ederken 169'u (% 70.1) “pandemi öncesinde herhangi bir psikolojik problem yaşamadığını” ifade etmişlerdir. Katılımcıların 27'si (% 11.2) “pandemi sürecinde psikolojik destek aldığını”, 103'ü (% 42.7) “psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ancak yoğunluktan alamadığını” ifade ederken katılımcıların 111'i (% 46) “psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığını” belirtmişlerdir. Katılımcı YBÜ doktorlarının yarısından fazlası pandemi sürecinde psikolojik destek ihtiyacı duymuş fakat ihtiyaç duyanların dörtte biri sadece yardım alabilmiştir(Tablo 15).

Tablo 16. YBÜ doktorlarının intihar düşünceleri

	n(%)
Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok	196(81,3)
Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam	32(13,3)
Kendimi öldürebilmeyi isterdim	10(4,1)
Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm	3(1,2)
Toplam	241(100)

Katılımcılardan % 18.7’inde intihar düşünceleri mevcuttu. % 13.3’ü zaman zaman intihar etmeyi düşündüğünü ancak cesaret edemediğini ifade ederken, % 4,1’i kendisini öldürebilmeyi istediğini, % 1.2’si ise bir fısıtını bulsa kendisini öldüreceğini ifade etmiştir(Tablo 16).

Tablo 17. MTÖ alt ölçeklerine göre düşük, orta ve yüksek tükenmişlik bulguları gösteren

YBÜ doktoru oranları, ortalama alt ölçek puanları.

MTÖ alt ölçeği	Düşük N(%)	Orta N(%)	Yüksek N(%)	Ort.±SS	Medyan(25-75)
Düşük kişisel başarı hissi(DKB)	54(22,4)	160(66,4)	27(11,2)	14,6±5,3	15(11-18)
Duyarsızlaşma (DYZ)	113(46,9)	112(46,5)	16(6,6)	7,3±4	7(4-10)
Duygusal tükenme (DT)	59(26,5)	110(45,6)	72(29,9)	18,5±8	18(12-24)
Toplam				40,5±12,6	41(32-49)

MTÖ; Maslach tükenmişlik ölçeği; Ort; ortalama ; SS;standart sapma.

Anket çalışmasına katılan YBÜ doktorlarının %75,5’inde orta/yüksek düzeyde duygusal tükenme, %53,1’inde orta/yüksek düzeyde duyarsızlaşma ,%77,6’sında orta/yüksek düzeyde düşük kişisel başarı hissi mevcuttu. Katılımcıların MTÖ ortalama toplam puanı 40,5±12,6 idi. MTÖ alt grupları incelendiğinde, katılımcıların 59’u (%26,5) düşük, 110’u (%45,6) orta, 72’si (%29,9) yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik belirtileri gösteriyordu. 113’ünde (%46,9) düşük, 112’sinde (46,5) orta, 16’sında (6,6) yüksek düzeyde duyarsızlaşma belirtileri vardı. 54’ü (%22,4) düşük, 160’ı (%66,4) orta, 27’si (%11,2) yüksek düzeyde düşük kişisel başarı hissi puanına sahipdi (Tablo 17).

Tablo 18. YBÜ doktorlarının yaşa bağlı MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

Yaş	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
20-29	17 (13-21) ^c	9 (5,5-10,5) ^a	18 (14,5-26) ^a	44(38-52,5) ^a
30-39	15 (11,7-18) ^{a,c}	7 (4-10) ^{a,b}	19 (12-25,2) ^{a,b}	42(31,7-49) ^{a,c}
40-49	13,5 (1-18,2) ^a	6 (3,7-10,5) ^{a,b}	17(10-25,2) ^{a,b}	38,5(28,5-49) ^c
≥50	10 (8-11,7) ^b	5,5 (2-6) ^b	14,5 (9,2-19,7) ^b	30(21,2-36,7) ^b
P	<0,001	<0,03	<0,029	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

50 ve üzeri yaş MTÖ duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı 20-29 yaşa göre daha düşükdü($p=0,025$). Düşük kişisel başarı hissi puanı 50 ve üzeri yaşdaki doktorlarda 49 ve altı yaşlara göre,40-49 yaş arası doktorlarda 20-29 yaşa göre daha düşükdü ($p=0,042$). 50 ve üzeri yaş duyarsızlaşma alt ölçek puanı 20-29 yaş grubuna göre daha düşükdü ($p=0,002$). 50 ve üzeri yaş MTÖ toplam ölçek puanı 40-49, 30-39, 20-29 yaşa göre daha düşükdü(sırası ile $p=0,0022, p<0,001, p<0,001$). 40-49 yaş MTÖ toplam ölçek puanı 20-29 yaşa göre daha düşükdü($p=0,049$)(Tablo 18).

Tablo 19. YBÜ doktorlarının anadal alanlarına göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Anestezi (N=194)	15(11-18,2)	7(5-10) ^a	18(12-25)	42(33,7-49) ^a
Dahiliye(N=31)	15(11-18)	6(5-9) ^{a,b}	19(12-23)	42(32-49) ^{a,b}
Diğer (N=16)	11,5(9,2-17,7)	4(2,25-6,75) ^b	12(9-19,2)	32(20,2-40,7) ^b
P	0,442	0,013	0,95	0,026

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre MTÖ alt ölçeklerine bakıldığında duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Anestezi uzmanlık alanının MTÖ toplam puanı ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı diğer uzmanlık alanına göre daha yüksekti(sırası ile $p=0,020, p=0,011$)(Tablo 19).

Tablo 20. YBÜ doktorlarının çocuk sayısına göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Yok	16 (12-19)	8 (5,2-10) ^a	19,5 (15-26) ^a	44(38-51,7) ^a
1 çocuk	14(9-18)	5 (3,5-10) ^b	14 (9-19,5) ^b	35(28,5-41) ^b
2 çocuk	14 (10-18)	6 (3-9) ^b	18 (11-24) ^{a,b}	40(25,5-48) ^b
≥3 çocuk	12 (9-18)	6 (4-7) ^{a,b}	14 (10-22) ^{a,b}	32(26-42) ^b
P	0,071	0,01	0,02	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre MTÖ alt ölçeklerine bakıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Çocuk sahibi olmayanların duyarsızlaşma alt ölçek puanı 1 ve 2 çocuk sahibi olan gruplara göre daha yüksekti.(sırası ile $p=0,018$, $p=0,013$). Çocuk sahibi olmayanların duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı 1 çocuk sahibi olanlara göre daha yüksekti($p=0,004$)(Tablo 20).

Katılımcıların yalnız, anne/baba/kardeşleriyle, eş/çocuklarla ya da arkadaşlarıyla yaşıyor olması ile MTÖ alt ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmadı.

Tablo 21. Çalışma süresine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
<2	16,5 (13-20) ^a	8 (5-10) ^a	19 (14-26,2) ^a	44(38-53) ^a
3-5	15 (11-18,5) ^a	7 (5-10) ^{a,b}	18 (12-24) ^{a,b}	41(33,5-47) ^{a,b}
6-10	14 (11-18) ^{a,b}	6 (3,7-11,2) ^{a,b}	19 (10,7-27) ^{a,b}	42(29-53,2) ^{a,b}
>10	11 (8-16) ^b	6 (2-9,7) ^b	16(9,2-21) ^b	33,5(22,5-42,7) ^b
p	<0,001	0,033	0,028	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların YBÜ’de toplam çalışma sürelerine arttıkça duygusal tükenmişlik , duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi puanları azalma eğilimi gösterdi. 10 yıldan uzun süre YBÜ’de çalışanların MTÖ toplam puan ve duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı 2 yıldan daha az çalışanlara göre daha düşükdü (sırası ile $p<0,001$, $p=0,02$) Benzer şekilde 10 yıldan uzun süre YBÜ’de çalışanların; duyarsızlaşma alt ölçek puanları YBÜ’de 2 yılın altında çalışanlara göre ($p=0,02$), düşük kişisel başarı hissi alt ölçek puanları ise 5 yıl ve daha az süre çalışanlara göre daha düşükdü(10 yıl üzeri;3-5 yıl $p=0,020$,10 yıl üzeri;2 yıl altı $p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 22. YBÜ doktorlarının çalışma pozisyonuna göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Sorumlu öğretim	10 (8-15,5) ^a	4 (2,5-6) ^a	11 (7-17) ^a	28(20,5-36) ^a
Uzman doktor	14 (10-18) ^{a,c}	7 (4-10) ^{a,b}	19 (12-24) ^b	41(32-49) ^{b,c}
YBÜ yandal asistanı	13 (9-16) ^{a,b}	5 (3-8) ^{a,b}	15 (11-20) ^{a,b}	33(21-43) ^a
Anestezi anabilim dalı	16 (13-19) ^b	8 (5-10) ^b	18,5 (14,2-26,7) ^b	44(38-51,7) ^b
Diğer	17,5 (11,7-21,5) ^{b,c}	7(5,7-10,2) ^{a,b}	19(11,7-26,2) ^{a,b}	43,5(36,2-52,2) ^{b,c}
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

YBÜ’de çalışma pozisyonlarına göre ankete katılan doktorlar değerlendirildiğinde sorumlu öğretim üyesi/şeflerin MTÖ toplam ve alt ölçek puanları genel olarak diğer pozisyonlarda çalışan doktorlara göre daha düşüktü. Sorumlu öğretim üyesi/şeflerin MTÖ toplam puanı uzman doktor, anestezi anabilim dalı asistanlarına ve diğer grubuna göre daha düşüktü(sırası ile $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,007$). Duygusal tükenmişlik alt ölçek puanlarına bakıldığında sorumlu öğretim üyesi/şef grubu en düşük medyan değere sahipti, uzman doktorlar ve diğer grubu ise en yüksek duygusal tükenmişlik puanlarına sahiptiler. Sorumlu öğretim üyesi/şef grubunun duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı anestezi anabilim dalı asistanı ve uzman doktor grubuna göre daha düşüktü(sırası ile $p<0,001$, $p=0,003$). Benzer şekilde sorumlu öğretim üyesi/şef grubunun duyarsızlaşma alt ölçek puanı anestezi anabilim dalı asistanına göre ($p<0,001$), düşük kişisel başarı hissi alt ölçeği puanı anestezi anabilim dalı asistanlarına ve diğer grubuna göre daha düşüktü (sırası ile $p<0,001$, $p=0,029$). YBÜ yandal asistanı MTÖ toplam puanı anestezi anabilim dalı asistanlarına göre daha düşüktü($p=0,0031$) Uzman doktorların düşük kişisel başarı hissi alt ölçeği puanı anestezi anabilim dalı asistan grubuna göre daha düşüktü ($p=0,039$) (Tablo 22).

Tablo 23. YBÜ doktorluğunu seçim biçimine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
İsteyerek seçtim	14 (9-17,2) ^a	5 (3-8,2) ^a	11,5 (8,7-19) ^a	32(22-41,2) ^a
Hayat şartlarım seçmeye zorladı	15 (11-18) ^b	8 (6-11) ^{a,b}	20 (16,2-26) ^b	43,5(39-50) ^b
İsteyerek seçmedim.	16 (13-19) ^b	9 (6-10) ^b	22 (15-29) ^b	44(39-54) ^b
p	0,022	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

“YBÜ doktorluğunu isteyerek seçmediğini, görevlendirildiğini” söyleyen doktor grubu MTÖ toplam ve tüm alt ölçeklerinde en yüksek puanlara sahipdi. “YBÜ doktorluğunu isteyerek seçtiğini” belirten grubun duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları “YBÜ doktorluğunu seçmeye hayat şartlarının zorladığını belirten” ve “isteyerek seçmediğini görevlendirildiğini” belirten gruba göre daha düşükdü(sırası ile $p=0,013$, $p=0,015$). “YBÜ doktorluğunu isteyerek seçtiğini” belirten grubun MTÖ toplam ölçek puanı “YBÜ doktorluğunu seçmeye hayat şartlarının zorladığını” ve “isteyerek seçmediğini görevlendirildiğini” belirten gruba göre daha düşükdü(sırası ile $p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 25).”YBÜ doktorluğunu isteyerek seçtiğini” belirten grubun düşük kişisel başarı hissi alt ölçek puanları “YBÜ doktorluğunu seçmeye hayat şartlarının zorladığını” ve “isteyerek seçmediğini görevlendirildiğini” belirten gruba göre daha düşükdü(isteyerek seçtim;hayat şartları zorladı $p<0,001$,isteyerek seçtim;görevlendirildim $p<0,001$). Duyarsızlaşma alt ölçek puanlarına bakıldığında en yüksek puanları “YBÜ doktorluğunu isteyerek seçmediğini, görevlendirildiğini” belirten grup aldı. “YBÜ doktorluğunu isteyerek seçtiğini” belirten grubun duyarsızlaşma alt ölçek puanı “YBÜ doktorluğunu isteyerek seçmediğini, görevlendirildiğini” belirten gruba göre daha düşükdü($p=0,022$)(Tablo 23).

Tablo 24. YBÜ doktorlarının ücret tatminine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Evet, yeterli	10(6-11) ^a	6(2-8) ^{a,b}	12(10-19) ^{a,b}	26(22-32) ^a
Kısmen, yeterli	12(8-18) ^{a,b}	5(3-18) ^a	11(7-17) ^a	32(21-39) ^a
Hayır, yetersiz	15(12-18,2) ^b	8(5-10) ^b	20(14,7-26) ^b	43(37-51) ^b
p	0,02	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların maaş yeterliliği görüşüne bakıldığında MTÖ tüm alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Aldığı ücreti “evet, yeterli” olarak belirten grubun düşük kişisel başarı hissi alt ölçek puanı aldığı ücreti” hayır, yetersiz”olarak belirten gruba göre daha düşükdü (p=0,016). Aldığı ücreti “kısmen yeterli” olarak belirtenlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı aldığı ücreti “hayır, yetersiz” olarak belirtenlere göre daha düşükdü (p<0,001). Aldığı ücreti “kısmen yeterli” olarak belirtenlerin duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı aldığı ücreti “hayır, yetersiz” olarak belirtenlere göre daha düşükdü (p<0,001). Aldığı ücreti yetersiz olarak belirtenlerin MTÖ toplam ölçek puanı “evet yeterli” ve “kısmen yeterli” olarak belirte gruba göre daha yüksekti (sırası ile p=0,02,p<0,001) (Tablo 24).

Tablo 25. YBÜ doktorlarının pandemi öncesi psikolojik problem öyküsüne göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Evet	15,5 (10-19,2)	9 (5-12)	21,5 (15-28,2)	46,5(37,7-56)
Hayır	15 (11-18)	6 (4-9,5)	17 (11-23,5)	39(31-46)
P	0,429	<0,001	0,001	<0,001

Mann-Whitney U testi; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Pandemi öncesi psikolojik problem yaşayan grubun yaşamayanlara göre duyarsızlaşma

ve duygusal tükenmişlik alt ölçek ve MTÖ toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu(Tablo25).

Tablo 26. YBÜ doktorlarının tükenmişlik sendromu açısından özdeğerlendirmelerine göre MTÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Tükenmişlik yaşamıyorum	13,5 (9-20,5)	4,5 (2-7,5) ^a	10 (8-12,7) ^a	30(21-39,7) ^a
Hafif düzeyde tükenmişlik	15(10-18)	6(3-9) ^{a,b}	13(9-19,2) ^a	35(26-44) ^a
Orta düzeyde tükenmişlik	15(11-18)	7(5,2-10) ^b	20(17-24) ^b	43(38-49) ^b
Yüksek düzeyde tükenmişlik	16(12-19)	10(7-13) ^c	26(20-31) ^c	52(43-59) ^c
P	0,813	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların tükenmişlik sendromu açısından özdeğerlendirmelerine bakıldığında MTÖ toplam puan, duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Tükenmişlik yaşamadığını belirtenlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlere göre duyarsızlaşma alt ölçek puanı daha düşükdü(sırası ile $p=0,002, p<0,001$). Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenler, orta ve hafif yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlere göre daha yüksek duyarsızlaşmaya sahipti (sırası ile $p=0,033, p<0,001$). Orta düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlerin tükenmişlik yaşamadığını ve hafif düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlere göre duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı daha yüksekti ($p<0,001$). Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlerin duygusal tükenmişlik alt ölçek puanı diğer gruplara göre daha yüksekti(sırası ile $p<0,001, p<0,001, p=0,004$). Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlerin MTÖ toplam puanı diğer gruplara göre daha yüksekti(sırası ile $p<0,001, p<0,001, p=0,008$). Orta düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlerin MTÖ toplam puanı tükenmişlik yaşamadığını ve hafif düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirtenlere göre daha yüksekti ($p<0,001$)(Tablo 26).

Tablo 27. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinde psikolojik yardım alma ihtiyacı göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Evet, psikolojik destek aldım	16(13-20)	10(7-13) ^a	24(18-30) ^a	47(39-56) ^a
Evet, ama yoğunluktan yardım alamadım	15(12-18)	8(5-10) ^b	20(14-27) ^a	43(37-50) ^a
Psikolojik desteğe ihtiyacım olmadı	14(10-18)	6(3-9) ^c	15(10-21) ^b	37(27-44) ^b
p	0,335	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Pandemi sürecinde “psikolojik destek aldığını” belirtenlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı “psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu fakat yoğunluktan alamadığını” ve “psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını” belirtenlere göre daha yüksekti(sırası ile $p=0,0035$, $p<0,001$). Pandemi sürecinde “psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu fakat yoğunluktan alamadığını” belirtenlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı “psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını” belirtenlere göre daha yüksekti ($p=0,03$). Pandemi sürecinde “psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını” belirtenlerin duygusal tükenmişlik alt ölçek ve MTÖ toplam puanları “desteğe ihtiyacı olduğunu fakat yoğunluktan yardım alamadığını” ve “psikolojik destek aldığını” belirtenlere göre daha düşükdü ($p<0,001$)(Tablo 27).

Tablo 28. YBÜ doktorlarının pandemi sürecinin mesleğe bakışı üzerinde etkisine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
İşimle gurur duyuyorum.	12(8-18) ^a	5(3-7) ^a	11(8-17) ^a	32(22-38) ^a
Yaptığım işi sorguluyorum, işi bırakmayı düşünüyorum	15(12-18) ^b	7(5-10) ^b	20(15-25) ^c	43(38-49,5) ^b
İş bırakma fikri sıklıkla aklımdan geçiyor	15,5(12,2-19) ^b	10(5,2-12) ^b	23(18-28) ^{b,c}	47(42-55,5) ^b
YBÜ doktorluğunu ilk fırsatta bırakmayı düşünüyorum	14,5(10,5-19) ^{a,b}	10,5(5,2-14) ^b	31(24,5-35,7) ^b	56,5(44,2-60,5) ^{a,b}
p	0,021	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Pandemide “hayati bir iş yaptığını düşünen ve işiyle gurur duyanların” düşük kişisel başarı hissi alt ölçek puanları “yaptığı işi sorgulayan, işi bırakmayı düşünen” ve “YBÜ doktorluğunu bırakma fikrini sıklıkla aklımdan geçiren” belirtenlere göre daha düşükdü (sırası ile $p=0,042, p=0,047$). Pandemide “hayati bir iş yaptığını düşünen ve işiyle gurur duyduğunu” belirtenlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanları “yaptığı işi sorgulayan, işi bırakmayı düşündüğünü”, “YBÜ doktorluğunu bırakma fikrini sıklıkla aklımdan geçirdiğini” ve “ilk fırsatta YBÜ doktorluğunu bırakmayı düşündüğünü” belirtenlere göre daha düşükdü ($p=0,001, p<0,001, p=0,009$). Pandemide “hayati bir iş yaptığını düşünen ve işiyle gurur duyduğunu” belirtenlerin duygusal tükenmişlik alt ölçek ve MTÖ toplam puanları “yaptığı işi sorgulayan, işi bırakmayı düşünen”, “YBÜ doktorluğunu bırakma fikri sıklıkla aklımdan geçirdiğini ve “ilk fırsatta YBÜ doktorluğunu bırakmayı düşündüğünü”

belirtenlere göre daha düşükdü($p=0,001$)(Tablo 28).

Tablo 29. YBÜ doktorlarının YBÜ’de çalışma takvimine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Sürekli	12 (9-16,2) ^a	6 (3-9) ^a	14,5 (10-21,2) ^a	32(24-45) ^a
Rotasyon usulü	16 (12-19) ^b	8 (5-10) ^b	18(13-26) ^b	43(37,2-50) ^b
Sadece nöbetlerde	17 (12-20) ^{a,b}	8 (4,5-10) ^{a,b}	24 (17-27,5) ^b	43(37-54) ^b
p	<0,001	0,04	0,01	0,018

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların YBÜ’de çalışma takvimine bakıldığında MTÖ tüm alt ölçek ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. YBÜ’de sürekli çalışan doktorların düşük kişisel başarı hissi alt ölçek puanları YBÜ’de rotasyon usulü çalışan doktorlara göre daha düşükdü($p<0,001$). YBÜ’de sürekli çalışan doktorların duyarsızlaşma alt ölçek puanları YBÜ’de rotasyon usulü çalışan doktorlara göre daha düşükdü($p=0,003$). YBÜ’de sürekli çalışan doktorların duygusal tükenmişlik alt ölçek ve MTÖ toplam puanı YBÜ’de rotasyon usulü çalışan ve sadece nöbetlerde YBÜ’de çalışan doktorlara göre daha düşükdü(Duygusal tükenmişliğe göre sırası ile $p=0,006$, $p=0,008$, MTÖ toplama göre $p=0,01$)(Tablo 29).

Tablo 30. YBÜ doktorlarının COVID YBÜ’de haftalık çalışma saatine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
≤ 40 saat	15(8-20)	4(1-8) ^a	9(7-22) ^a	29(21-42) ^a
41-49 saat	14(10,2-19)	6(4-10) ^{a,b}	16(9-20,7) ^a	37,5(26-4,5) ^a
50-59 saat	14(10-17)	6(4-10) ^{a,b}	19(13-23) ^{a,b}	41(32-45) ^{a,b}

≥60	15(11-19)	8(5-10) ^b	20(15-27) ^b	44(38-52) ^b
P	0,381	0,003	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Katılımcıların COVID YBÜ’de çalışan doktorların haftalık çalışma süresinin 60 saati geçmesi ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarında artış eğilimi görüldü. COVID- YBÜ’de 60 ve üzeri saat çalışanların MTÖ toplam puanı 49 ve altı saat çalışanlarına göre daha yüksekti (≤40 saat;≥60 saat p=0,003, 41-49 saat;≥60 saat p=0,01). YBÜ’de haftalık 60 ve üzeri saat çalışanların duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları 50 ve altı saat çalışanlarına göre daha yüksekti (≤40 saat;≥60 saat p=0,003, 41-49 saat;≥60 saat p=0,004). YBÜ’de haftalık 60 saat ve üzeri çalışanların duyarsızlaşma alt ölçek puanları 40 saat ve altı çalışanlara göre daha yüksekti.(p=0,01)(Tablo30).

Tablo 31. YBÜ doktorlarının COVID YBÜ’de çalışma sürecine göre MTÖ toplam ve alt ölçeklerin karşılaştırılması

	DKB	DYZ	DT	MTÖ Toplam
	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)	Medyan(25-75)
Evet, sürekli olarak COVID YBÜ’de çalışıyorum.	12(8-16) ^a	6(3-9)	14(11-21)	32(24-46) ^a
Dönüşümlü olarak COVID YBÜ’de çalışıyorum.	16(11-19,5) ^b	7(5-10)	18(11,5-24)	41(34-48) ^{a,b}
Bir süre COVID YBÜ’de çalıştım, artık çalışmıyorum.	15(12-19) ^b	8(5-10)	20(14-26)	44(35-51) ^b
COVID YBÜ’de hiç çalışmadım.	13(11-16) ^{a,b}	8(4-10)	18(13-30)	39(34-50) ^{a,b}
p	0,02	0,397	0,192	0,018

Kruskal Wallis testi; Dunn testi; p<0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir; farklı harfler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları göstermektedir. **MTÖ**, Maslach tükenmişlik ölçeği; **DKB**, düşük kişisel başarı hissi; **DYZ**, duyarsızlaşma; **DT**, duygusal tükenme

Sürekli olarak COVID YBÜ’de çalışan grubun düşük kişisel başarı hissi puanı dönüşümlü olarak COVID YBÜ’de çalışan ve bir süre COVID YBÜ’de çalışıp artık çalışmadığını belirten gruplara göre daha düşükdü(sırası ile p=0,011,p=0,001). Sürekli olarak COVID YBÜ’de çalışan grubun MTÖ toplam puanı bir süre COVID YBÜ’de çalıştığını ve artık çalışmadığını belirten gruba göre daha düşükdü (p=0,01)(Tablo 31).

6.TARTIŞMA

Bu çalışmada COVID-19 pandemisinin 3. senesinde YBÜ doktorlarının kendi tükenmişlik ve depresyon düzeylerini değerlendirmeleri istenmiş, BDÖve MTÖ ile elde edilen objektif verilerle karşılaştırılmıştır. Ayrıca YBÜ doktorlarının sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları ve pandemi sürecinin depresyon ve tükenmişlik düzeylerine etkileri araştırılmıştır. Sonuçlar düşündürücüdür.

Çalışmamızda BDÖ'ye göre katılımcı YBÜ doktorlarının % 19.9'u hafif, % 22.8'i orta, % 8.7'i şiddetli olmak üzere olmak üzere %51.4'ünde depresyon bulguları mevcuttur. YBÜ doktorlarının % 18.7'inde intihar düşünceleri vardır. Pandeminin ikinci yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de YBÜ doktorları ve hemşireleri arasında depresyon sıklığı % 89.9, şiddetli depresyon % 16, orta şiddette depresyon % 43.3 olarak saptandı ve YBÜ doktorları ile hemşireleri arasındaki depresyon sıklığı ameliyathanede çalışan anesteziist ve teknisyenlere göre daha yüksekti.⁸³ Pandeminin erken döneminde yapılan, farklı branşlardan 438 doktorun katıldığı başka bir çalışmadaTürkiye'de doktorların %67,4'ünde depresyon bulguları tespit edilmiş ve %17,6'sının hafif, %27,4'ünün orta, %9,5'inin şiddetli ve %10,2'sinin çok şiddetli depresif belirtilere sahip oldukları görülmüştür.⁸⁴ COVID-19 pandemisi döneminde Türkiye'de sağlık çalışanları arasında yapılan çeşitli çalışmalarda % 54 ila % 77.6 arasında depresyon oranları bildirilmiştir.^{85,86} Bizim çalışmamız pandeminin 3. senesinde yapıldı, buna göre pandeminin geç döneminde depresyon oranları pandeminin erken dönemlerine göre nispi bir düşüş gösterse de halen kabul edilemeyecek kadar yüksektir. Ayrıca çalışmamıza katılan tüm doktorların %8.7'sinde şiddetli depresyon bulgularının olması önemli bir bulgudur.

İngiltere'de pandemi döneminde YBÜ çalışanları arasında yapılan bir çalışmaya göre YBÜ doktorlarında orta ve şiddetli depresyon oranları sırasıyla % 19.9 ve % 7.9 olup, bizim çalışmamızdaki oranlara yakındır (sırasıyla % 22.8 ve % 8.7).⁸⁷ Çalışmamızda total depresyon oranı % 51.4 olarak belirlendi. COVID-19 salgını sırasında yapılmış 13 çalışmayı kapsayan bir metaanalizde sağlık çalışanları arasında depresyon oranı % 22.8, doktorlar arasında % 25.37 olarak bulunmuştur.⁸⁸ COVID-19 pandemisinin ikinci dalgasında Fransa'da YBÜ çalışanları (doktor ve hemşireleri) arasında yapılan bir çalışmada YBÜ doktorları arasında depresyon oranı %36.1 olarak tespit edilmiştir.⁸⁹

Çalışmamızın sonuçlarına göre cinsiyet YBÜ doktorlarındaki depresyon sıklığını etkilemiyor görünmektedir. Benzer şekilde Alpağut ve ark.'nın 2022 yılında asistan hekimler ile yaptığı çalışmada cinsiyet ile depresyon açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.^{90,91} Literatüre bakıldığında yapılan birçok çalışmada ise kadınların erkeklere göre daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon seviyelerine sahip oldukları gösterilmiştir.⁹²⁻⁹⁴ Lai ve ark.'nın Çin'deki Covid-19 salgını sırasında yaptıkları çalışmada kadınlarda psikiyatrik problem(depresyon, anksiyete, stress) gelişme riskinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁹⁵ Çalışmamızda BDÖ toplam puan cinsiyetle değişmese de alt maddelerinin puanları karşılaştırıldığında “kilo” ve “iştah kaybı” maddelerinden erkeklerin daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

YBÜ doktorlarının BDÖ puanları ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek puanı 20-29 yaş aralığındaki doktorların aldığı ve yaş ilerledikçe BDÖ puanlarının azaldığı görülmüştür. Ülkemizde 2021 yılında Covid-19 pandemisi sırasında doktor ve hemşireler ile yapılan bir çalışmada da 30 yaş ve altında olan katılımcıların daha yüksek depresyon görülme oranlarına sahip oldukları belirtilmiştir.⁸⁵ Demiral ve ark.'nın pandemi öncesi dönemde üniversite hastanesinde çalışan hekimler ile yaptıkları çalışmada 30 yaş ve altındaki doktorlarda 40 yaş üstü doktorlara göre daha yüksek depresyon düzeyi saptanmıştır.⁹⁶ Genç hekimlerin tecrübelerinin daha az olması, stres ile başa çıkma konusunda daha deneyimsiz olmaları ve meslek hayatlarının başlarında beklentilerinin de yüksek olması nedeniyle yaşadıkları hayal kırıklığına bağlı daha fazla depresyon görülebileceğini düşünmekteyiz. Bunun yanında yaşla beraber çalışma pozisyonundaki değişiklikler de depresyon eğilimini azaltıyor olabilir. Çalışmamızda katılımcıların çalışma pozisyonlarına bakıldığında Beck depresyon ölçeğinden en düşük puanı alan doktor grubu “sorumlu öğretim üyesi/şef” grubudur. Literatürde çalışmamızın aksine doktorlarda yaş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten ya da yaşla depresyon sıklığının arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{91,97} Gökçen ve ark.'nın acil servis çalışanlarında yaptıkları bir çalışmada 40 yaş üstü grupta Beck depresyon ölçek puanı, düşük yaş grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.⁹⁸

BDÖ puanları ile medeni durum açısından anlamlı olarak bir fark saptanmamıştır. Literatürde medeni durum ile depresyon arasındaki ilişkide çok farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Alpağut ve ark.'ın asistan hekimler ile yaptığı

çalışmada da medeni durumun depresyon düzeyini etkilemediği gösterilmiştir.⁹⁰

Bulgularımızın aksine Elbay ve ark.'nın 2020 yılında yaptıkları çalışmada evli olmanın daha düşük depresyon ve anksiyete ölçek puanları ile ilişkili oldukları bulunmuştur.⁸⁴

Pandemi döneminde sağlık çalışanları arasında yapılan bazı çalışmalarda evli bireylerin, depresyon belirtileri açısından daha yüksek risk altında olduklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{85,99,100}

Çalışmamızda BDÖ puanı ile çocuk sahibi olmanın arasındaki ilişkiye bakıldığında çocuk sahibi olmayanların depresyon ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Literatüre bakıldığında yapılan bazı çalışmalarda çocuk sahibi olma ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer bazı çalışmalarda ise ^{91,97}çalışmamıza benzer şekilde çocuk sahibi olmanın daha düşük depresyon puanları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.⁸⁴

Çalışma süresi ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında YBÜ'de çalışma yılı arttıkça BDÖ puanları anlamlı olarak azalmaktadır. BDÖ puanlarına bakıldığında 2 yıldan kısa bir süredir YBÜ'de çalışanların en yüksek, 10 yıldan daha fazla çalışanların ise en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. Meslekte geçirilen yıllar tecrübenin artması ve stres faktörlerini daha iyi yönetebilmesinden dolayı depresyon eğilimini azaltıyor olabilir. Yaş, çalışma pozisyonu, çalışma süresi genel olarak paralel giden faktörler olduğu için hangi faktörün daha etkili olduğunu saptamak için daha geniş çalışmalar gereklidir. Farklı branşlardaki doktorlarla yapılan çalışma süresi ile birlikte depresyon oranının arttığını gösteren çalışmalar da vardır. Acil servisteki sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmaya göre çalışma süresi uzadıkça depresyon puanlarının arttığı ve iş doyumunun azaldığı gösterilmektedir.⁹⁸

Maaş yeterliliği ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında aldığı ücreti, yetersiz olarak belirtenlerin BDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Literatüre bakıldığında yapılan bazı çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde gelir algısı orta ve kötü olan kişilerde depresyon insidansının daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{91,97} Katı ve ark.'nın acil servis çalışanları arasında yaptıkları bir çalışmaya göre de gelirini yetersiz bulanların BDÖ düzeyleri anlamlı bir şekilde daha yüksektir.⁹⁷

YBÜ'de çalışmayı isteyerek seçmediğini belirtenlerin BDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Başpınar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada çalıştığı branşı isteyerek

seçenlerde depresyonun branşını rastgele seçenlere göre daha az görüldüğü tespit edilmiştir.¹⁰¹Literatüre bakıldığında Türkiye’de 2022 yılında Alpağut ve ark.’nın asistan hekimler ile yaptıkları çalışmaya göre işinden memnun olmayan ve istifa etmeyi düşünen hekimler arasında depresyon puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmektedir.⁹⁰Taycan ve ark.’nın hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada meslek seçimini isteyerek yapanların BDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.¹⁰²

Psikolojik hastalık öyküsü ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında pandemi öncesi psikolojik problem yaşayan katılımcılarda BDÖ puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Literatüre bakıldığında çalışmamızı destekleyen tarzda önceki yıllarda psikolojik rahatsızlığa sahip sağlık çalışanlarında pandemi döneminde depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{85,103}Çalışmamızda pandemi öncesi dönemde psikolojik problemler yaşadığını belirtenlerin %70’inde depresyon görüldüğü, psikolojik problemler yaşamadığını belirtenlerin ise %43,8’inde depresyon bulguları saptandı. Pandemi sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ancak yoğunluktan alamadığını ifade eden 103 katılımcının %67’sinde depresyon bulguları mevcut olup bunların %6,8’inin ise şiddetli depresyon belirtilerine sahip olduğu tespit edildi.

YBÜ doktorlarının depresyon durumları açısından öz farkındalıkları düşüktür. YBÜ doktorlarının % 18,7’inde intihar düşünceleri mevcuttu. . Doktorların % 13,3’ü zaman zaman intihar etmeyi düşündüğünü ancak cesaret edemediğini ifade ederken, % 1,2’si kendisini öldürebilmeyi istediğini, % 3’ü ise bir fırsatını bulsa kendisini öldüreceğini ifade ettiği saptandı. Hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik durumları ve sağlık politikasının intihar davranışı üzerine etkisi çalışılması gereken önemli bir konudur ve ülkemizde hekim intiharlarının nedenleri hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda YBÜ doktorlarının ortalama MTÖ toplam puanı 41 (32-49) olup, en yüksek puanı duygusal tükenme 18(12-24), ikinci sırada kişisel başarı hissi alt ölçeklerinden 15(11-18), 3. sırada ise duyarsızlaşma alt ölçeğinden almaktadırlar 7 (4-10). YBÜ doktorlarının %45,6’sında orta, %29,9’unda yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik; %66,4’ünde orta, %11,2’sinde yüksek düzeyde düşük kişisel başarı hissi, %46,5’inde orta, %6,6’sında yüksek düzeyde duyarsızlaşma mevcuttu.

YBÜ’de çalışan doktorlarda kritik hastalara bakmanın getirdiği yük ve kaygılar, birçok durumda zamana karşı yarışma zorunluluğu, alandaki yenilikleri takip etme gereksinimi, sıkıntıda olan hasta/hasta yakınları ile iletişim kurmanın güçlükleri, belirsizlik karşısında

sorumluluk alma zorunlulukları, ve ekip içindeki çatışmalar gibi kronik psikososyal faktörlere maruziyetten dolayı tükenmişlik sendromu görülme olasılığı yüksektir. Pandemi döneminde bunlara ilave olarak hızla yayılan, patogenezi çok iyi bilinmeyen, destek tedavisi dışında efektif bir tedavi yöntemi olmayan bir hastalıkla uğraşma zorunluluğu, yüksek mortalite oranları gibi ilave stres faktörleri ortaya çıkmıştır. Türkiye’de 2015 yılında Seren ve ark.’nın yaptıkları 92 katılımcılı çalışmaya göre YBÜ doktorları MTÖ’nün duygusal tükenme ($15,56 \pm 6,26$ puan) ve düşük kişisel başarı hissi ($22,44 \pm 3,69$ puan) alt boyutlarına göre orta düzeyde ,duyarsızlaşma alt boyutuna göre ($5,08 \pm 3,18$ puan) ise düşük düzeyde tükenmişlik belirtileri göstermektedir.¹⁰⁴ MTÖ’nün duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarına ait ortalama puanlar bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında daha düşük, düşük kişisel başarı hissi alt boyutuna ait ortalama puan ise daha yüksektir. Bu çalışmanın sonuçları ise bizim çalışmamızda elde edilen skarlardan genel olarak daha düşük olup, pandemi öncesi yapılan bir çalışma olmasıyla ilişkili olabilir ancak Türkiye’de pandemi öncesi az sayıda çalışma mevcut olduğundan dolayı bu konudaki yorumlarımız sınırlıdır.

Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda pandemi hastalarına bakan poliklinik, acil servis, yataklı servis ve YBÜ doktorlarında daha yüksek düzeyde tükenmişlik saptanmıştır.¹⁰⁵ Pandemi döneminde Türkiye’de yapılan, YBÜ’de çalışan uzman, asistan doktorları ve hemşireleri kapsayan tek merkezli bir çalışmada ortalama tükenmişlik puanı 49.1 olup, duygusal tükenmişlik skoru 20.7 ± 8.1 , duyarsızlaşma skoru 8.4 ± 5.8 ve düşük kişisel başarı hissi skoru 20.1 ± 4.8 olarak saptanmıştır.⁸³ Bizim çalışmamızda ise MTÖ toplam ortalama ölçek puanı 40,5, duygusal tükenme puanı $18,5 \pm 8$, duyarsızlaşma puanı $7,3 \pm 4$, düşük kişisel başarı hissi puanı $14,6 \pm 5,3$ olarak saptandı.

Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızda elde edilen skarlardan bir miktar daha yüksek olup, pandeminin erken döneminde yapılan bir çalışma olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamız pandeminin 3. senesinde yapılan bir çalışma olması, bu dönemde aşılama ile hasta sayısının azalması, hastalığın aşıllılarda daha hafif seyretmesi, hastalığın tedavisi ile ilgili edinilen tecrübeler nedeniyle pandeminin erken dönemine göre daha düşük tükenmişlik oranları görülmüş olabilir. Pandemi döneminde dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında da benzer şekilde sonuçlar alınmıştır. İtalya’da yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisi öncesi ve sırasında doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının ve tükenmişlik semptomlarının görülme sıklığının salgın sırasında daha fazla olduğu saptanmıştır.¹⁰⁶

Maunders ve ark.'nın 2020 ve 2021 yıllarında yaptıkları anket çalışmalarının sonuçları karşılaştırılmış ve tükenmişliğin pandemi süresi ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur.¹⁰⁷ Sağaltıcı ve ark. tarafından pandemi sürecinde doktor, hemşire ve sağlık personellerinden oluşan 253 katılımcı ile yapılan bir çalışmaya göre doktorların ve hemşirelerin ortalama duygusal tükenme puanlarının diğer sağlık çalışanlarından, doktorların duyarsızlaşma ölçek puanlarının hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁰⁸ Pandemi sürecinin YBÜ doktorlarındaki kalıcı etkilerini inceleyebilmek için pandemi sonrası döneme ait daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan YBÜ doktorlarının cinsiyetleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında cinsiyet MTÖ toplam puanları ve alt ölçeklerini etkilemiyor görülmektedir. Literatürde pandemi öncesi ve pandemi döneminde cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Carla ve ark. tarafından 2013 yılında Portekiz'deki YBÜ'lerde yapılan çalışmaya göre kadınlarda daha yüksek düzeyde tükenmişlik saptanmıştır.¹⁰⁹ Namigari ve ark.'ın 2016 yılında uzmanlık eğitimi alan 127 asistan doktor ile yaptıkları çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.¹¹⁰ Beyhan ve ark.'ın 2012 yılında 88 uzman anestezi uzmanı, öğretim üyeleri veya en az 1 yıl görev yapan araştırma görevlileri ile yaptığı çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.¹¹¹ Taşdemir ve ark.'nın 2022 yılında COVID-19 YBÜ'de çalışan ve çalışmayan sağlık personelinde tükenmişlik düzeyi üzerine yaptıkları bir çalışmada ise erkeklerin daha yüksek tükenmişlik yaşadıklarını ve daha yüksek bir duyarsızlaşmaya sahip oldukları saptanmıştır.¹¹² Ruiz-Fernández ve ark. tarafından 2020 yılında 506 hekim ve hemşirenin katılımı ile İspanya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların daha yüksek bir tükenmişlik düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.¹¹³

Tükenmişlik düzeyleri ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında genç yaşta doktorların daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmektedir. Anestezi doktorları arasında yapılan bir araştırmada genç yaşta doktorlarda daha düşük memnuniyet ve daha yüksek tükenmişlik seviyelerinin olduğu saptanmıştır.¹¹⁴ Hoşgör ve ark. tarafından 2021 yılında İstanbul'daki bir hastanede sağlık çalışanları ile COVID-19 korkusunun tükenmişlik sendromu üzerine etkisine dair yapılan çalışmalarında 20-34 yaş arasındaki çalışanların 50-65 yaş arasındaki çalışanlara göre daha yüksek bir tükenmişliğe sahip oldukları saptanmıştır.¹¹⁵ Literatüre bakıldığında yaşın tükenmişliği etkilemediğini gösteren çalışmalarda mevcuttur.^{110,112}

Bu tez çalışmasında yaş grupları ile MTÖ alt ölçeklerine bakıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Genel olarak yaş ilerledikçe YBÜ doktorlarında MTÖ toplam puanları ve duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi alt ölçeklerinden alınan puanlar azalma eğilimi göstermektedir. Yaş ilerledikçe hekimlerin aldıkları eğitim, tecrübe düzeylerinin artması, stresle başetme yöntemlerini öğrenmiş olmaları ve çalışma pozisyonundaki değişiklikler tükenmişlik düzeylerinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda uzmanlık alanları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde katılımcılardan anadal olarak Anestezi anabilim dalına mensup olan doktorların duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Tsan ve ark.'nın 2020 yılında pandemide ön saflarda yer alan anestezi doktorları ile yapmış oldukları bir çalışmada katılımcıların %55,3'ünün yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya sahip oldukları saptanmıştır.¹¹⁶ Rodrigues ve ark. tarafından 2018 yılında yayınlanan bir metanalizde tükenmişlik sendromunun Anesteziyoloji, Genel Cerrahi, Ortopedi, ve Kadın Doğum asistanları arasında yüksek bir prevalansa sahip olduğu ve Anesteziyoloji için prevelansın (%41.0), Dahiliye, Plastik cerrahi için orta düzeyde (%30.0), KBB ve Nöroloji için düşük düzeyde (%15.4) prevalans bildirmişlerdir.¹¹⁷

YBÜ'de çalışma pozisyonu ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında Anestezi ve Dahiliye anadal branşlarına mensup olan doktorlar diğerlerine göre daha yüksek tükenmişliğe sahiptirler. Literatürdeki diğer araştırmalara bakıldığında tükenmişlik oranı en yüksek grubun asistan doktorlar olduğu, branşlara bakıldığında ise anestezi asistanlarının diğer branşlara göre yüksek duyarsızlaşma, düşük kişisel başarıya hissine sahip oldukları yüksek tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir.^{112,114,117} Aktuğ ve ark.'nın Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmada asistan hekimlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹¹⁸ Anestezi asistanları uzmanlık eğitimi süresince uzun çalışma saatleri, uykusuzluk, maaş yetersizliği ve birçok sorumluluğu üstlenmenin yanında ameliyathane gibi kapalı bir çalışma ortamında ve YBÜ gibi aşırı uyaran içeren bir ortamda aşırı hasta yükü, yoğun iş temposu gibi sebeplerle karşılaşma nedeniyle ekstra tükenmişlik faktörlerine maruz kalmalarından dolayı yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduklarını düşünmekteyiz.

Bu çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik alt boyutları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında çocuk sahibi olanların ortalama toplam MTÖ puanları, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçek puanları çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşüktü. Zihan Hu ve ark. tarafından 2021 yılında Çin’deki YBÜ doktorları ve hemşirelerinin oluşturduğu 2411 katılımcılı kesitsel bir çalışmaya göre çocuk sahibi olanlarda daha az duyarsızlaşma görüldüğü saptanmıştır.¹¹⁹ Kaya ve ark.’nın birinci basamak sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada ise çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.¹²⁰

Çalışmamıza göre YBÜ’de çalışma süresi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında YBÜ’de 10 yıl ve üzeri çalışanlarda daha az tükenmişlik görülmektedir. Bu konuda yapılan literatürdeki diğer çalışmalarda bizim çalışmamız ile benzer şekilde sonuçlar elde edilmiştir, mesleki deneyim arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{102,110,121} Beyhan ve arkadaşları tarafından Anestezi hekimleri ile yapılan çalışmada 5 yıl ve daha kısa süre meslekte görev yapan doktorlarda hem duygusal tükenme hem de duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının 5 yıl üzerinde çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.¹¹¹ Erol ve ark.’nın asistanlar üzerinde yaptıkları çalışmada yaş arttıkça ve çalışma süresinin uzamasıyla tükenmişlik düzeyinin azaldığı ve iş doyumunun arttığı gösterilmiştir.¹²² YBÜ’de çalışma süresi 10 yılın altındaki hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olması; çoğunluğunun asistanlık döneminde olması, deneyim ve bilgi birikiminin nispeten daha az olmasından kaynaklanabilir. Çalışma yılının artması ile tükenmişlik düzeylerinin azalmasının altında edinilen tecrübe, sorun çözme kabiliyetlerinin artması, pozisyon değişikliği ve mesleki doyum ile daha gerçekçi bir beklenti düzeylerinin olduğunu düşünmekteyiz.

YBÜ doktorluğunu isteyerek seçenlerin BDÖ puanları yanında MTÖ total ve tüm alt ölçek puanları da istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Pandemi sürecinde yaptığı işi sorgulayan, YBÜ doktorluğunu bırakmayı düşündüğünü belirtenlerde tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu saptandı. Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Kanada Tabipler Derneği tarafından 2018 yılında 2547 hekim ve 400 stajyer doktorla yapılan bir anket çalışmasında meslek seçiminden memnuniyetsiz olan doktorların tükenmişlik yaşama olasılığının yaklaşık yedi kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹²³ Sinsky ve ark. tarafından pandemi sırasında, 2021 yılında, yapılan bir

çalışmada tükenmişlik yaşayan doktorların %50'sinin 2 yıl içerisinde işten ayrılma niyetinde olduğu tespit etmiştir.¹²⁴ Michele ve ark.'nın YBÜ hemşireleri ve doktorlarındaki tükenmişlik, işten ayrılma niyetleri üzerine yapılan çalışmaya göre işten ayrılma niyetlerinin YBÜ dışı ortamlarda çalışanlara göre %50'den daha fazla olduğu saptanmıştır.¹⁰⁰ Akalın ve ark. YBÜ'de görev alan sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında COVID-19 pandemi sürecinde işinden memnun olmayan çalışanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹²⁵ Can ve ark.'nın cerrahi ve cerrahi dışı asistanlarda yaptığı çalışmada ise uzmanlık eğitimi aldığı bölümü değiştirmek ve istifa etmek isteyenlerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir.¹²⁶

Bu çalışmada maaş yeterliliği ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında aldığı ücreti yetersiz olarak görenlerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmektedir. Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Metin ve ark.'nın 2007 yılında hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmada aldığı ücreti yetersiz bulan çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadığı gösterilmiştir.¹²⁷ Doğan ve ark.'nın 2006 yılında üçüncü basamak sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik üzerine yaptıkları çalışmada benzer şekilde ekonomik sıkıntı yaşayan çalışanların tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.¹²⁸

Çalışmamızdaki psikiyatrik hastalık ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında pandemi öncesi psikolojik problemi olduğunu belirtenlerin daha yüksek duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişliğe sahip oldukları görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında İtalya'da pandeminin 1. Yılında Verona Üniversite Hastanesinde COVID-19'un hastalarına hizmet veren sağlık çalışanları arasında tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada psikolojik sorunlar nedeniyle tedavi gören sağlık çalışanları arasında tükenmişliğin daha sık görüldüğü saptanmıştır.¹²⁹ Sertöz ve ark.'nın 2020 yılında Türkiye'de pandeminin ilk yılında üçüncü basamak üniversite hastanesinde akademisyen doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar ve yardımcı personelden oluşan 683 katılımcı ile yapılan bir anket çalışmasında pandemiden önce teşhis edilmiş psikiyatrik bozukluğu olanların daha yüksek duygusal tükenmeye ve daha düşük kişisel başarı hissine sahip oldukları saptanmıştır.¹³⁰

Çalışmamıza katılan hekimlerin tükenmişlik açısından farkındalıklarının düşük olduğu saptanmıştır. Tükenmişlik ile baş edebilmek için bireysel düzeydeki mücadele önemli bir

yer kaplamaktadır. Hekim tükenmişliği konusunda farkındalık yaratmak, belirtilerin erken teşhisi, gerekli psikolojik destek sağlanması ve tükenmişliği aşmak için becerilerini geliştirmesitükenmişlikle başa çıkabilmek için çok önemlidir.

Çalışmamızdaki pandemi sürecinde psikolojik destek alma ihtiyacı ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında pandemi sürecinde psikolojik destek aldığını belirtenlerin daha fazla duyarsızlaşmaya sahip oldukları saptanmıştır. Bu süreçte psikoloik desteğe ihtiyacı olmadığını belirtenlerde psikolojik desteğe ihtiyaç duyanlara göre daha az tükenmişlik görülmüştür.



7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında COVID-19 pandemisinin 3. senesinde YBÜ’de uzman doktor, asistan doktor, öğretim üyesi/şef statüsünde çalışan ya da nöbet tutan doktorların BDÖ ve MTÖ’ye göre depresyon ve tükenmişlik oranları, nedenleri ve bu konudaki farkındalıklarının olup olmadığı araştırıldı;

- YBÜ’de çalışan doktorların % 19.9’unda hafif, % 22.8’inde orta, % 8.7’inde şiddetli olmak üzere olmak üzere %51.4’ünde depresyon bulguları saptanmıştır. YBÜ doktorlarının % 75.5’unda orta/yüksek düzeyde “duygusal tükenmişlik”, % 53.1’inde orta-yüksek düzeyde “duyarsızlaşma”, % 77.6’ında orta yüksek düzeyde “düşük kişisel başarı hissi” mevcuttur.
- YBÜ doktorlarının % 18.7’i intihar düşüncelerine sahip olduğunu, % 13.3’ü zaman zaman intihar etmeyi düşündüğünü ancak cesaret edemediğini ifade ederken, % 1.2’si kendisini öldürebilmeyi istediğini, % 3’ü ise bir fırsatını bulsa kendisini öldüreceğini belirtmiştir.
- Pandeminin erken döneminde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla kıyaslandığında, YBÜ doktorlarında depresyon oranları nispi bir düşüş gösterse de halen kabul edilemeyecek kadar yüksektir.
- Çalışmamıza katılan YBÜ doktorlarının %11,2’si pandemi sürecinde psikolojik destek aldığını, %42,7’si psikolojik destek ihtiyacı hissettiğini fakat yoğunluktan yardım alamadığını belirtmiştir.
- Depresyon ve tükenmişlik sendromu prevalansları genç yaştaki doktorlarda daha yüksektir. Cinsiyet, medeni durum faktörlerinin depresyon ve tükenmişlik düzeyini etkilemediği görülmektedir.
- Çocuk sahibi olma depresyon ve tükenmişlik sendromu açısından koruyucu bir etkiye sahip görünmektedir. BDÖ ve MTÖ toplam puanları çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre daha düşüktür. Çocuk sahibi olanlarda daha az duyarsızlaşma ve duygusal tükenme görülmektedir.
- Çalışma yılı ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında YBÜ’de çalışma süresi arttıkça BDÖ ve MTÖ puanları azalıyor görünmektedir. YBÜ’de çalışma yılı 2 yılın altında olan doktorların 10 yıl üzerinde olanlara göre ortalama BDÖ ve MTÖ

puanları ve MTÖ'nün tüm alt boyutlarına ait tükenmişlik puanları daha yüksektir($p<0.05$).

- Maaş yeterliliği ile depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında aldığı ücreti, yetersiz bulanların ortalama BDÖ ve toplam MTÖ puanları aldığı ücreti yeterli bulanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).
- YBÜ'de çalışmayı isteyerek seçmediğini belirtenlerin ortalama BDÖ ve toplam MTÖ puanları isteyerek seçenlere göre daha yüksektir ($p<0.05$).
- Pandemi öncesi psikolojik problem yaşayan katılımcılarda ortalama BDÖ ve total MTÖ puanları daha yüksektir.
- YBÜ doktorları tükenmişlik alt boyutlarından en yüksek puanı duygusal tükenme boyutundan, ikinci sırada düşük kişisel başarı hissi boyutundan almaktadırlar. COVID-19 un etkili bir tedavisinin olmayışı kişisel başarı hissini olumsuz etkilemiş olabilir.
- Anestezi uzmanlık alanındakilerin duyarsızlaşma alt ölçek puanı diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların depresyon ve tükenmişlik açısından farkındalıkları düşüktür. Hekimlerin depresyon ve tükenmişlik konusunda farkındalıklarının artırılması, belirtilerin erken teşhisi, gerekli psikolojik destek sağlanması ve tükenmişliği aşmak için becerilerini geliştirmesi gerekmektedir.

8.ÖZET

Giriş/Amaç: Çalışmamız COVID-19 pandemisinin üçüncü senesinde Türkiye genelinde YBÜ’de çalışan doktorları tükenmişlik sendromu ve depresyon bulguları açısından değerlendirmek, etkili faktörleri belirlemek ve YBÜ doktorlarının kendi tükenmişlik durumları ve depresyonları konusundaki farkındalıklarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç/Yöntem: On-line olarak hazırlanan anket linki TYBD web sitesi yoluyla YBÜ’de çalışan doktorlara ulaştırılarak çalışmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Anket formunun çalışma onamı anket metninin önünde yer alan yazılı onam ile alınmıştır. Veri toplama tarihi 01.04.2022 – 01.10.2022 arasındır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümünde COVID-19 hastalarını takip ederken en çok yaşadıkları sorunlar, pandeminin mesleklerine bakışlarına etkisi araştırılmış ve kendilerinin depresyon ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Üçüncü bölümde ise MTÖ ve BDÖ ölçekleri ile katılımcıların depresyon ve tükenmişlik bulguları açısından objektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır(Bkz. EK 2). İstatistiksel analiz IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 241 YBÜ doktorlarının 149’u (%61,8) kadın ve 92’si (%38,2)’si erkekdi. 19.9’u hafif, % 22.8’i orta, % 8.7’i şiddetli depresif belirtiler göstermekteydi. % 75.5’inde orta/yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik, % 53.1’inde orta-yüksek düzeyde duyarsızlaşma,% 77.6’ında orta-yüksek düzeyde kişisel başarı hissinde azalma saptanmıştır.% 18.7’si intihar düşüncelerine sahip olduğunu, % 13.3’ü zaman zaman intihar etmeyi düşündüğünü ancak cesaret edemediğini,% 1.2’si kendisini öldürebilmeyi istediğini, % 3’ü ise bir fırsatını bulsa kendisini öldüreceğini ifade etmiştir.

Tartışma/Sonuç: Pandeminin son döneminde yapılan bu çalışmaya göre YBÜ doktorlarında depresyon ve tükenmişlik sıklığı halen kabul edilemeyecek kadar yüksek olup, YBÜ doktorlarının depresyon ve tükenmişlik açısından öz farkındalıkları düşüktür.

9. SUMMARY

Introduction/Aim: Our study was conducted in the third year of the COVID-19 pandemic to assess ICU physicians for signs of depression and burnout syndrome, to determine the effective factors, and ICU doctors' self-awareness of their burnout and depression statuses.

Materials /Methods: An online survey link was distributed to doctors working in ICUs through the Turkish Society of Intensive Care website, and they were all invited to participate in the study.

The survey's informed consent was obtained through a written statement placed before the survey text. Data collection date was determined as between 01.04.2022 and 01.10.2022. The first section collected participants' sociodemographic characteristics, the second section investigated the most common challenges faced while treating COVID-19 patients, the impact of the pandemic on their profession, and their self-assessment of depression and burnout levels. The third section aimed to objectively assess participants' depression and burnout symptoms using the MTÖ and BDÖ scales (See Appendix 2). Statistical analysis was performed using IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Findings: Of the 241 intensive care doctors participating in the study, 149 (61,8%) were female and 92 (38,2%) were male. 19,9% of them showed mild, 22,8% moderate and 8,7% severe depressive symptoms. 75,5 % revealed moderate-high level of emotional exhaustion; 53,1% moderate-high level of insensitiveness and 77,6% moderate- high decrease in personal succes. 18,7% had suicidal thoughts, 13,3% had thought about committing suicide from time to time but did not dare, 1,2% wanted to kill themselves, 3% stated to kill themselves if they had a chance.

Discussion/Conclusion: According to this study conducted in the last period of the pandemic, the prevalence of depression and burnout in ICU doctors is still unacceptably high and ICU doctors have low self-awareness in terms of depression and burnout.

10.2. ANKET FORMU

Pandeminin 3. senesinde yoğun bakım doktorlarının tükenmişlik sendromu, depresyon semptomları ve farkındalıkları açısından değerlendirilmeleri

Sosyodemografik Özellikler

1-Yaşınız:

2- Cinsiyet : a. Kadın

b. Erkek

3- Primer uzmanlık alanınız (anadal)

4- Uzman olma yılınız?(anadal için).....

5-Yoğun bakım uzmanlığı sertifikanız var mı?

a. Evet

b. Hayır

6-Yoğun bakımda çalışma pozisyonunuz?

a. Sorumlu öğretim üyesi ya da şef

b. Uzman doktor

c.Yoğun bakım yandal asistanı

d. Anestezi anabilim dalı asistanı

e. Diğer: Belirtiniz.....

7- Kaç senedir YBÜ'de çalışıyorsunuz?

a. < 2

b.3-5

c.6-10

d. >10

8 - YBÜ'de çalışma takviminiz nasıl?

a. Sürekli YBÜ'de çalışıyorum.

b. YBÜ'de rotasyon usülü çalışıyorum (Yılın belli dönemlerinde YBÜ'de diğer zamanlar ameliyathanede, v.b.).

c. Sadece nöbetlerde YBÜ'de çalışıyorum.

9-Medeni durumunuz ?

a. Bekar

b. Evli

c. Boşanmış / Eşölmüş / Ayrı yaşıyor.

10- COVID-19 açısından risk faktörü olan (HT, DM, v.b.) bir kronik rahatsızlığınız var mı ?

a. Evet

b. Hayır

11- Evde kiminle yaşıyorsunuz ?

a. Eşim/çocuklarımla birlikte yaşıyorum

b. Anne/baba/kardeşlerle yaşıyorum

c. Arkadaşımla birlikte kalıyorum.

d. Yalnız yaşıyorum.

12- Çocuğunuz var mı?

a. Hayır

b.1 çocuğum var

c.2 çocuğum var

d. ≥ 3 çocuğum var

13- Aldığınız ücreti yeterli buluyor musunuz?

a. Evet, yeterli.

b. Kısmen. yeterli

c. Hayır, yetersiz

14- Pandemi öncesi dönemde depresyon, anksiete v.b. psikolojik problem yaşamış mıydınız?

a. Evet

b. Hayır

15- Pandemi sürecinde psikolojik yardım almaya ihtiyaç duydunuz mu?

a. Evet, psikolojik destek aldım.

b. Evet, ama yoğunluktan yardım alamadım.

c. Psikolojik desteğe ihtiyacım olmadı.

16- Kendinizi tükenmişlik sendromu açısından değerlendirirseniz aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

a. Tükenmişlik sendromu yaşamıyorum.

b. Hafif düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum

c. Orta düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum.

d. Yüksek düzeyde tükenmişlik sendromu yaşıyorum.

17- Sürekli olarak YBÜ'de çalışan bir doktorsanız (YBÜ yan dal asistanı, uzmanı, ya da öğretim üyesi) YBÜ hekimliğini isteyerek mi seçtiniz?

a. Evet, YBÜ 'de çalışmayı seviyorum,isteyerek seçtim.

b. YBÜ'de çalışmayı bir miktar seviyorum, ama hayat şartlarım da YBÜ'de çalışmayı seçmeye zorladı (Şu an yaşadığım şehirde yaşayabilmek, tayin yaptırabilmek, v.b.).

c. YBÜ'de çalışmayı isteyerek seçmedim, görevlendirildim.

18- COVID YBÜ'de çalışıyor musunuz?

a. Evet, sürekli olarak COVID YBÜ'de çalışıyorum.

b. Dönüşümlü olarak COVID YBÜ'de çalışıyorum.

c. Bir süre COVID YBÜ'de çalıştım, artık çalışmıyorum.

d. COVID YBÜ'de hiç çalışmadım.

19- COVID 19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

a. Hayır, geçirmedi.

b. Evet, hafif /orta şiddette semptomlar ile geçirdim, hastaneye yatmam gerekmedi.

c. Şiddetli COVID-19 enfeksiyonu geçirdim, hastaneye yattım.

d. COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle yoğun bakımda yattım.

20- COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?

a. Hayır.

b. Evet, yakın akrabamı kaybettim.

c. Evet, yakın arkadaşımı kaybettim.

21- YBÜ'de ayda ortalama kaç adet nöbet tutuyorsunuz? Nöbet tutmuyorsanız lütfen <0> yazın.

.....

22- YBÜ'de belli çalışma periodlarından sonra idari izinli oluyormusunuz? Belirtiniz:

Örneğin, nöbet ertesi izinli sayılıyorum. COVID-19 YBÜ'de çalıştıktan sonra 3 gün idari izinli sayılıyorum , v.b.

.....
.....

23- Ortalama olarak haftalık çalışma süreniz kaç saat?

- a. ≤ 40 sa
- b. 41-49 sa
- c. 50-59 sa
- d. ≥ 60 sa

24- COVID-19 pandemisinin sonlanma zamanı ile ilgili nasıl bir öngörünüz var?

- a. Öngörüle bulunamıyorum.
- b. 2022'de sonlanacağını düşünüyorum.
- c. Birkaç sene daha devam edeceğini düşünüyorum.
- d. Daha uzun seneler devam edeceğini düşünüyorum.

25- COVID-19 pandemisinde sizi YBÜ'de çalışırken en çok rahatsız eden hususlar aşağıdakilerden hangileridir? Size uygun gelen tüm şıklar işaretlenebilir.

- a. Yüksek hasta sayısı nedeniyle artan iş yükü
- b. Halen COVID-19 enfeksiyonunun etkin bir tedavisinin olmayışı, şiddetli/kritik vakalarda çaresizlik yaşıyorum.

- c. Gerekli ilaç/malzeme yokluğu, eksikliği
- d. Sürekli koruyucu ekipmanla çalışmak zorunda kalmak.
- e. Koruyuculuğu yeterli olmayan ekipmanla çalışmak zorunda kalmak.
- f. Kendim COVID-19 enfeksiyonuna yakalanmaktan korkuyorum.
- g. Yakınlarıma bulaştırmaktan korkuyorum.
- h. Artan iş yükü nedeniyle YBÜ'de görevlendirilen sağlık çalışanlarının tecrübe/eğitim eksikliği.
- i. Aşırı endişeli hasta yakınlarına bilgi vermek, endişelerini gidermeye çalışmak.
- j. Amirlerimden yeterli desteği görememek.
- k. Çalışma arkadaşlarımızla pandemi öncesine göre daha sık anlaşmazlık yaşamak.
- l. Diğer:
Belirtiniz.....

26- Pandemi başlangıcından itibaren geçen iki senenin sonunda sosyal hayatınız için hangileri doğru? Birden fazla şık işaretlenebilir.

- a. Pandemi öncesine kıyasla hala çok sınırlı bir sosyal hayat sürüyorum.
- b. Pandemi öncesine kıyasla biraz daha sınırlı bir sosyal hayat sürüyorum.
- c. Sosyal hayat açısından tamamen pandemi öncesi döneme döndüğümü söyleyebilirim.
- d. Şu anda pandemi öncesine göre daha sosyal bir hayat sürdürdüğümü söyleyebilirim.

27- İnsanların hala işiniz nedeniyle sizden uzak durmaya çalıştığını hissediyormusunuz?

- a. Evet.

b. Hayır.

28- Pandemi süreci mesleğinize bakışınızı nasıl etkiledi?

a. Pandemiden önce de çok önemli bir iş yaptığımı düşünsem de pandemide ne kadar kritik, hayati bir iş yaptığımı bir kez daha anladım. İşimle gurur duyuyorum.

b. İşimi sevsem de pandeminin getirdiği ilave iş yükü, stres nedeniyle nadiren de olsa bu işi niye yaptığımı sorguluyorum, işimi bıraksam mı diye düşünüyorum.

c. Önemli bir iş yaptığımı düşünsem de sıklıkla artık çok yorulduğumu düşünüyorum, yoğun bakım doktorluğunu bırakma fikri sıklıkla aklımdan geçiyor.

d. Yoğun Bakım doktorluğunu ilk fırsatta bırakmayı düşünüyorum.

29- Pandeminin ilk zamanları ile kıyasladığınızda aşağıdakilerden hangisi doğrudur? COVID YBÜ de çalışmıyorsanız bu soruyu atlayın.

a. Pandeminin başlangıç dönemine göre şiddetli/ kritik COVID-19 hastasının takip ve tedavisinde çok daha iyi bir noktada olduğumu düşünüyorum. Yeterince tecrübe kazandım.

b. Pandeminin başlangıç dönemine göre şiddetli/ kritik COVID-19 hastasının takip ve tedavisinde nispeten daha iyi bir noktada olduğumu düşünsem de halen kanıta dayalı efektif bir tedavisinin olmaması nedeniyle bazı hastalarda çaresiz kalıyorum.

c. Bence pandeminin başlangıcından beri şiddetli/ kritik COVID-19 hastasının tedavisinde kortizon/interleukin inhibitörleri gibi sınırlı sayıda hastada etkili olan ajanlar dışında hiçbir yol alınamadı, halen hastaların çoğunda çaresiz kalıyorum.

d. Diğer:

Belirtiniz.....
.....
.....

30- Aşağıdaki ifadelerden ruh halinizi yansıttığını düşündüğünüz en uygun seçeneği işaretleyiniz.

a.Depresyonda değilim.

b.Hafif derecede depresyonda olabilirim.

c.Orta derecede depresyonda olabilirim.

d.Şiddetli depresyodayım .

Aşağıdaki ölçekleri doldurur musunuz?

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2.İş dönüşü ruhen kendim tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					

4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri					

insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin giderek beni katılaştırmamasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek gücüm.					
13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umrumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					

19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					

Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye karşılık gelen seçeneği bulup işaretleyiniz.

- 1-
 - a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 - b) Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2-
 - a) Gelecekte umutsuz değilim.
 - b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
 - c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3-
 - a) Kendimi başarısız görmüyorum.
 - b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 - c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 - d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4-
 - a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 - b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
 - c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
 - d) Bana zevk veren hiçbirşey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5-
 - a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 - b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
 - c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
 - d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6-
 - a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
 - b) Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 - c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-
 - a) Kendimden hoşnutum.

- b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11- a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
b) Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

- d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16- a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum.
- 18- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.

- c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
- d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

- 20-
- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
 - b) Son zamanlarda ağrı, sıızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
 - c) Ağrı, sıızı gibi sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
 - d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka birşey düşünemiyorum.

- 21-
- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
 - b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
 - c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
 - d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

11.KAYNAKLAR

- 1.Zhu N, Zhang D, Wang W ve ark. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-733.
- 2.Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parm*. 2020;91(1):157-160.
- 3.Çalışkan Pala S , Metintas S. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020; 5: 156-168.
- 4.Ji D, Ji YJ, Duan XZ ve ark. Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Oncotarget*. 2017;8(8):12784-12791.
- 5.Caillet A, Coste C, Sanchez R ve ark. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(6):717-722.
- 6.Coomber S, Todd C, Park G ve ark. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth*. 2002;89(6):873-881.
- 7.Lehmann M, Bruenahl CA, Löwe B ve ark. Ebola and psychological stress of health care professionals. *Emerg Infect Dis*. 2015;21(5):913-914.
8. Yumru M. "COVID-19 ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik." *Klinik Psikiyatri* 23.1 (2020): 5-6.
- 9.Akbıyık A. , Avşar Ö. Coronavirüs Enfeksiyonu Virüsünün (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İÇÜSBFD*. 2020; 5(2): 109-116.
- 10.Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses*. 2021;13(2):202.
- 11.Chen N, Zhou M, Dong X ve ark. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10223):507-513.
- 12.Kırbaş G. COVID-19 Tedavisinde Terapötikler. *Dicle Tıp Dergisi*. 2021; 48: 187-197.
- 13.Majumder J, Minko T. Recent developments on therapeutic and diagnostic approaches for COVID-19. *AAPS J*. 2021;23(1):14.

14. Liu C, Zhou Q, Li Y ve ark. Research and development on therapeutic agents and vaccines for COVID-19 and related human coronavirus diseases. *ACS Cent Sci*. 2020;6(3):315-331.
15. Rahman S, Montero MTV, Rowe K ve ark. Epidemiology, pathogenesis, clinical presentations, diagnosis and treatment of COVID-19: a review of current evidence. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2021;14(5):601-621.
16. Golob JL, Lugogo N, Luring AS ve ark. SARS-CoV-2 vaccines: a triumph of science and collaboration. *JCI Insight*. 2021;6(9):e149187.
17. Rello J, Belliato M, Dimopoulos MA ve ark. Update in COVID-19 in the intensive care unit from the 2020 HELLENIC Athens International symposium. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(6):723-730.
18. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK ve ark. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2017;37:270-276.
19. Ören B. Yoğun bakımlarda hasta ve çalışan stresi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2011, 15.1: 29-35.
20. Setiawan HW, Pratiwi IN, Nimah L ve ark. Challenges for healthcare workers caring for COVID-19 patients in Indonesia: A Qualitative Study. *Inq J Health Care Organ Provis Financ*. 2021;58:004695802110602.
21. Razu SR, Yasmin T, Arif TB ve ark. Challenges faced by healthcare professionals during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inquiry From Bangladesh. *Front Public Health*. 2021;9:647315.
22. Çetin B, Deniz D, Gemlik N ve ark. Koronavirüs (COVID-19)'ün sağlık çalışanları üzerine etkisi: NİTEL BİR ARAŞTIRMA . *Journal of Academic Perspective on Social Studies* .2021;1:45-58 .
23. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(46):781-787.
24. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165.
25. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 2008;15(1); 131-148.

26. İnce NB, Şahin A E. (2015). Maslach Tükenmişlik Envanteri-Eğitimci Formu'nu Türkçe'ye Uyarlama Çalışması . *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology* .2015;6 (2) ; 0-0 .
27. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
28. Beyoğlu E. , Erdoğan A. , Okyay RA. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. *KSÜ Tıp Fak Der*. 2022; 17(2): 222-227.
29. Çakır Ö, Tanğ Y. Türkiye’de sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu: bir meta analiz çalışması. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*.2018; 39-59.
30. Nart S. Televizyon programları yapımcılığı sektöründe tükenmişlik. *Journal of Management and Economics Research*. 2015; 13(3): 450-481.
31. Ardıç K , Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (goü örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008; 10(2): 69-96
32. Başar U. Burnout Syndrome in Nurses: Causes, Consequences, and Preventive Strategies. *Journal of Health and Nursing Management*. 2020; 7(2): 303-309
33. Kılıç T , Aytemiz Seymen O. Sağlık sektöründe, tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin analizi ve bir araştırma. *Journal of Management and Economics Research*. 2011; 9(16): 47-67.
34. Maslach C. What have we learned about burnout and health?.*Psychol Health*. 2001;16(5):607-611.
35. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005; 20(2): 95-108.
36. Ardıç K , Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (goü örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008; 10(2): 69-96
37. Anvari MRA, Kalali NS, Gholipour A. How does Personality Affect on Job Burnout?.*Int J Trade Econ Finance*. 2011;115-119. 8
38. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag*. 2009;17(3):331-339.

39. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.2009; 0 (32) ; 21-46 .
40. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W. Measuring Burnout. In: Cartwright S, Cooper CL, eds. The Oxford Handbook of Organizational Well Being. 1st ed. Oxford University Press. 2009;86-108.
41. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111.cations for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111. doi:10.1002/wps.20311
42. Dabak R, Özçınar M, Sargın M. Asistan doktorlarda tükenme (burnout) sendromu. *Türk Aile Hek Dergisi*.2007; 11(2): 67-71.
43. Altay B. , Gönener D. , Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010; 15(1): 10-16.
44. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İst Tıp Fak Derg*. 2005; 68(1): 29-32
45. Bırdor, K. , Tepec, M. Otel Genel Müdürlerinde Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişliğin Genel Müdürlerin İşlerini Değiştirme Eğilimlerine Etkileri. *Ankara Turizm Araştırmaları Dergisi*.2003;14(2): 93-106.
46. Stehman C, Testo Z, Gershaw R ve ark.Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *West J Emerg Med*. 2019;20(3):485-494.
47. Eser G, Demir H. Örgütsel adalet algısı ve tükenmişlik arasındaki ilişkide örgütsel sinizmin aracı rolü. *Finans Ekon Ve Sos Araştırmalar Derg*. 2019;4(2);159-176.
48. Albar Ö, Oflluğlu G. Çalışma hayatında mobbing ve tükenmişlik ilişkisi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*.2017; 6 (16) ; 538-550 .
49. Işıkhana, Vedat. (2016). Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu, Akciğer Kanseri Destek Tedavisi, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, (Editörler: Gülhan, M., ve Yılmaz, Ü.), 366-391.
50. Kutlu G.Türkiye’de sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin cinsiyet değişkeni açısından incelenmesi: meta analitik bir çalışma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*.2020;9.2;254-269.

51. Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2006; 7(2);100-108.
52. Masclah-goldberg, Glogow E. Burnout and Locus of Control. *Public Personnel Managemet*.1986; 79 – 83.
53. Celik FH, Hocaoglu C. Major depressive disorder definition, etiology and epidemiology; A Review. *J Contemp Med*.2016; 6(1); 51-66.
54. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış.2007; 3-10.
55. Yetkin, S. ve Özgen, F. (2007) Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*.2007; 3(47);1-5.
56. Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI ve ark. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(9):681-690.
57. Malhi GS, Bassett D, Boyce P ve ark. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(12);1087-1206.
58. Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F ve ark. Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):76-85.
59. Newbury-Birch D. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J*. 2001;77(904):109-111.
60. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 2002;167(11):1253.
61. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*.2008.11(3);3-18.
62. Bulduk B, Aktaş MC, Bulduk M. Mental disorders following acute myocardial infarction. *J Acad Res Nurs*. 2017.
63. Anglin RES, Samaan Z, Walter SD ve ark. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(2):100-107.
64. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*.2004; 4; 12-16.

65. Abdelaziz AMY, Alotaibi KT, Alhurayyis JH ve ark. The association between physical symptoms and depression among medical students in Bahrain. *Int J Med Educ*. 2017;8:423-427.
66. Öztekin Z, Burgut R, Gökçe G ve ark. Tıpta uzmanlık sınavına hazırlanan tıp öğrencileri ve doktorlarda depresyon ve ilaç kullanımı. *Maltepe Tıp Dergisi*. 2018;10(2); 54-57.
67. Thompson D, Takeshita J ve ark. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. *Acad Med*. 2009;84(2):236-241.
68. Sağır M. Öğretmenlerin örgütsel depresyon ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Education*. 2015. 4(3); 29-42.
69. Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(2):153-161.
70. Parikh SV, Wasylenki D, Goering P, Wong J. Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *J Affect Disord*. 1996;38(1):57-65.
71. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312.
72. Ronald RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *Cmaj*. 2002; 167(11): 1253-1260.
73. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M ve ark. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2006;69(9):1662-1668.
74. Snaith R, Taylor C. Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *Br J Clin Pharmacol*. 1985;19(S1):17S-20S.
75. Dikici D, Aşçıbaşı K, Aydemir Ö ve ark. Reliability and validity of Turkish Version of DSM-5 Depression Scale. *Anatol J Psychiatry*. 2017;18(2):51.
76. Aktürk Z, Dağdeviren N, Tuğlu C ve ark. Birinci basamak için beç depresyon tarama ölçeği'nin türkçe çeviriminin geçerlik ve güvenilirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005; 9(3).
77. Hisli N. Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1988; 7 (23;) 3-13.
78. Beck AT. An inventory for measuring depression. *arch gen psychiatry*. 1961;4(6):561.

79. Kiliç S. Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011;(1):39-47.
80. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G ve ark. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2018;391(10128):1357-1366.
81. Vasiliu O. Investigational drugs for the treatment of depression (part 1): monoaminergic, orexinergic, gaba-ergic, and anti-inflammatory agents. *Front Pharmacol*. 2022;13:884143.
82. Yrondi A, Sporer M, Périn P ve ark. Electroconvulsive therapy, depression, the immune system and inflammation: A systematic review. *Brain Stimulat*. 2018;11(1):29-51.
83. Bilir Y, Çiyiltepe F, ÇABAKLI GT, Saraçoğlu A ve ark. Burnout levels of the intensive care unit team during extended COVID-19 outbreak and affecting factors. *Kastamonu Medical Journal*. 2022; 2(4):108-112.
84. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res*. 2020;290:113130.
85. Işık M, Kırılı U, Özdemir PG. Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2021, 32.4.
86. Şahin MK, Aker S, Şahin G ve ark. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *J Community Health*. 2020;45(6):1168-1177.
87. Papazian L, Hraiech S, Loundou A ve ark. High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2023;49(4):387-400.
88. Pappa S, Ntella V, Giannakas T ve ark. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-907.
89. Azoulay E, Pochard F, Reignier J ve ark. Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave. *Chest*. 2021;160(3):944-955.

90. Şehitoğlu Alpağut G, Ayvat P, Parlak, İ. Acil Tıp Asistan Hekimleri ve Diğer Dahili Branş Asistan Hekimleri Arasında Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması. *Forbes Journal of Medicine*.2022; 3(3).

91. Acar N, Turunç Ö, Uçku R. Tıp fakültesi uzmanlık öğrencilerinde mobbingin depresyon belirti insidansına etkisi: Bir kohort çalışması. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2020;18(3):195-209.

92. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*. 2013;1:e98. doi:10.7717/peerj.98

93. Goodwin RD, Gotlib IH. Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Res*. 2004;126(2):135-142.

94. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I ve ark. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed*. 2021;14(2):106-112.

95. Lai J, Ma S, Wang Y ve ark. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.

96. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A ve ark. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2006; 20(3); 157-164.

97. Serap KATI, Durak VA, Aydın ŞA. Acil serviste çalışmakta olan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve depresyon olasılığının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.2020; 29(2), 131-136.

98. Gokcen C, Zengin S, Oktay M ve ark. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anatol J Psychiatry*. 2013;14(2):122.

99. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM ve ark. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. Fernández-Alcántara M, ed. 2021;16(3):e0247679.

100. LeClaire M, Poplau S, Linzer M ve ark. Compromised Integrity, Burnout, and Intent to Leave the Job in Critical Care Nurses and Physicians. *Crit Care Explor*. 2022;4(2):e0629.

101. Başpınar R, Cihan FG, Kutlu R. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 2016;7(25).
102. Taycan, O Kutlu L, Çimen S ve ark. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006;7(2): 100-108.
103. Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S ve ark. COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanları arasında anksiyete ve depresyon prevalansı: Meta-analizlerin genel bir incelemesi. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.2021; 107 , 110247.
104. Harmancı AKS, Çakıroğlu A, Kemaloğlu B. Yoğun Bakım Hekimlerinde Tükenme.2015; 57-62
105. Tarhan Ş, Şimşek GÖ, Tecirli ND ve ark. Pandemiyle yüzleşmek: Türkiye'de hekimlerde tükenmişlik. *Türk Toraks Dergisi*.2021; 22 (6), 439.
106. Giusti EM, Veronesi G, Callegari C, Castelnuovo G ve ark. The North Italian Longitudinal Study Assessing the Mental Health Effects of SARS-CoV-2 Pandemic Health Care Workers—Part II: Structural Validity of Scales Assessing Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9541.
107. Maunder RG, Heeney ND, Kiss A ve ark. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on hospital workers over time: Relationship to occupational role, living with children and elders, and modifiable factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;71:88-94.
108. Sagaltici E, Saydam RB, Cetinkaya M ve ark. Burnout and psychological symptoms in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Turkey. *Work*. 2022;72(3):1077-1085.
109. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca A ve ark. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013;13(1):38.
110. Turgut N, Karacalar S, Polat C ve ark. Burnout Syndrome During Residency. *Turk J Anesth Reanim*. 2016;44(5):258-264.

111. Beyhan S, Günes Y, Türktan M ve ark. Investigation of the burnout syndrome among the Eastern Mediterranean region anaesthesiologists. *Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation*.2013;41(1); 7-13.
112. Taşdemir Mecit BB, Opak SŞ, Yıldırım ÖD ve ark. COVID-19 Burnout Level of Health Staff Working and not Working in Intensive Care Units. *J Anesthesiol Reanim Spec Soc*. 2022;30(2):84-88.
113. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O ve ark. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. 2020;29(21-22):4321-4330.
114. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(2):151-158.
115. Hoşgör H, Yaman M. Tükenmişlik sendromu üzerinde COVID-19 korkusunun etkisi: hastane çalışanları örneği. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*,.2021;2(2); 400-417.
116. Tsan SEH, Kamalanathan A, Lee CK ve ark. A survey on burnout and depression risk among anaesthetists during COVID-19: the tip of an iceberg? *Anaesthesia*. 2021;76(Suppl 3):8-10.
117. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A ve ark. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. Junne FP, ed. 2018;13(11).
118. Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M ve ark. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Hekimlerin Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Osman Tıp Derg*. 2019;41(4):304-314.
119. Hu Z, Wang H, Xie J ve ark. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China—A national cross-sectional study. *J Crit Care*. 2021;62:265-270.
120. Kaya M, Üner S, Karanfil E ve ark. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*.2007; 6(5), 357-363.
121. Aslan H, Aslan RO,Kesepara C, Alparslan N ve ark. Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu. *Toplum ve Hekim*.1997;12(82);24-29.
122. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu psikiyatri dergisi*.2007; 8(4); 241-247.

123. Vogel L. Doctors dissatisfied with medical careers at high risk of burnout. *Can Med Assoc J*. 2019;191(47):E1318-E1318.
124. Sinsky CA, Brown RL, Stillman MJ, Linzer M. COVID-Related Stress and Work Intentions in a Sample of US Health Care Workers. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021;5(6):1165-1173.
125. Akalın B, Modanlıoğlu A. Covid-19 sürecinde yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin duygu-durum ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 12(2);346-352.
126. Güçlü YA, Doğan S, Can H, Erkalı MB. Cerrah ve cerrah dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *İzmir Tepecik Eğitim Hastan Derg*. 2010;20(1):33-40.
127. Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Derg*. 2010;10(1):58-66.
128. Babacan A, Akçali DT, Dayanır H ve ark. İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. *Ağrı*. 2010;22(2):79-85.
129. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S ve ark. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. 2021;11(1):e045127.
130. Önen Sertöz Ö, Kuman Tunçel Ö, Sertöz N ve ark. Burnout in Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic in a Tertiary Care University Hospital: Evaluation of the Need for Psychological Support. Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: Psikolojik Destek İhtiyacının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2021;32(2):75-86.