



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE
COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN, BAKIM VERMEYEN SAĞLIK
ÇALIŞANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Halis Tolga KARACA
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa ARI**

HATAY – 2021

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON,
TÜKENMİŞLİK VE COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN,
BAKIM VERMEYEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Halis Tolga KARACA
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARİANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa ARI**

TEZ ONAY SAYFASI
T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON,
TÜKENMİŞLİK VE COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN,
BAKIM VERMEYEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Halis Tolga KARACA

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Mustafa ARI
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Mustafa ARI
2. Prof. Dr. Lut TAMAM
- 3.Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇTA



III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	ix
VII. TEŞEKKÜR	x
VIII. ÖZET	xii
IX. ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Koronavirüsler	3
2.2 SARS-CoV-2 ve Covid-19.....	4
2.2.1. Kaynak ve Bulaş	5
2.2.2 Klinik Özellikler	6
2.2.3 Bulgular.....	8
2.2.4 Tanısı ve Tedavi.....	10
2.2.5 Prognoz	13
2.3 Covid-19 salgınına önleme	13
2.3.1 R sıfır(R=0) Sayısı	13
2.3.2 Tedbirler.....	14
2.4. Covid-19 Korkusu.....	15
2.5 Pandemi.....	16
2.5.1 Tanım	16
2.5.2 Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanları.....	17
2.5.3 Covid-19 Pandemisinin Ruhsal Boyutları.....	19
2.5.4 Covid-19 Pandemisi ve Tükenmişlik.....	21
2.6 Tükenmişlik Tanımı ve Tarihçesi	22
2.7 İş Hayatı ve Tükenmişlik	23
2.8 Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu İle İlgili Yapılan Çalışmalar	24
2.9 Tükenmişlik Modelleri.....	25
2.9.1 Maslach Tükenmişlik Modeli	25
2.9.2 Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	27
2.9.3 Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	28
2.9.4 Pines Tükenmişlik Modeli	29

2.9.5 Pearman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	30
2.10 Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	31
2.10.1 Bireysel Nedenler.....	31
2.10.2 Çevresel Nedenler.....	32
2.11 Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri.....	33
2.11.1 Bireysel Başa Çıkma Yöntemleri.....	34
2.11.2 Örgütsel Başa Çıkma Yöntemleri	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1 Etik Kurul ve İzinler	36
3.2 Evren ve Örneklem	36
3.3 Veri Toplama Araçları	37
3.4 Araştırmanın Uygulanması	40
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	41
3.6 Verilerin Analizi	41
3.7 Araştırmanın Bütçesi	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	84
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER.....	106
EK_A. Anket Formu.....	106
EK_B. Etik Kurul Onay Formu	112
EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı	113
9. ÖZGEÇMİŞ	114

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	44
Tablo 2. Covid-19 Biriminde Çalışanların Sosyodemografik Özellikleri.....	45
Tablo 3. Covid-19 Biriminde Çalışmayanların Sosyodemografik Özellikleri.....	46
Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Skorları.....	47
Tablo 5. Katılımcıların Maslach Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	47
Tablo 6. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği'nin Değerlendirmesi.....	48
Tablo 7. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi.....	48
Tablo 8. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları.....	49
Tablo 9. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personeli Ölçek Skorları.....	49
Tablo 10. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personeli Maslach Alt Ölçek Skorları.....	50
Tablo 11. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personelinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi.....	51
Tablo 12. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personelinin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları.....	52
Tablo 13. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personeli Ölçek Skorları.....	52
Tablo 14. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personeli Maslach Alt Ölçek Skorları.....	53
Tablo 15. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personelinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi.....	54
Tablo 16. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personelinin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları.....	54
Tablo 17. Ölçek puanlarının vaka-kontrol gruplarına göre karşılaştırılması.....	55

Tablo 18. Total Maslach puanının ve alt ölçeklerinin puanlarının vaka-kontrol gruplarına göre analizi.....	55
Tablo 19. Vaka ve kontrol gruplarının BAÖ puanlarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 20. Vaka ve kontrol gruplarının BDÖ puanlarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 21. Vaka ve kontrol gruplarının Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 22. Katılımcılara uygulanan bazı ölçek puanlarının cinsiyete göre analizi....	58
Tablo 23. Katılımcılara uygulanan bazı ölçek puanlarının medeni duruma göre analizi.....	58
Tablo 24. Katılımcılara uygulanan ölçek puanlarının çalışma saatine göre analizi.....	58
Tablo 25. BAÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi.....	59
Tablo 26. BDÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi.....	59
Tablo 27. KKÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi.....	60
Tablo 28. MTÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi.....	60
Tablo 29. Vaka grubunun BAÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi.....	61
Tablo 30. Vaka grubunun BDÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi.....	61
Tablo 31. Vaka grubunun KKÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi.....	61
Tablo 32. Vaka grubunun MTÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi.....	62
Tablo 33. Katılımcıların Yaşı ve Maaşları ile Ölçeklerin Korelasyonu.....	62
Tablo 34. Sosyodemografik özelliklere göre BAÖ puanları.....	64
Tablo 35. Sosyodemografik özelliklere göre BDÖ puanları.....	66
Tablo 36. Sosyodemografik özelliklere göre Duygusal Tükenme Alt ölçek puanları.....	69
Tablo 37. Sosyodemografik özelliklere göre Duyarsızlaşma Alt ölçek puanları.....	70
Tablo 38. Sosyodemografik özelliklere göre Kişisel Başarı Alt ölçek puanları.....	72

Tablo 39. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları.....	73
Tablo 40. Maslach Alt Ölçeklerinin korelasyonları.....	75



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Koronavirüs virion yapısı	3
Şekil 2. Covid-19 enfeksiyonu tanısı olan hastanın PAAG görüntüsü.....	9
Şekil 3. Covid- 19 tanısıyla takipli hastanın toraks BT görüntüsü.....	10
Şekil 4. Katılımcıların gruplara göre dağılımı.....	43
Şekil 5. Vaka ve kontrol grubunun ölçek puanlarının kıyaslanması.....	53
Şekil 6. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği total puanı korelasyon grafiği.....	73
Şekil 7. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Beck Depresyon Ölçeği total puanı korelasyon grafiği.....	74
Şekil 8. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği total puanı korelasyon grafiği	74

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
CDC	:Kontrol ve Önleme Merkezi
CoV	:Corona Virüsler
CRP	:C Reaktif Protein
ELİSA	:Enzyme-Linked İmmunoSorbent Assay
GİS	:Gastrointestinal Sistem
HMKÜ	:Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
IL-1ra	:İnterlökin-1ra
IP-10	:İnterferon-gama İndükleyici Protein 10
KKÖ	:Koronavirüs Korkusu Ölçeği
MCP-3	:Monosit Kemotaktik Protein-3
MERS-CoV	:Ortadoğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
MTÖ	:Maslach Tükenmişlik Ölçeği
R0	:R Sıfır
RdRp	:RNA Bağımlı RNA Polimeraz
RT-PCR	:Reverstranskriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARI	:Ağır Akut Solunum Yolu enfeksiyonları
SARS-CoV	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TSSB	:Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hayata bakış açısı ve yorumlarıyla kendilerinden çok şey öğrendiğim, bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, mesleğimin mimarları, değerli hocalarım Profesör Dr. Mustafa ARI ve Doçent Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA ile

Gerek uzmanlık tezimin oluşması, gerek asistanlık süresi boyunca, ayrıca sosyal hayatta dara düştüğüm zamanlarda desteğini ve tecrübesini esirgemeyen, her zaman bir abi edasıyla yaklaşan, dinlemekten keyif aldığım, rahatlatıcı tavırlarıyla motive eden değerli hocam, tez danışmanım Profesör Dr. Mustafa ARI'ya ve

Yapmış olduğum rotasyonlarda öğrenimime katkısı olan tüm saygıdeğer hocalarıma şükranlarımı sunarım...

Sevgili eş kıdemim Dr. Gözde başta olmak üzere artık uzman olan Dr. Ahmet, Dr. Selin, Dr. Süleyman, Dr. Canan ile asistanlık eğitimine devam eden arkadaşlarım Dr. Gülden, Dr. Ahmethan, Dr. Gözde, Dr. Alper, Dr. Hülya ve Dr. Sena ile rotasyonlarımda birlikte vakit geçirdiğim ve öğrenimime katkısı olan tüm asistan arkadaşlarıma sevgi ve şükranlarımı sunarım...

Asistanlık sürem boyunca birlikte vakit geçirdiğim kliniğimizin değerli hemşireleri, sekreterleri ve personellerine teşekkür ederim...

Beni bu günlere getiren, koşulsuz şartsız desteklerini esirgemeyen, tüm hayatım ve öğrenimim boyunca sevgi ve fedakârlıkta cömert davranan, oğulları olmaktan gurur duyduğum, haklarını asla ödeyemeyeceğim annem ve babama,

Hayatımda ve kardeşim olduğu için şükrettiğim, gurur duyduğum kardeşim ve hayatıma girdiği günden beri abim olarak gördüğüm değerli eşine,

Elimi tuttuğu günden beri en büyük destekçim olan, değerini tanımlayacak kelime bulamadığım, anlayışına hayran olduğum, üzerimden ellerini hiç eksik etmeyen, ömür yoldaşım, değerli eşime,

Babalık duygusunu bana tattıran, doğduğu günden beri yaşam enerjim olan, hayattaki en büyük şansım, en karamsarlığa kapıldığım günlerde bile bir gülüşü ile

tüm motivasyonumu bana geri kazandıran, hayat ışığım değerli oğlum Yağız'a teşekkür ederim.

Ve

Tezime konu olan, pandemi dönemi boyunca fedakârca çalışan tüm sağlık personeline teşekkürü borç bilirim...

Dr. Halis Tolga KARACA

HATAY, Ekim 2021



VIII.ÖZET

COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN, BAKIM VERMEYEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Covid-19 pandemisi sonrası artan iş yükü ve ağır çalışma şartları sağlık çalışanlarında çeşitli ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Çalışmamızda Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin yaşadığı ruhsal sorunların bakım vermeyen sağlık personeli ile karşılaştırması ve farkların ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Vaka kontrol tipindeki bu araştırmaya vaka grubu olarak Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi'nde koronavirüs poliklinik, servis, acil ve yoğun bakımlarında hizmet veren 80 sağlık personeli ve kontrol grubu olarak yine Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi'nde koronavirüse ait herhangi bir birimde çalışmamış 80 sağlık personeli dâhil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Koronavirüs Korkusu Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanarak kişilerin depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, koronavirüs korku düzeyi ve tükenmişlik düzeyi değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanların ortancası $10,00 \pm 11,00$, Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların ortancası $10,00 \pm 11,23$, Koronavirüs Korkusu ölçeğinden aldıkları puanların ortancası $14,0 \pm 6,66$ ve Maslach Tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $36,88 \pm 12,81$ olarak bulundu. Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeline Beck Anksiyete Ölçeği ($p=0,017$), Beck Depresyon Ölçeği ($p<0,001$) ve Maslach Tükenmişlik ölçeği ($p<0,001$) puan ortalamaları bakım vermeyen sağlık personeline göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Doktorların Beck Depresyon Ölçeğinde aldıkları puan ortalamaları diğer sağlık çalışanlarından anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,022$). Haftalık 40 saatten fazla çalışan sağlık çalışanlarında daha sık depresyon görüldü ($p=0,0047$). Kadınlar ve erkekler arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunamadı.

Sonuç: Pandemi döneminde artan iş yükü ve çalışma şartları sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi sonuçlara yol açmaktadır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, Sağlık Çalışanları, Anksiyete, Depresyon, Koronavirüs Korkusu, Tükenmişlik

IX. ABSTRACT

COMPARISON OF THE LEVELS OF ANXIETY, DEPRESSION, BURNOUT, AND COVID-19 FEARS IN HEALTHCARE WORKERS WHO CARE FOR COVID-19 PATIENTS COMPARED TO HEALTHCARE PERSONNEL WHO DO NOT PROVIDE CARE

Aim: The increased workload and heavy working conditions after the Covid-19 pandemic cause various mental problems in healthcare workers. In this study, it is aimed to compare the mental problems experienced by the health personnel who care for Covid-19 patients in Hatay Mustafa Kemal University Medical Faculty Hospital with those who do not care, and to reveal the differences.

Methods: In this case-control type study, 80 health personnel serving in the coronavirus polyclinic, service, emergency and intensive care units at Hatay Mustafa Kemal University were included as the case group, and 80 healthcare personnel who did not work in any unit related to coronavirus in Hatay Mustafa Kemal University as the control group. Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Fear of Coronavirus Scale and Maslach Burnout Scale were applied to the participants.

Results: The median of the scores of the participants from the Beck Anxiety Scale was 10.00 ± 11.006 , the median of the scores the Beck Depression Scale was 10.00 ± 11.235 , the median of the scores the Fear of Coronavirus scale was 14.0 ± 6.665 , and the mean of the scores from the Maslach Burnout scale was found as 36.88 ± 12.81 . The mean scores of Beck Anxiety Scale ($p=0,017$), Beck Depression Scale ($p<0,001$) and Maslach Burnout Scale ($p<0,001$) were found to be significantly higher in healthcare personnel who care for Covid-19 patients compared to healthcare personnel who do not provide care. Physicians' mean scores on the Beck Depression Scale were found to be significantly lower than those of other healthcare workers ($p=0,022$). Depression was more common in healthcare workers who worked more than 40 hours a week ($p=0,0047$). No significant difference was found between men and women in terms of scale scores.

Conclusion: Increasing workload and working conditions during the pandemic period lead to consequences such as anxiety, depression and burnout in healthcare workers.

Key words: Covid-19, Healthcare Workers, Anxiety, Depression, Fear of Coronavirus, Burnout

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarih boyunca insanoğlu birçok kez salgın hastalıklarla yüzleşmek zorunda kalmıştır (1). Bu salgınların sonuncusu ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından pandemi ilan edilen SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 olarak isimlendirilen yeni koronavirüs hastalığıdır (2, 3). Dünya çapında hızla yayılan bu enfeksiyona ait Türkiye'deki ilk vaka, 11 Mart 2020 tarihinde açıklanmıştır (4).

COVID-19 asemptomatik seyirden çoklu organ yetmezliğine kadar ilerleyebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Temas ve damlacık yolu ile bulaşmaktadır. Buna bağlı olarak enfeksiyonun bu hastalarla yoğun temas eden sağlık personeline bulaşma olasılığı yüksektir (5).

Bu tür pandemilerde tahmin edileceği gibi riske en açık grup, pandemiyle mücadelede en ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarıdır. 2004 yılında ortaya çıkan SARS salgını bir pandemi olarak nitelendirilmese de sağlık çalışanlarına benzer deneyimler yaşatmış ve o dönemde yapılan çalışmalarda, salgının başlangıç dönemlerinde anksiyetenin, salgının kontrol altına alınmaya başladığı dönemlerde ise travma ilişkili kaçınma ve depresyonun sık görüldüğü bildirilmiştir (6).

COVID-19 pandemisinde bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastalığa yakalanan ve yaşamını yitiren sağlık çalışanları bildirilmektedir (7, 8). Bu zorlu süreçte COVID-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanları hastalığa yakalanma riski ile karşı karşıya oldukları gibi, travma ve stres ile ilişkili ruhsal bozuklukların ortaya çıkması açısından da risk altındadırlar (9). Bu sebeple pandemi döneminde sağlık çalışanlarında çalışma şartlarının tükenmeyi azaltacak ve mesleki doyumu arttıracak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca yüksek riskli birimde çalışan sağlık personeline psikolojik destek sağlanması ve personelin yakından izlenmesi çok önemlidir (10). Çünkü ruhsal problem yaşayan sağlık çalışanları durumun farkına varamayabilir. Farkına varsalar bile bazende çalışma ortamında

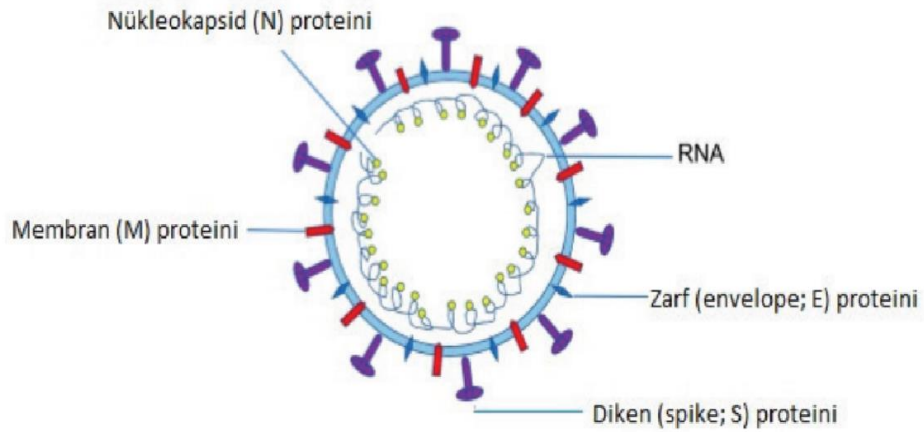
damgalanmaktan korktukları ya da uzun dönemde kariyerlerine kötü etkilerinin olabileceğini düşündükleri için ruhsal destek almaktan çekinebilirler (11). Bu nedenle pandemi gibi sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklar yönünden riskinin arttığı dönemlerde taramaların yapılması, ruhsal hastalıkların erken tanı şansını doğurarak, bu hastalıkların getirdiği morbiditeyi azaltacaktır.

Literatüre bakıldığında ülkemizde Covid-19 ile ilgili yapılan çoğu çalışmanın kesitsel çalışma niteliğinde olduğu görülmüş olup konuyla alakalı yapılmış vaka-kontrol çalışması oldukça azdır. Ayrıca yapılan çalışmaların çoğu Covid-19 hastalığı geçirenlere yönelik olup, onların anksiyete, stres, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşadığını göstermişlerdir. Ancak salgının, pandemiyle birebir mücadele eden sağlık personeli üzerindeki etkilerine yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır (12, 13). Bu nedenle çalışmamızda Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (HMKÜ) araştırma ve uygulama hastanesinde Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin yaşadığı ruhsal sorunların bakım vermeyen sağlık personeli ile karşılaştırması ve farkların belirlenmesi, Covid-19 hastalığı korkusunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu sayede sağlık çalışanlarının ruh sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınması, gerekli tarama ve tedavi edici stratejilerin belirlenmesine ışık tutulması, gelecekteki olası pandemi durumları için yol gösterici olması, ayrıca sürece akademik anlamda katkı sağlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koronavirüsler

Pozitif polariteli, tek zincirli, 120 nm çapında, sferik yapıda, zoonotik ve zarflı nonsegmenter RNA virüsleri olan koronavirüslere elektron mikroskobu altında taca benzeyen glikoproteinlerden oluşan çubuksu yapılar oluşturduğu için Latince’de taç manasına gelen “Corona” adı verilmiştir (14,15). Koronavirüsün virion yapısı Şekil 1’de gösterilmiştir (14). Koronavirüsler (CoV), Nidovirales takımından Coronaviridae ailesinin alt grubundan biri olan Orthocoronavirinae alt ailesi içinde yer alır. Bu aile Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus ve Deltacoronavirus cinslerini içerir (16). Koronavirüsler insanlarla birlikte yaras, kuş türleri, fare, domuz, inek gibi çeşitli hayvan türlerinde de solunum yolu enfeksiyonu yapabilen bir virüs çeşididir.



Şekil 1. Koronavirüs virion yapısı

Beaudette ve Hudson 1937 yılında yaptıkları bir araştırma ile bu virüsün tavuklar üzerindeki bulgularını kanıtlamışlardır. Tyrrell ve Bynoe ise 1965 yılında yaptıkları araştırma ile koronavirüslerin insanlarda hastalık yaptığını rapor etmiştir (17).

Koronavirüslerin insanlarda bulunabilen ve insandan insana yayılım gösterebilen alt türleri vardır. Bunun dışında hayvanlardan hayvanlara bulaşabilen birçok alt türde vardır. Ancak bir kısımda hayvanlardan insanlara bulaşarak hastalık tablosu oluşturabilmektedir (18). Covid-19 öncesine kadar insanları enfekte eden 6 koronavirüs tipi tanımlanmıştır (6). Bunlar HCoV-229E (Alfacoronavirus), HCoV-OC43 (Betacoronavirus), HCoV-NL63 (Alfacoronavirus), HKU1-CoV (Betacoronavirus), SARS-CoV (Betacoronavirus), MERS-CoV (Betacoronavirus) şeklindedir. HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV soğuk algınlığı benzeri tablo yapan, toplumda sık görülen, genellikle alt solunum yollarını pek tutmayan alt türlerdir (19). Ancak bunların dışında 2003 yılında Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü (SARS-CoV) ve 2012 yılında ise Ortadoğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS-CoV) keşfedilmiş ve epidemi yapmışlardır (20). Bu iki alt tipin diğer tiplere göre daha şiddetli solunum yolu hastalıkları ile seyredebildiği ve ölümlere sebep olabildiği görülmüştür. Sağlıklı popülasyonun %2'sinin koronavirüs taşıyıcısı olduğu ve koronavirüslerin solunum yolu enfeksiyonlarının ortalama % 5-10' undan sorumlu olduğu düşünülmektedir (21).

2.2 SARS-CoV-2 ve Covid-19

26 Aralık 2019 tarihinde 41 yaşında bir erkek, semptomlarının başlamasından yaklaşık 6 gün sonra Wuhan Merkez Hastanesine kaldırılmıştır. Hastanın bir haftadır göğüs sıkışması, ateş, sekretuar olmayan öksürük, ağrı ve nefes darlığı şikayetleri vardır. Hastadan alınan anamnezde deniz ürünleri pazarında çalıştığı öğrenilmiştir (22). 31 Aralık 2019'da Çin DSÖ'ye Wuhan'da ortaya çıkan etiyolojisi belli olmayan pnömoni vakalarını bildirmiştir (23). 7 Ocak 2020 tarihinde ise Çin'de daha önce tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs tipi izole etmiş ve 12 Ocak 2020 tarihinde Çin yeni tip virüsün genetik sekansını paylaşmıştır (24). SARS-CoV ile benzerliği bulunan yeni tip koronavirüse Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü-2 (SARS-CoV-2) adı verilmiştir (25).

Çin'den sonra ilk vaka görülen ülke Tayland olmuştur. 13 Ocak 2020 tarihinde yine Wuhan bölgesinden gelen bir kişide rapor edilmiştir (26). Çin dışında ilk ölümle sonuçlanan vaka ise 1 Şubat 2020'de Filipinler'de görülmüştür.

30 Ocak 2020 tarihinde DSÖ SARS CoV-2 salgınına ilan etmiştir ve 11 Şubat 2020 tarihinde SARS CoV-2 virüs enfeksiyonunu Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) olarak adlandırmıştır (27). Türkiye'de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiş ve yine aynı gün DSÖ Covid-19 salgınına pandemi ilan etmiştir (14).

2.2.1. Kaynak ve Bulaş

Virüs tespit edildikten sonra yapılan çalışmalarda SARS-CoV-2 genetik yapısının yarasalarda bulunan koronavirüslerle çok benzer olduğu tespit edilmiş ve bu durum yarasaların ilk konak olduğunu düşündürmüştür (24,18). Ancak yapılan bazı çalışmalarda da pangolinlerde bulunan koronavirüslerin SARS-CoV-2 ile benzerliklerinin olduğu tespit edilmiştir (28,29). Sonuç olarak her ne kadar ilk bulaşın hangi hayvandan olduğu ya da bir hayvandan olup olmadığı kesinlik kazanmasa da ara konağın virüsün ilk tespit edildiği Wuhan'da deniz ürünleri pazarındaki vahşi hayvanlar olduğu düşünülmektedir (24).

İlk vakalarda virüsün hayvanlardan insanlara bulaştığı varsayılsada sonraki vakalarda bu varsayımın mekanizması tam açıklanamamakla beraber insandan insana yayılım tespit edilmiştir. İlerleyen süreçte virüsün ana yayılma yolunun insandan insana olduğu bulunmuştur (30).

Covid-19 virüsünün esas yayılma biçiminin damlacık yoluyla olduğu bilinmektedir. Ayrıca Covid-19 virüsü taşıyan kişinin solunum sisteminden kaynaklı sekresyonların diğer kişilerin burun, göz veya ağız mukozasına temas etmesi sonucu bulaş olabileceği kanıtlanmıştır (14). Çin'de Covid-19'un yayılmasıyla ilgili yapılan incelemelerde hasta ile 1,8 metreden yakın temasta bulunan kişilerin, özellikle de hastaya bakım veren sağlık çalışanları ve aile bireylerinin bulaş açısından yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (30). Covid-19 için riskli alan 2 metrelik mesafe olarak kabul edilsede partiküllerin hareketlerini inceleyen çalışmalarda ağızdan çıkan damlacıkların çok daha uzak mesafelere gidebildiği gösterilmiştir (31). Aerosoller havada saatlerce asılı kalabilecek kadar hafif ve küçük damlacık çekirdekleri bırakan

5 µm veya daha küçük parçacıklarken, damlacıklar ise 5 µm'den büyük olup yerçekimi etkisiyle hızla yere düşen parçacıklardır (32).

Virüs bulaşı sadece Covid-19 semptomları taşıyan kişilerden olmamaktadır. Yapılan çalışmalarda hiçbir hastalık semptomu göstermeyen kişilerde de bulaştırıcılık olabileceği görülmüştür (33,34). Semptomları olan hastalardan alınan örneklerle asemptomatik hastalardan alınan örnekler karşılaştırıldığında benzer viral yüke sahip oldukları izlenmiştir. Bu durum asemptomatik vakaların semptomatik olanlara benzer bulaştırıcılık oranlarına sahip olduğunu göstermektedir (35). Bu durumun asemptomatik vakaların toplum içinde Covid-19 enfeksiyonunu hızlı bir şekilde yaymasına ve virüsün kısa sürede dünya geneline yayılmasına neden olduğu düşünülmektedir (36).

Yapılan çalışmalarda Covid-19 hastalarının solunum yolu örnekleri dışında kan, idrar, gaita, semen ve gözyaşında da Covid-19 virüsü izole edilsede bu yollarla bulaş halen tartışma konusu olup konuyla alakalı kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır (37,38,39). Her ne kadar birçok doku ve vücut sıvısından izole edilebilse de en yüksek bulunma oranının olduğu yer alt solunum yollarıdır (37,38). Covid-19 enfeksiyonu geçiren bir bireyde aynı anda virüs tüm vücut sekresyonlarında tespit edilemeyeceği gibi virüsün tespit edildiği yerle hastalık belirtileri arasında ilişki olmayabilir. Örneğin solunum yolundan alınan örnekte virüs negatifleşse bile gaitada tespit edilebileceği ya da hiçbir gastrointestinal yakınması olmayan bir hastanın dışkıında virüsün izole edilebileceği gösterilmiştir (37,39). Ayrıca virüs bazen tamamen iyileşen ya da asemptomatik seyreden hastalardan izole edilebilirken bazen de enfeksiyonu ağır geçiren hastalardan izole edilemeyebilir.

2.2.2 Klinik Özellikler

Covid-19 enfeksiyonunda asemptomatik tablodan, pnömoni, şiddetli solunum yetmezliği ve çoklu organ yetmezliğine kadar uzanan geniş bir klinik spektrum izlenmektedir (40). Bu geniş spektrumdaki semptomatolojiyi kronik hastalık varlığı, yaş ve cinsiyet gibi faktörlerin etkilediği bilinmektedir (41).

Asemptomatik ve presemptomatik vaka, Covid-19 enfeksiyonuna dair klinik belirti olmadan Covid-19 testi pozitifliği anlamına gelmektedir. Ancak bu kişilerde semptom olmasa bile bulaştırıcılığın olabileceği görülmüştür (33,34). Ayrıca

enfeksiyonun seyri boyunca asemptomatik kalmayabilirler. Yine Covid-19 semptomlarını göstermeyen ancak testi pozitif olan bireylere uygulanan görüntüleme yöntemlerinde radyolojik bulgular saptanabilmektedir (42).

Bazı hastalarda öksürük, halsizlik, ateş, miyalji, boğaz ağrısı, baş ağrısı, bulantı, ishal, tat ve koku kaybı gibi çeşitli semptomlar görülse bile nefes darlığı yaşanmaz. Bu hastalar hafif hastalık kategorisine koyulabilir. Hafif hastalık bulguları tespit edilen kişilerin çoğu ayaktan tedavi edilebilmekle beraber özellikle yaşlı ve ek hastalığını bulunan kişilerin tam iyileşme sağlanana kadar daha yakından takip edilmesi önemlidir.

Akciğer görüntüleme yöntemlerinde akciğer tutulumuna dair bulgular tespit edilen hastaların oksijen satürasyonları %94'ün üzerinde olanlar orta derecede hastalık kategorisine alınabilir. Ancak bu grupta her ne kadar satürasyonlar yüksek seyretilse Covid-19'un akciğer tutulumu hızla yaygınlaşabileceği için yakından takip edilmesi gerekmektedir.

Oksijen saturasyonları %94'ün altında olanlar, akciğer tutulumu %50'den fazla olanlar ve solunum sayısı dakikada 30'un altında olanlar ciddi hastalık grubunda değerlendirilip bu hastalarda klinik seyrin aniden kötüleşebileceği unutulmamalıdır.

Ayrıca akciğer tutulumunun dışında diğer sistem tutulumu olan hastalar kritik hasta grubunda değerlendirilir. Bu hastalarda septik şok, akut solunum yetmezliği sendromu ve çoklu organ yetmezliği gibi ağır ve hayatı ciddi şekilde tehdit eden tablolar gelişebilir (43).

ABD'de yaklaşık 370 bin hastanın ele alındığı bir kohort çalışmasında hastalarda en sık görülen semptomların azalan sıklıkla öksürük, ateş, miyalji, baş ağrısı, dispne, boğaz kuruluğu, diyare, bulantı-kusma, koku kaybı, tat kaybı olduğu tespit edilmiştir (44). Ayrıca Wu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşla beraber klinik tablonun daha da ağırlaştığı hatta 80 yaş üstü bireylerde mortalitenin genç bireylere göre üç kat fazla olduğunu tespit etmişlerdir (45).

Yapılan bir çalışmada gastrointestinal sistem (GİS) yakınmaları olan hastaların hastalık tablosunun daha ağır olduğu görülmekle birlikte en sık GİS yakınmasının iştahsızlık olduğu, ayrıca bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal gibi semptomlarında görülebileceği tespit edilmiştir (39). Bu nedenle özellikle GİS

yakınmaları olan hastaların durumlarının ağırlaşma ihtimalinden dolayı daha yakında izlenmesi önerilmektedir (39).

2.2.3 Bulgular

2.2.3.1 Laboratuvar Bulguları

Covid-19 enfeksiyonu geçiren hastalarda çeşitli laboratuvar parametrelerinin ölüm oranları ve prognoz üzerine etkili olduğu bilinmektedir.

Lenfopeninin şiddetli Covid-19 enfeksiyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (46). Ayrıca nötrofil lenfosit oran yüksekliğinin tanı gücünün toplum kökenli pnömonide C-reaktif protein (CRP) ve beyaz küre gibi geleneksel belirteçlerden daha yüksek olmasıyla beraber artmış nötrofil lenfosit oranı Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerde kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (47,48).

Yapılan bir çalışmada trombositopenisi olan Covid-19 hastalarının mortalitesinin trombositopenisi olmayan hastalara göre 3 kat daha fazla olduğu bulunmuş olup bu sonuçlar yaklaşık 1800 hasta ile yapılan bir metaanaliz çalışması ile örtüşmektedir (49,50). Yine derleme niteliğinde olan bir makalede Covid-19 enfeksiyonu sonucunda ortaya çıkan trombositopeninin olası nedenleri olarak immün sistem tarafından trombosit yıkımının artması, Covid-19'un kemik iliğini enfekte etmesi sonucu üretimin bozulması ve enfeksiyon esnasında artmış trombosit fonksiyonları ve mikrotübülüs oluşumu sırasında trombosit kullanımının artması olabileceği düşünülmüştür (51).

D-dimer fibrinin hidrolizi sonucu ortaya çıkan bir yapıdır. Covid-19 hastalarında mikrotübülüs oluşumu ve pıhtılaşma bozuklukları sonucu artma eğiliminde olup yükselmiş d-dimer kötü prognostik bir faktördür (52,53).

Akut faz reaktanı olan ferritin ve prokalsitoninde mortalite ile ilişkili faktörler olup artmış prokalsitonin süperenfeksiyon düşünülmmesine ve tedaviye antibiyotik ekleme kararına yardımcı bir parametredir (53,54). Ayrıca ferritin yüksekliğinin makrofajları aktive ettiği, bu durumun sonucunda proinflamatuvar sitokinlerin salınımının arttığı ve sürecin organ hasarına sebep olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak artmış ferritin düzeylerinin organ hasarına işaret edebileceği düşünülmektedir (55).

Covid-19 hastalarında sitokin salınmasında disregülasyon ortaya çıkabilmektedir (56). Hastalığın şiddetiyle sitokinlerin arasındaki ilişkiyi araştıran 53 vakanın alındığı bir çalışmada alınan örneklerde 48 sitokin incelenmiştir. Sonuç olarak bunlardan 14 sitokinin önemli düzeyde yükseldiği bildirilmiş ve interferon-gama indükleyici protein 10 (IP-10), monosit kemotaktik protein-3 (MCP3) ve interlökin-1ra (IL-1ra)'nın enfeksiyon ilerleyişinin bağımsız öngörücüleri olduğu bulunmuştur (57).

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında IL-6 konsantrasyonunun Covid-19 enfeksiyonu geçiren komplike vakalarda komplike olmayan vakalara göre yaklaşık 2.9 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (58).

2.2.3.2 Radyolojik Bulgular

Covid-19 enfeksiyonunun tanı sürecinde ve takibinde radyolojik görüntülemenin rolü büyüktür.

Akciğer grafileri enfeksiyonun erken evrelerinde duyarlılığı düşük bir yöntem olsada hastalığın ilerleyen evrelerinde çeşitli akciğer tutulumu bulguları tespit edilebilir. Bunlar plevral efüzyon ve bilateral multifokal alveolar opasitelerdir (28).



Şekil 2. Covid-19 enfeksiyonu tanısı olan hastanın PAAG görüntüsü

Covid-19 öncesinde de pnömoni teşhisi için rutin olarak kullanılan bir tanı aracı olan bilgisayarlı tomografi (BT), hızlı sonuç vermesi ve kolay ulaşılabilir olmasında dolayı Covid-19 enfeksiyonunun teşhis ve takibinde de büyük öneme sahiptir. Erken evrelerde bile duyarlılığı yüksek olan BT pandeminin başından beri en çok tercih edilen görüntüleme yöntemi olarak göze çarpmaktadır. Çin'de yapılan

bir araştırmada BT'nin Covid-19 tanısında %97 gibi yüksek bir duyarlılığa sahip olduğu gösterilmiş olup bu oranın revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) yöntemine göre oldukça yüksek bir oran olduğu gösterilmiştir (59).

COVID-19 enfeksiyonunun BT bulgularını çeşitli değişkenler etkilemektedir. Bunlar; yaş, bağışıklık durumu, komorbid hastalıklar, hastanın ilaç müdahalesi alıp almadığı ve BT çekildiği sıradaki hastalık aşamasıdır (60, 61, 62).

Hastalığın evresine göre değişebilmekle beraber Covid-19 enfeksiyonu BT'de alveoler septal kapillerlerin genişlemesi, interlobüler septumda interstisyel ödem, retiküler kalınlaşma, interstisyel vasküler genişleme, buzlu cam opasiteleri ve yamalı konsolidasyon bulgularını oluşturabilir (62).

Ultrasonografinin Covid-19 enfeksiyonunda yaygın kullanımı olmamakla beraber plevral kalınlaşma ya da plevral-perikardiyal efüzyonu olan hastalarda kullanılabilir (30).



Şekil 3. Covid- 19 tanısıyla takipli hastanın toraks BT görüntüsü

2.2.4 Tanısı ve Tedavi

T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 rehberi olası vaka tanımını şu şekilde yapmaktadır;

- Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri ve
- Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması ve

- Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakın temasının hastalık açısından yüksek riskli bölgede bulunma öyküsü

Veya

- Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri ve
- Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış COVID-19 vakası ile yakın temas eden

Veya

- Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı) ve
- Hastanede yatış gerekliliği varlığı (SARI)* ve
- Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması

*SARI (Severe Acute Respiratory Infections-Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği

Veya

- Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az ikisinin bir arada olması ve bu durumun başka bir neden/hastalık ile açıklanamamasıdır (14).

Covid-19 açısından olası vaka tanımına uyan kişilerin numuneleri yetkilendirilmiş laboratuvarlarda değerlendirilmektedir. Kesin vaka olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgulardır (14).

Covid-19 enfeksiyonunun tanısında klinik semptomlar, temas öyküsü, laboratuvar ve radyolojik bulgular önemli yere sahiptir. Ancak Covid-19 hastalığının

tanısında en önemli yere sahip yöntem alınan nazofarengeal, orofarengeal ya da kombine sürüntü örneklerinde Covid-19 virüsüne ait RNA'nın RT-PCR ile gösterilmesidir (63).

Her ne kadar RT-PCR en önemli yere sahip tanılama yöntemi olsa da bu yöntem ile viral RNA'nın gösterilememesi kişide Covid-19 enfeksiyonu olmadığı anlamına gelmez. Yapılan bir çalışmada BT'nin duyarlılığı %97 bulunurken, RT-PCR yöntemi ile viral RNA gösterilemeyen 413 hastanın içinden 308 hastada tipik Covid-19 BT bulguları izlenmiştir. Ayrıca bu hastaların 15 tanesinde tekrarlayan RT-PCR testlerinde viral RNA tespit edilmiştir (59).

Covid-19 virüsünün bir başka tanılama yöntemide virüse karşı oluşmuş antikor düzeyini tespit eden “enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)” testidir (64). Ancak antikorların ne kadar süre vücutta pozitif kaldığına dair veriler tartışmalı olduğu için aktif kullanılan bir yöntem değildir.

Covid-19'un halen standart tedavi şekli olmamakla beraber enfeksiyonun kontrolü, önlenmesi ve oluşan semptomların tedavisi önceliklidir. Ancak bazı ajanların Covid-19 tedavisi üzerine etkiliği araştırılmaktadır (65,66).

Klorokin ve hidroksiklorokin uzun süredir malarya, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematozus gibi hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçların in vitro olarak Covid-19'a karşı etkinliği gösterilse de yapılan çalışmalarda mortaliteyi, viral yükü ya da hastanede kalış süresini azalttığına dair bulgular elde edilememiştir (67).

Ancak viral RNA bağımlı RNA polimerazı (RdRp) hedefleyen remdesivir ve favipravir gibi ilaçların viral yükü ve mortaliteyi azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (68,69).

Bu ilaçlara ek olarak hastalığın klinik bulgularına göre antikoagülanlar, kortikosteroidler, interleukin inhibitörleri, vitaminler, immün plazma gibi birçok seçenek tedaviye eklenebilmektedir (70,71).

2.2.5 Prognoz

Covid-19 enfeksiyonu sırasında kardiyak şoktan septik şoka, aritmilerden akut solunum sıkıntısı sendromuna, sekonder bakteriyel enfeksiyonlara kadar çok çeşitli yelpazede komplikasyonlar görülebilmektedir (72,73).

Ayrıca enfekte kişiler altta yatan tromboembolinin ortaya çıkma ihtimali arttıracak hiçbir faktöre sahip olmasalar bile tromboza yatkın hale gelmekte, hatta özellikle yoğun bakımda takip edilen hastalarda sıklıkla tromboembolik olay meydana gelmektedir (74).

Gebelerde meydana gelen birçok fizyolojik değişikliklerle beraber fetüse adaptasyon için immünolojik değişikliklerde meydana gelmektedir. Dolayısı ile bu immünolojik ve fizyolojik değişiklikler Covid-19 enfeksiyonlarından kaynaklanan komplikasyonların meydana çıkma ihtimali arttırabilir. Bu artmış risk ise fetal ve maternal yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir (75).

Yapılan çalışmalarda özellikle Covid-19'u ağır atlatan kişilerde uzun süreli hastanede yatış, solunum cihazına bağlı kalma, hastanın hareketlerinin kısıtlanması, uygulanan tedaviler, uyku düzeninin bozulması, sosyal çevresinden izole olma ve yaşadıkları korkular gibi hastalık seyrince yaşadıkları durumların çeşitli psikiyatrik hastalıklara yol açabileceğine dair bulgular elde edilmiştir. Bu kişilerde süreç boyunca veya sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlar, halsizlik, kronik ağrı, efor intoleransı ve güçsüzlük gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (76-77).

2.3 Covid-19 salgını önleme

2.3.1 R sıfır ($R=0$) Sayısı

R0 sayısı salgın hastalık varlığında, enfeksiyon epidemiyolojisinde kullanılan, hastalık ile enfekte bireyin hastalığı tahminen kaç kişiye bulaştırabileceğini gösteren sayıdır (78).

R0 oranı 1'den büyük bir enfeksiyon, her enfekte olan birey birden fazla insana bulaş sağlayacağı için yayılma eğilimde olurken, R0 değeri birden az olan enfeksiyon kendini sınırlama eğilimindedir (79). Bu sebeple bir enfeksiyonun R0 değeri ne kadar büyükse o kadar yayılma potansiyeli olduğu anlamına gelmektedir (78).

Bu sebeple pandemi ile mücadelede alınacak önlemler bu değeri 1'in altına indirmeyi hedeflemelidir (30).

2.3.2 Tedbirler

Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için DSÖ, hastalığın Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve ülkelerin bakanlıkları gibi birçok kurum birbirine benzer önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler genel olarak şu şekildedir;

- Eller mutlaka dışarı ile temas sonrası yıkanmalıdır.
- Kalabalık ortamlardan mümkün olduğunca kaçınılmalı, kaçınılamadığı durumlarda sosyal mesafe kurallarına uyulmalıdır.
- Kontamine ellerle burun, göz ve ağız bölgesine temas etmekten kaçınılmalıdır.
- Kalabalık ortamlarda maske kullanılmalıdır.
- Damlacık yayılımını arttıran hapşırma gibi durumlarda ağız ve burun kapatılmalıdır.
- Sık temas edilen yüzeylerin kontaminasyon riski attığı için temiz tutulmalıdır (80, 81).

Özellikle maske kullanımı bulaş riski açısından çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda enfekte kişilerin maske kullanımı sonucun bulaştırıcılığı önemli ölçüde azalttıkları görülmüştür. Bu sebeple kapalı ya da açık alan gözetmeksizin maske kullanımı çok önemlidir (82).

Sağlık çalışanları için olan önlemler halk için önerilenlerden daha farklı olup korunma yöntemleri çalışılan bölüme göre değişmektedir. Bulaş riski yüksek birimlerde çalışanlar için eldiven, siperlik, önlük, gözlük ve cerrahi maske ile N95 maskenin beraber kullanımı gibi önlemler önerilmektedir (83).

Ayrıca TC Sağlık Bakanlığı enfeksiyonun kontrolünü sağlayabilmek için sürekli güncellenen pazar yerleri, alışveriş merkezleri, spor salonları ve hatta terzilerle ilgili bile uygulanması gereken önlemlerle alakalı rehberler yayınlamaktadır (84).

2.4. Covid-19 Korkusu

Korku, tehlike veya tehlike düşüncesi sırasında hissedilen üzüntü ve kaygı durumudur (85). Korku çok güçlü bir duygu olmasının yanında aslında çok işlevseldir. Yapılan çalışmalara göre belirli düzeyde korku ve endişenin kişinin o konuya daha iyi odaklanmasına ve daha pratik çözümler bulmasına katkı sağladığı bildirilmiştir (86, 87). Ancak belirli seviyenin üzerine çıktığında odaklanma ve performans problemlerine yol açabilmektedir. Bu sebeple korkunun şiddetinin seviyesi onu yönetmede etkilidir. İnsanlar yaşamlarının her alanında ve her yaşta farklı etiyolojik nedenlerle korku duygusuna kapılırlar. Bu sebeple kişiler bu duyguyla yaşamayı öğrenmeli ve korkuyu yönetme becerilerini geliştirmelidirler.

Covid-19'un hızlı bir şekilde pandemiye dönüşmesi öncelikle sağlık çalışanları olmak üzere her meslek gruplarında korku ve endişeye yol açmıştır. Bu süreçte salgını yavaşlatmak adına tüm meslek gruplarının işleyişinde ciddi değişiklikler yapılmış, belirli kısıtlamalara gidilmiş ve bu durumda hissedilen korku ve kaygı miktarını arttırmıştır (88).

Covid-19 pandemisinde uzun bir süre geçmesine rağmen enfeksiyonun yayılımının halen hızlı bir şekilde devam etmesi, kesin tedavi yönteminin bulunamaması, hala birçok konuda belirsizliklerin devam etmesi ve etkin bağışıklamanın sağlanamaması gibi durumların Covid-19 korkusunu arttırdığına dair yayınlar vardır (86, 89, 90). Çalışmalar kişilerin medeni durumları, kronik hastalığa sahip olup olmamaları, eğitim durumları, 65 yaş üstü kişilerle yaşamaları, 65 yaş üstü kişilerle sık temas halinde olmaları, pandemi kliniğinde çalışıldığından dolayı Covid-19 enfeksiyonuna sahip kişilerle sık temas halinde olmaları gibi sebeplerin sağlık çalışanlarında Covid-19 korkusunu arttırdığını ortaya koymuştur (86, 91, 92).

Her ne kadar tüm dünyada öncelik Covid-19 hastalığının tedavisini bulmak, daha etkin aşılama yöntemlerini bulmak, bulaşı engellemek ya da enfeksiyonu elimine etmek olsada bu süreçte birçok fedakarlıkta bulunarak çalışan sağlık personelinin ruhsal durumuda düşünölmelidir. Yapılan çalışmalarda pandemi süresince sağlık çalışanlarında iş doyumunu artıracak ve tükenmeyi azaltacak şekilde çalışma şartlarında düzenlemeler yapılması, özellikle yüksek riskli birimde çalışanların daha yakından izlenmesi ve gerekli psikolojik destek sağlanması sağlık çalışanlarında oluşabilecek Covid-19 korkusu ve ruhsal bozuklukların önlenmesinde çok önemli olduğu tespit edilmiştir (10).

2.5 Pandemi

2.5.1 Tanım

Belirli bir bölgede vaka artışının beklenen sayıda olduğu istikrarlı durumu tarif eden tabir endemidir. Vaka sayılarında beklenenin üzerinde artış olduğu ya da beklenmeyen bölgelerde vakaların görölmeye başladığı durumlar salgın olarak nitelendirilir. Salgın birden fazla bölgeye yayıldığında artık epidemi olarak nitelendirilirken, küresel olarak yaygınlaşırdaki pandemi olarak tanımlanır (93).

Pandemi, eski Yunanca'da kullanılan “pan” ve “demos” kelimelerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir. Bu kelimeler sırasıyla “tüm” ve “insanlar” anlamına gelmektedir. Epidemiyoloji sözlüğünde ise pandemi dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın olarak tanımlanmaktadır (94).

DSÖ'ye göre pandemi, yeni bir hastalığın dünya çapında yayılmasıdır. DSÖ'nün tanımlamalarına göre bir etken ancak popülasyonun daha önce maruz kalmadığı yeni bir etken olma, insanlar arasında yayılımının hızlı ve kolay olması ve bulaş sonrası tehlikeli sonuçlara yol açabilme kriterlerini karşıladığında pandemi olarak nitelendirilebilir (95). Örneğin influenza pandemisi, yeni bir influenza virüsünün ortaya çıkması ve çoğu insanın bu virüse karşı bağışık olamaması sonucunda ortaya çıkar.

Pandemilerde diğer salgın hastalıklara göre etki veyayılım çok daha fazladır. Çünkü enfeksiyonla karşılaşan populasyon yeni etkene karşı bağışık değildir. Bu sebeple enfekte kişiler arasında hastalığı şiddetli geçirme oranları az olsa bile, çok fazla insan hastalığı geçireceğinden toplam ciddi vaka sayısı yüksek rakamlara ulaşabilir (96).

Dünya tarihinde veba, kolera, İspanyol gribi, H1N1 gribi, HIV/AIDS gibi birçok hastalık pandemi olarak nitelendirilmiştir olup son olarak 11 Mart 2020 tarihinde Covid-19 hastalığı WHO tarafından pandemi olarak kabul edilmiştir (94, 97,98).

Ulaşımın kolaylaştığı günümüz dünyasında herhangi bir yerde ortaya çıkan salgın hızla tüm dünyaya yayılabilmektedir. Mevcut pandemide olduğu gibi tüm dünyayı etkileyen salgınlarda sağlık sistemindeki arzın karşılanamaması hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin zorlanmasına yada çökmesine sebep olabilmektedir (95). Sonuç olarak verilen sağlık hizmetinin mevcut talebi karşılayamadığı durumlarda hem pandemik hastalığı olanlar hemde bu hastalık dışında sağlık hizmeti bekleyenler, tedavi ve takipleriyle alakalı hizmetlereulaşamama ihtimali ile yüzleşmek durumunda kalabilirler.

2.5.2 Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanları

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de pandemi ile mücadelede sağlık çalışanları sürecin merkezinde rol alanöğedir. Pandemi başladığında, birçok hastane pandemi hastanesine dönüştürülmüştür (99). Çoğu hastanede oluşan yoğunluk nedeni ile elektif operasyonlar askıya alınmış, sadece acil vakalar opere edilmiştir. Sağlık personelinin tama yakını pandemi ile mücadelede görevlendirilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi dönemindeki süreci belirlemek için Bilim Kurulu oluşturulmuş ve bu kurulun tavsiyeleri doğrultusunda kararlar alınmaya çalışılmıştır (100).

Pandemi ile mücadele nerdeyse her bölümden ve her branştan sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını ve saatlerini ciddi oranda etkilemiştir (101). Sağlık çalışanları bu süreçte pandemi klinikleri, yoğun bakımlar, acil servisler ve ameliyathanelerde Covid-19 hastalarına bakım vermekle beraber aile hekimliği merkezleri, filyasyon ve ambulanslar gibi saha ekiplerinde de hizmet vermiştir.

Genellikle sosyal medya ya da basına yansıyan haberlerden de anlaşılabacağı gibi pandemi nedeni ile çoğu sağlık çalışanının alışlageldik yaşam tarzını değiştirmek zorunda kaldığı görülmektedir. Enfeksiyon bulaşında asemptomatik vakalarında önemli bir yere sahip olduğu tespit edilmiş ve ayrıca yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının asemptomatik taşıyıcı ve sonrasında bulaştırıcı haline gelebilecekleri gösterilmiştir (82, 102). Bu durum pandemi kliniğinde çalışan ve bu sürecin farkında olan birçok sağlık çalışanının beraber yaşadığı ailesine enfeksiyonu bulaştırma korkusu ile sevdikleriyle evlerini ayırmak zorunda kalmasına yol açmıştır. Hatta çoğu hastane çalışanlarına konaklama imkânı sağlamıştır (103). Her ne kadar bu hizmetler sağlık çalışanları için olumlu düzenlemeler gibi görünse de, aslında temelde sağlık çalışanlarının hayatlarının pandemi nedeni ile derinden etkilendiği bir gerçektir.

Covid-19'un damlacık yolu ile bulaşan bir hastalık olması sonucu bu hastalığa bakım veren kişilerde hastalığa yakalanma oranlarının yüksek olması ve enfeksiyon sonucunda ölümlerin görülmesi sağlık çalışanlarını ruhsal olarak zorlamaktadır (101). Açıklanan ölüm raporları, meslektaşlar arasında ölümler, ailesine enfeksiyonu bulaştırma korkusu, bu sebeple aileden ayrı yaşama, sürekli kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanmak zorunda kalma ve sevdiği bireyleri enfeksiyon sebebi ile kaybetmek gibi durumlar ruhsal sağlığı daha da kötüleştiren etkenler olabilir (104).

Pandemi ile birlikte sağlık çalışanlarının çalışma alışkanlıklarında köklü değişiklikler olmuştur. Pandemi öncesinde solunum sıkıntısı yaşayan hastalara müdahale edilirken rutinde KKE kullanılmamaktaydı. Ancak pandemi sonrasında solunum sıkıntısı yaşayan hastaya müdahalede KKE kullanımı rutin hale gelmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda KKE yetersizliği durumlarının sağlık çalışanlarının hastalığa yakalanma oranlarını arttırdığı görülmüştür (105). Koruyucu ekipman kullanmanın yanında el hijyeninin de hastalığın bulaşında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir ve temas sonrası yetersiz el hijyeninin hastalığa yakalanma oranlarında artışa yol açtığı gösterilmiştir (106).

Ayrıca uygulanan triaj yöntemlerinde de değişikliğe gidilirken ateş, nefes darlığı ve öksürük gibi Covid-19 semptomlarına benzer semptomlar gösteren hastalar izole edilmeye başlanmıştır (83).

2.5.3 Covid-19 Pandemisinin Ruhsal Boyutları

1.5.3.1 Toplum Açısından

Pandemi ile mücadele kapsamında birçok ülke çeşitli koruyucu önlemler almıştır. Alınan bazı önlemler insanların gündelik hayatlarını kısıtlayıcı nitelikte olup bu süreç mevcut pandeminin stresiyle birleşince, durumla yüzleşen kişilerde çeşitli ruhsal bozuklukların ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalar bu görüşü destekler niteliktedir.

Enfeksiyonun ilk aşamalarında Çin'de yapılan bir kamuoyu araştırmasında kişilerin üçte birinin orta-yüksek şiddette kaygı hissettikleri görülmüştür (107). Yine Yunanistan'da yapılan bir çalışmada pandeminin getirdiği belirsizlik nedeni ile korku ve sıkıntı hisseden hasta sayısında artış olduğu, geçmişte depresyon ya da anksiyete bozukluğu yaşamış ancak tam sıhhat haline ulaşabilmiş bireylerde eski semptomların tekrar ortaya çıkmaya başladığı bildirilmiştir (108).

Pandemi nedeni ile birçok ülke insanlardan evlerinden çıkamamalarını, evde izole olmalarını istemiştir. Bu durumun sonuçlarını araştıran birçok çalışmada, bu insanlarda; kafa karışıklığı, öfke, can sıkıntısı, enfeksiyon korkuları, yetersiz tedarik, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomları gibi olumsuz psikolojik etkiler rapor edilmiştir. Toplumda görülen bu ruhsal sorunları en aza indirmek yetkililerin topluma karantinanın yararlarını anlatmaları, net gerekçeler sunmaları ve insanların karantina için yeterli tedarik sağladıklarından emin olmaları gerekmektedir (109).

Karantina dönemlerinde, toplumda, mevcut stres ile bireysel başa çıkma tekniklerindeki eksiklikler sebebi ile artan stres ve gerilimin, aile içi şiddet olaylarında artmaya yol açabileceği düşünülmektedir (110).

Her ne kadar çocukların Covid-19 enfeksiyonuna karşı yetişkinlere göre daha dirençli oldukları bildirilse de açık hava etkinliklerinin kısıtlanması, okulların kapatılması, oyun alanlarının kısıtlanması gibi sebeplerin çocuklarda kaygı bozukluğu gibi çeşitli ruhsal sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir (108, 111). Çocuklara salgın hakkında bilgi verilirken yaşı ve anlayış düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır. Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 40'ını oluşturdukları düşünülürse pandeminin çocuk ve gençlerin üzerindeki ruhsal etkilerinin dikkate alınması önemlidir (112). Ayrıca ülkemizde yapılan bir çalışmada gençlerde pandemi

sırasında evde izole olmaları ve okulların kapatılması nedeni ile endişe ve yalnızlık duygularında artış olduğu bildirilmiştir (113).

Yaşlı nüfusun Covid-19 enfeksiyonuna yatkınlığı ve sonuçlarının daha ağır seyretmesi, ayrıca dönem dönem sadece yaşlı nüfusa dair kısıtlamaların oluşması ileri yaşta Covid-19 ile alakalı ruhsal bozukluk insidanslarında artışa sebep olabileceğini düşündürmektedir (114).

Covid-19 enfeksiyonu ve getirdiklerinin ruhsal sorunlara yol açabilmesinin yanında kullanılan ajanlarında olumsuz ruhsal etkilerinin olabileceğinin farkında olunmalıdır. Mesela klorokin ve hidroksiklorikinin psikiyatrik yakınmaları ortaya çıkarabileceğine dair yayınlar vardır (115).

Sonuç olarak pandeminin toplumun her kesiminde ruhsal sağlığı etkilediği ve farklı mekanizmalarla çeşitli ruhsal sorunlara yol açtığı bildirilmiştir (116).

1.5.3.2 Sağlık Çalışanları Açısından

Covid-19 pandemisi karşısında sağlık personeli hem artan iş yükü sonucunda fiziksel hemde pandeminin getirdiği stres sonucunda psikolojik baskı altındadır (117). Pandemi sonucunda sağlık çalışanlarında oluşan ruhsal sorunları inceleyen çoğu çalışmada kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi sorunların ortaya çıktığını bildirilmiştir (118,119).

Pandemi döneminde sağlık çalışanları hem en yüksek enfeksiyon riskine sahipken hem de ruhsal bozukluklara karşı savunmasız durumdadırlar (97). Kişiler bu yoğun süreçte toplumdan izolasyon, yoğun ve uzun çalışma saatleri, aileler ile iletişim eksikliği, tükenmişlik, yorgunluk, dışlanma ve mesleki hayal kırıklıkları gibi durumlarla başa çıkmak zorunda kalırlar (120, 121). Sürecin getirdiği bu durumlar sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu, stres ve öfke gibi ruhsal sorunlara yol açarken ortaya çıkan ruhsal sorunlarda kişilerin dikkat, odaklanma ve karar verme gibi yetilerini etkileyebilir (121).

Pandemi sağlık çalışanlarının zor şartlar altında çalışmasına, zor kararlar vermelerine ve baskı altında çalışmalarına neden olmaktadır (9). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında ortaya çıkan kaygı bozukluklarının enfeksiyonu ailelerine taşıma korkusu, enfeksiyonu kapma korkusu, hastalara yeterli bakım

verememe düşüncesi ve KKE eksikliğine bağlı ortaya çıkabileceği öngörülmüştür (122).

Sağlık çalışanlarının virüsü beraber yaşadığı bebeklerine, yaşlı ebeveynlerine ya da akrabalarına bulaştırmaktan korktukları, ayrıca sınırlı imkanlarla pandemi ile savaşılmaya çalışırken önlemlere uymak istemeyen ya da uymayan insanlarla uğraşmanın stres seviyesini arttırdığı ve bazı kritik hastalara bakım verirken çaresizlik duygusuna kapıldıkları bildirilmiştir. KKE'nin uzun süreli kullanılmak zorunda kalınmasında nefes almayı zorlaştırması, hareketleri kısıtlaması gibi nedenlerden fiziksel ve zihinsel yıpranmaya yol açabildiği ifade edilmiştir (123).

2.5.4 Covid-19 Pandemisi ve Tükenmişlik

SARS, MERS ve H1N1 salgınlarında yapılan çalışmalarda salgın dönemlerinde aktif olarak çalışan sağlık personellerinde değişen düzeyde tükenmişlik görülebileceği belirtilmiştir. Bu salgınlar esnasında hekimlerde kaygı ve stresin ortaya çıkabildiği görülmüş olup kişilerin kaygı düzeyleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği skorları arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (124, 125).

Yapılan çalışmalarda tükenmişliğe katkı sağlayan diğer faktörler yanlış korunma önlemleri, hazırlıksızlık, duygusal destek eksikliği, ölüm algısı, yetersiz KKE, tedaviler üzerinde kontrol eksikliği ve zayıf iletişim olarak sıralanabilir (125).

Pandemi sürecine küresel olarak hazırlıksızlık temel tıbbi malzemelerinde eksikliğe ve sağlık çalışanlarında süreçle baş etmede yetersizliğe yol açmış ve bu durumda tükenmişliği attırmıştır (126).

Yapılan bir çalışmada pandemi döneminde yüksek iş yükü, vardiyalı çalışma programları, uyku kesintileri, uzun çalışma saatleri ve yetersiz uykunun tükenmişlikle bağlantılı olduğu görülmüştür (127).

Sağlık çalışanları ve dolaylı olarak aileleri pandemi sürecinde Covid-19 maruziyeti için yüksek riskli olduklarından dolayı, bu durumla alakalı oluşan korku ve kaygıyı en aza indirmek için sağlık çalışanları ve ailelerine aşılama, test ve tedavi konusunda öncelikli erişim sağlanması tavsiye edilmektedir. Ayrıca bu süreçte sağlık çalışanlarının aileleri ile ilgilenbilme ve vakit geçirebilmeleri için fırsatların

yaratılması, pandemi devam ederken kontrol duygusunun oluşması ve bu şekilde tükenmişliğin azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (83, 128).

Medscape 2021 Ulusal Hekim Tükenmişlik ve Özkıym Raporuna göre hekimlerde tükenmişlik oranı %42 olarak saptanmıştır. Ancak bir önceki rapora göre tükenmişliği en sık görüldüğü uzmanlık alanlarında bazı değişiklikler olmuştur. Son yayımlanan raporda tükenmişliğin en sık görüldüğü branşlar arasında yoğun bakım ve enfeksiyon hastalıkları da yer alırken pandeminin etkileri net olarak görülmüştür. Ayrıca yine aynı raporda kadın ve erkek hekimlerde görülen tükenmişlik oranları arasındaki makas önceki rapora göre dahada açılmış olup sırasıyla %51 ve %37 olarak tespit edilmiştir. Aradaki farkın açılmasının sebepleri olarak birçok kadının evli ve çocuk sahibi olduğu, ancak pandemiden dolayı çocuklarına bakım verecek birilerini bulmakta zorlandıkları, ayrıca uzaktan eğitime geçilmesi ile beraber doktor kimliklerinin yanında evde öğretmen figürünü üstlenmelerinin tükenmişliklerini arttıran risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (129).

Yine aynı raporda çok fazla bürokratik görev, işte harcanan saatlerin fazlalığı, yöneticilerden, personelden ya da iş arkadaşlarından saygı görememe, yetersiz destek ve geri ödeme ve kontrol ya da otonomi yokluğu gibi durumların tükenmişliği arttıran faktörler olduğu tespit edilmiştir (129).

Sonuç olarak Covid-19 pandemisi gibi hastalara olağan üstü koşullarda hizmet verilmesi gereken dönemlerde sağlık çalışanlarında tükenmişliğin görülmesi kaçınılmaz bir durumdur.

2.6 Tükenmişlik Tanımı ve Tarihçesi

Her ne kadar Graham Greene 1960 yılında yayımladığı "A Burnt-Out Case" isimli romanında durumu bir kişinin işi nedeniyle yaşadığı aşırı yorgunluk, tutku ve idealizm kaybı olarak tanımlamış olsa da (130), tükenmişlik kavramının sağlık hizmetlerindeki literatüre girişi ilk kez 1974 yılında, psikolog Freudenberger tarafından sağlanmıştır (131). Herbert Freudenberger tükenmişlik kavramını "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak

tanımlanmış (132,133) ve daha çok doktorluk, avukatlık, öğretmenlik gibi insanlarla birebir iletişim gerektiren mesleklerde daha sık görüldüğünü ifade edilmiştir (131).

Psikolog Christina Maslach, tükenmişlikle alakalı önemli çalışmalara imza atmış ve bu terimi mesleğinden dolayı sürekli yorucu duygusal isteklere maruz kalan ve insanlarla doğrudan iletişim kurarak işini yapmak zorunda olan kişilerde rastlanan, sürekli bitkin olma hali, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri gibi zihinsel, duygusal ve fiziksel boyutları olan, bunların icraat edilen mesleğe, yaşama ve diğer insanlara gösterilen tutum ve davranışlara negatif olarak yansımalarıyla ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlamıştır (134,135).

Günümüzde insanlarla aktif iletişim kurulan meslek gruplarında ve tempolu iş yoğunluğu içeren çalışma alanlarında, fedakârlıkla işlerini yapan bireylerin sosyal ve mesleki tükenmişlik içine girmeleri sık karşılaşılan bir durumdur. Kişilerin iş hayatında; iş ortamındaki yoğun stres, iş gücündeki yetersizlik, ekonomik açıdan geride kalmak, fiziksel koşulların geliştirilememesi, mesleki beklentilerin karşılanmaması tükenmişlikle alakalı problemlere neden olabilmektedir. Uzun ve yoğun çalışma saatleri sağlık personelindeki tükenmişliğe sebep olabilmektedir (136,137). Bir iş gününün sonunda kendini tükenmiş hissetme ve duygusal bakış açısıyla hastalara sunacak bir şeyin kalmaması hekimlerdeki duygusal tükenmeyi tariflemektedir. Duygusal tükenme daha çok pandemi gibi işle ilgili yükün ve sorumlulukların arttığı dönemlerde ortaya çıkan, fiziksel yorgunluktan farklı olarak, duygusal enerjinin tükenmesine sebep olan bir durumdur (134,138). Bu durumda, bireylerin mesleğinin esas anlamından ve esas amacından uzaklaşmasına ve hizmet verdiği kişilere daha ilgisiz davranmasına ya da mevcut duruma reaksiyon olarak zihnen kendini mesleğinden itmesine yol açar (139).

2.7 İş Hayatı ve Tükenmişlik

İnsan hayatının büyük kısmını çalışarak geçirir. Doğal olarak iş yaşantısındaki stresli durumlar özel yaşamı da etkilemektedir. İnsanların iş yaşamındaki iletişim halleri, etkileşimleri ve çalışma çevresinde tükenmişliği etkileme konusunda çok etkilidir. Tükenmişlik, kişilerin iş alanlarındaki etkileşimlerinin doğal

sonucu olarak kabul edilmedilir. Ayrıca tükenmişliğin çoğunlukla kişisel sebeplerden çok içinde bulunulan durumlarla alakalı olduğu görüşü yaygındır. İş yükü tükenmişliğin ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Kişinin sahip olduğu vasıflar ile belirlenen sürede elde edilmesi beklenen fayda miktarına iş yükü denilmektedir. İş yükü hem işveren hem de çalışan bakımından çok önemlidir. Ayrıca kişilerin icra ettikleri işle alakalı zaruri yetenekleri barındırmamaları, iş hayatının getirdikleri ile kişilerin beklentileri arasında korelasyon olmaması, çalışma alanındaki maddi ve duygusal doyum hissinin yeterli olmaması da tükenmişliğe yol açabilmektedir (140, 141).

2.8 Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu İle İlgili Yapılan Çalışmalar

2020 yılında yayımlanan, 29 uzmanlık alanından 15.000'den fazla doktorun katıldığı bir araştırmada, X Kuşağı hekimlerinin, Y kuşağına ve Baby Boomers kuşağına göre daha sık tükenmişlik yaşadığını saptanmıştır. Yapılan araştırmada, X kuşağı doktorlarının %48'i tükenmişlik rapor ederken, Y kuşağının %38'i ve Baby Boomers kuşağının %39'u tükenmişlik rapor etmiştir (137).

2019'da yayımlanan Türkiye'nin de içinde bulunduğu 10 ülkeden 47 makalenin ele alındığı bir meta analizde uzmanlık eğitimi alan doktorlarda %51 oranında tükenmişlik ortaya çıktığı tespit edilmiştir (142). Yine 2018 tarihinde yayımlanan 45 ülkeden 176 kesitsel çalışmanın dahil edildiği bir derlemede pratisyen doktorlar arasında tükenmişlik prevalansı %67 olarak bulunmuştur (143).

Ayrıca doktorlardaki tükenmişliğin eğitim yıllarından başlayabileceğini düşündüren bulgularda vardır. Brezilya'da yayımlanan bir makalede tıp fakültesinin ilk dört döneminde okuyan öğrencilerin %70,6'sının yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. Eğitim sürecinde öğrencilerin sadece teorik dersler değil pratik derslerde aldığı göz önüne alındığında, diplomayı almadan aktif doktorluk yaptıkları ve bu sürece eğitimin zorluğu ve sınavlarda eklenince tükenmişliğe yol açabileceği düşünülmektedir (144).

2.9 Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik kavramı ortaya çıktığından beri genel olarak kabul edilen bir tükenmişlik tanımı olmadığından, zaman içerisinde tükenmişlikle ilgili birbirinden farklı modeller oluşturulmuştur. Bu modellerden yola çıkarak, her ne kadar tükenmişliği teşhis etmek için iyi çalışılmış bir yöntem olmasa da, günümüzde kendi kendini değerlendirmek için çeşitli anketler kullanılmaktadır. Bu modellerden Maslach, Cherniss, Edelwich ve Brodsky, Pines, Pearman ve Hartman Tükenmişlik modelleri literatürde sıkça yer almaktadır (145,146). İçlerinden en sık kullanılan model ise, çalışmamızda da kullandığımız Maslach tükenmişlik modelidir (147).

2.9.1 Maslach Tükenmişlik Modeli

Günümüzde en yaygın kullanılan ve en çok kabul edilen tükenmişlik modeli psikoloji profesörü olan Christina Maslach'ın tanımladığı tükenmişlik modelidir. Maslach'a göre tükenmişlik kademe kademe ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreçteki bileşenler duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olup, Maslach'a göre en önemlisi duygusal tükenmedeki artıştır (134,148).

2.9.1.1 Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme genellikle insanlarla yüz yüze iletişim kurmanın gerek olduğu meslek gruplarında çalışan bireylerde izlenen, iş yerindeki stres ile ilişkili olan, tükenmenin ilk ve temel aşaması olarak kabul edilen bir süreçtir. Kısaca bireyin duygusal olarak aşırı yüklenmiş olma durumunu tanımlar. Duygusal tükenme yoğun bir iş ortamına sahip olan kişinin işte kendi sınırlarını zorlamanın yanında, beraber çalıştığı arkadaşlarının duygusal talepleri altında ezildiği zamanlarda, bu duruma verilen tepki olarak ortaya çıkmaktadır (149).

Bu süreçte kişiler kendilerini bitkin ve yorgun hisseder, duygusal anlamda kaynaklarının bittiğini düşünür. Maslach duygusal tükenmeyi kişilerin kendilerini duygusal ve fiziksel olarak bitkin, yorgun ve yıpranmış hissetmeleri olarak tanımlar. Bunun sonucunda kişiler işleriyle alakalı konsantrasyon sağlayamamakla beraber, işlerine ve işverenlerine karşı kendilerini yeterince sorumlu hissetmemektedirler

(150). Kişiler çalıştıkları insanlarla iletişimi en aza indirerek kendilerince bir savunma mekanizması üretir ve duygusal yükü en aza indirmeye çalışırlar (151).

Duygusal tükenme her ne kadar tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalarda en çok tartışılan ve üzerinde durulan aşama olsada tanı için tek başına yeterli değildir (152).

2.9.1.2 Duyarsızlaşma

Maslach'a göre tükenmişlik sendromunun ikinci bileşeni olan duyarsızlaşma, çalışanın işine ve çalışma arkadaşlarına karşı ilgisiz, kaba, soğuk ve hatta insani olmayan bir tutum içine girmesi halidir. Bu negatif tutum genellikle kişilere ve olaylara umursamazca ve alaycı bir tavırla yaklaşma, çalışma arkadaşlarına karşı kaba bir tutum sergileme ve küçültücü bir dil kullanma, onlara mesafeli davranma, karşılaştıkları ve hizmet verdikleri insanları birer nesne yerine koyma şeklinde kendini gösterir.

Genellikle herkesten kendilerine kötülük geleceği kanaatindedirler. Bu sebeple diğer insanları hayatından çıkarmaya çalışarak onlarla arasında bir tampon bölge oluşturur. Bunu sağlayabilmek içinde insanlara küçük düşürücü ve saygısız şekilde yaklaşırlar (150).

Duygusal tükenmeyle karşı karşıya kalan birey işle alakalı karşılaştığı sorunları çözmekte yetersiz kalınca duyarsızlaşmayı bir kaçış olarak kullanır. Bu sebeple insanlarla asgari düzeyde ilişki kurma eğilimine girer. Aslında duyarsızlaşma, tükenmişliğin sosyal boyutunu ifade etmektedir (153).

Yapılan çalışmalarda duyarsızlaşma için önemli olduğu düşünülen dört etmen kişileri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranma eğilimi, ilgisizlik, diğer insanlara düşmanca davranma ve olumsuz reaksiyonlar verme ile reddetmedir (150). Duyarsızlaşma yoluna giren bir bireyin, esasında karşı karşıya kaldığı duygusal tükenmeye karşı bir savunma mekanizması ve tepki olarak duyarsızlaşma yöneldiği düşünülmektedir.

2.9.1.3 Düşük Kişisel Başarı Hissi

Başkaları hakkında olumsuz tavırlara sahip olan birey bir süre sonra kendisi içinde olumsuz düşüncelere sahip olmaya başlar. Diğer insanlarla alakalı düşünceler ve sergilediği davranışlarla alakalı kendini suçlu hissetmeye ve sevilmediğini, işinde başarısız olduğunu düşünmeye başlar. Birey bu sürecin sonunda kendine olan saygısını kaybedebilir (149).

Kişi olumlu sonuç elde edebilmek ve kendisine başarılı olduğunu kanıtlamak adına defalarca denemede bulunur ancak verimli olmadığı gördükçe depresyon ve stres bulguları sergiler. Gayretlerinin bir netice oluşturmadığını farketttiği noktada ise uğraşmaktan vazgeçer. Kişisel başarı eksikliği kişinin ne kadar çabalarsa çabalasın durumda değişiklik sağlayamayacağını kabul ettiği yılgınlık evresi olarak tanımlanmaktadır. Kişiler artık mesleklerinde gelişebilmekten ziyade geriledikleri düşüncesindediler. Sonuçta kişiler potansiyel yetersizliklerini görüp tükenmişliğe girmektedirler (154).

İşinde başarılı olamadığını düşünen bireyin motivasyonunun düşmesi kaçınılmazdır. Motivasyon azalması ve düşük kişisel başarı hissi ise faydalı olmaktan kaçınma, kimsenin kendini sevmediğine dair düşünceler, kendini suçlu görme, düşük moral, düşük üretkenlik gibi belirtilere yol açar (155).

2.9.2 Cherniss Tükenmişlik Modeli

1980 yılında bu modeli tanımlayan Cary Cherniss'e göre tükenmişliğin merkezinde stres bulunmaktadır. Bireyler işe başladıktan sonra talepler ve kaynaklarla alakalı streslerle yüzleşmek zorunda kalırlar. Stresörler arttıkça bireylerde bu olumsuzluklara karşı reaksiyonlar oluşmaya başlar. Kişilerin bir kısmı olumlu stratejiler geliştirerek problemi çözme noktasında mücadele ederken, bir kısmıda olumsuz bir tutum sergileyerek sorunlarla başa çıkmaya çalışır (156). Cherniss'e göre kişi ilk olarak yoğun strese maruz kalır. Sonrasında kişide yanıt olarak içsel kaynaklarda tükenme duygusu ve endişe oluşur. Son olarak ise kişide tavırlarda belirgin değişim, işten uzaklaşma ve temas edilen kişilere karşı negatif duygular meydana çıkar.

Cherniss tükenmişliği, hizmet verilene ilginin kaybı, artan hayal kırıklığı, karamsarlık, kişinin işine olan bağlılığı, motivasyonu ve gayretinin kaybı, ilgisizlik, iş arkadaşlarına ve hizmet verilenlere kızgınlık ve yaratıcılığın kaybı olarak tanımlamaktadır. Tükenmişlik, kişinin aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki olarak verdiği yanıttır (145,146).

2.9.3 Edewich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edewich ve Brodsky Tükenmişlik Modeline göre tükenmişlik daha çok yardıma muhtaç kişilere hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerde görülen, bazı olumsuz çalışma koşullarının sonucu olarak ortaya çıkan enerji, idealizm ve amaç kaybıdır. Bu olumsuz çalışma koşulları siyasi baskılar, yoğun mesai saatleri, işverenden yeterli takdir görememe, beklenen ekonomik kazancın elde edilememesi, meslekte amaçlanan hedeflere ulaşamama olarak sıralanabilir (157).

Bu modele göre tükenmişlik birbirinde kesin sınırlarla ayrılmayan 4 ana evre ile tanımlanmaktadır. Bunlar; idealistlik coşku, durgunlaşma, engellenme ve duygusuzlaşma evreleridir. Bu sistem tükenmişliği anlamada kolaylık sağlamaktadır.

2.9.3.1 İdealistik Coşku Evresi

Bu evrede kişi çalıştığı işle ilgili yüksek heves, hedef ve beklenti içindedir. Görevini en iyi yapmayı amaçlamakla birlikte yüksek motivasyonla başarılı olma gayreti içersindedir. İş hayatındaki her şeyin önündedir. Devamlı takdir ve övgü alarak başarılı olma hissini yaşamaya çalışır. Ancak bu beklentiler işle alakalı sorunlar ya da kurallar nedeni ile gerçekleşmeyebilir. Bunun üzerine kişiler yavaşça durgunluk dönemine geçerler (158).

2.9.3.2 Durgunlaşma Evresi

Kişi mesleği ile alakalı yüksek hedeflerine ve beklentilerine ulaşamadıkça, motivasyonu azalmaya ve enerjisi düşmeye başlar. Daha önce görevini yerine getirirken gözüne önemsiz gelen sorunlar giderek rahatsızlık verir. Bu hal süregelenlik kazanmaya başladığında kişide işinden soğuma ve uzaklaşma başlar. Kişi işinden başka hiçbir aktivite yapmadığı anlar ve bu durum işten soğuma sürecini hızlandırır. Sonuç olarak kişinin ilgisi daha yüksek yaşam standartları ya da daha yüksek ekonomik kazanç arayışıyla iş dışındaki farklı alanlara yönelir (159).

2.9.3.3 Engellenme Evresi

Bu evrede sürece insanlara yardım ve hizmet etmek için başlayan kişi aslında dâhil olduğu sistemi ve mevcut olumsuz koşulları çabaları ile değiştirmenin ne kadar zor olacağını fark eder ve yoğun engellenmişlik duygusu yaşar. Bu engellenmişlik duygusu hem hizmet verdiği kişilerin taleplerine cevap verememekten hemde hizmet talep eden kişilerin ihtiyaçlarını gidermek için çabalaması sonucunda kendi ihtiyaçlarını yerine getirememesi kaynaklıdır. Bu sürecin sonucunda kişi ya adaptif başa çıkma stratejileri geliştirerek tükenmişlikten kurtulur, ya maladaptif başa çıkma stratejileri ile tükenmişliğini ilerletir, ya da durumdan kendini çeker veya kaçınma davranışı sergiler (157).

2.9.3.4 Duygusuzlaşma Evresi

Kişi bu evrede mesleğinden zevk alamamakta, sadece maddi kazanç ve sosyal güvenceler nedeni ile işine devam etmektedir. Kişi artık çalışmayı sıkıcılık ve mutsuzlukla bütünleştirir. Bu sebeple işe geç gitmeye, işten erken ayrılmaya, işteki görüşmelerini olabildiğince kısa tutmaya çalışır. Bir süre sonra hizmet verdiği kişilere karşı soğukluk, ilgisizlik, umursamazlık ve katılık davranışları oluşabilir. Sonuç olarak kişi mümkün olan en az iş performansı sergilemeye çalışır (157).

2.9.4 Pines Tükenmişlik Modeli

Pines ve Aronson'a göre tükenmişliğin merkezinde motivasyon kavramı vardır. İş hayatında hiçbir ortam tamamen destekleyen ya da tamamen engelleyen unsurlardan oluşmaz. Ancak tükenmişlik bu unsurların arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkar (160).

Pines'e göre kişiler mesleğe başladıkları dönemlerde işlerindeki başarıları mutluluk kaynağı olarak gördükleri için yüksek motivasyon ve güdülenme içerisindedirler. İş hayatında takdir edilme ve meslekte kalıcı olmagibi beklentilere giren çalışanlar başlangıçta her ne kadar yüksek motivasyonla çalışarlarda ihtiyaç duydukları motivasyonu bir süre sonra kaybetmeye başlarlar. Ortaya çıkan duygusal baskıda tükenmişliği ortaya çıkarır.

Pines'in psikoanalitik perspektifinden bu tükenmişlik modeline bakmak gerekirse, temelde aslında kişilerin hangi mesleği seçeceğini erken yaşlardaki yaşantısı ve ailesi

ile arasında olan çözülmemiş sorunlar belirlemektedir. Kişi aslında mesleği seçerken kendince bir savunma mekanizması geliştirip erken çocukluk döneminde üstesinden gelemediği sorunların bu şekilde üstesinden gelmeye, onlarla bu şekilde savaşmaya çalışır (161,162). İş hayatındaki elde edilen başarılar, övgüler ve doyumlar bu başarıların iyileşmesine yardımcı olabilmektedir. Ama iş hayatında bu beklentiler karşılanamazsa kişide geçmişteki travmalar tekrarlanır ve tükenmişlik ortaya çıkar (161, 162, 163).

2.9.5 Pearman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Pearlman ve Hartman kendilerinden önce ortaya atılan modelleri ve yapılan çalışmaları inceleyerek geniş çaplı bir model geliştirmişlerdir. Bu modele göre tükenmişlik uzun süreli stres sonucunda ortaya çıkan fizyolojik, bilişsel-duygusal ve davranışsal değişikliklerdir (164). Yine bu modele göre tükenmişlikle başa çıkmada kişisel özellikler ve sosyal çevre çok önemlidir.

Pearlman ve Hartman modeline göre tükenmişliğin oluşmasında 4 evre yer almaktadır. Bunlar;

1.Aşama: Stresin oluşum sürecidir. Bu noktada stres seviyesini belirleyen şeyler kişinin işten beklentileri ve sonuçta elde ettikleri arasında ki farkın büyüklüğü ile kişinin bireysel yetenek ve bilgisinin işle ilgili sorumluluklarını yerine getirecek düzeyde olup olmamasıdır.

2.Aşama: Mevcut stresi algılama düzeyidir. Her çalışan iş hayatında stresle karşılaşsa da her zaman kendini yoğun stres altında hissetmez. Bu noktada kişisel özellikler, mevcut sosyal desteğin gücü ve görevleriyle ilgili değişkenler hissedilen stresin boyutunu belirleyen faktörlerdir.

3.Aşama: Bu aşama strese karşı verilen tepkileri kapsar. Bunlar bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerdir. Ayrıca kişisel ya da örgütsel değişkenler bunlardan hangisinin ortaya çıkacağını belirler.

4.Aşama: Bu aşamada kişide kronikleşmiş stres sonucunda tükenmişlik ortaya çıkmıştır. Bu sebeple işinden aldığı haz azalmakla birlikte işteki çalışma performansında da azalma izlenir. Bu durumun sonucunda kişi işinden ayrılmak isteyebileceği gibi işinden uzaklaştırılabilir (165).

2.10 Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Konuyla alakalı çalışma yapan bilim insanlarının neredeyse hepsinin ortak kanaati tükenmişlik sendromunun gelişiminde stresin çok önemli bir rol üstlendiğidir. Stres kavramı nesnel bir duyumda ziyade öznel bir duyumdur. Çünkü kimi çalışanlar için yükselebilmek ya da kendini gösterebilmek için bir fırsat olarak görülen bir durum, bazıları için ise içinden çıkılmaz kaotik bir durum olarak görülebilir. Ayrıca kişilerin stres tolerans eşikleri birbirinde farklıdır. Stres tolerans eşiği düşük olan bir birey kronik strese maruz kalacağından bu durumdan olumsuz etkilenir (166).

Tükenmişlik sendromu hem çalışan hemde işveren için istenmeyen bir durumdur. Çünkü tükenmişlik çalışanın hayatında olumsuz sonuçlar doğuracağı ve yaşam kalitesini düşüreceği gibi çalıştığı ortamında da hizmet kalitesinde düşüşe yol açar. Bu nedenle tükenmişlik sendromuna yol açan nedenleri belirlemek oluşmasını önlemek adına önemli bir adımdır.

Genel olarak tükenmişliğe etki eden faktörler iki ana başlık altında toplanabilir. Bunlar bireysel ve çevresel nedenlerdir. Her ne kadar tükenmişlik kavramının oluşumunun başlangıç dönemlerinde bireysel nedenler daha ön plana tutulmuş olsa da Cherniss ve Maslach daha çok çevresel nedenler üzerinde durmuştur (156,167).

2.10.1 Bireysel Nedenler

Yaş tükenmişliği etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çünkü her yaşın kendine göre gereksinimleri ve beklentileri vardır. Yapılan çalışmaların çoğunda yaş ile tükenmişlik arasında zıt yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Çünkü yaşla birlikte insanın deneyimi ve stres yaratacak sorunlarla başa çıkma potansiyeli artmaktadır (168).

Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı yapılan çalışmalarda bazı araştırmacılar erkeklerin kadınlardan daha sık tükenmişlik yaşadığı sonucuna varırken, bazı araştırmalarda ise cinsiyetin tükenmişlik seviyelerinde etkili

olmadığı sonucuna varılmıştır (169,170). Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki ilişki halen tartışma konusudur.

Medeni hâl ile tükenmişlik arasındaki bağ incelendiğinde, genellikle bekâr bireylerin evli bireylere kıyasla tükenmişliğe daha yatkın olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Evli bireylerin bakış açıları ve tutumları nedeniyle işlerinde problem ve sıkıntı yaşama oranları daha düşük olmakla birlikte karşılaştıkları zorlukları aşma oranları sosyal destekleri iyi olduğu için daha yüksektir. Sonuç olarak mutlu bir evlilik ve sağlam bir aile yapısına sahip olanların tükenmişlikle daha rahat mücadele edebildiği gösterilmiştir (170, 171).

Kişilerin aldığı eğitim düzeyleri birbirinden farklı oldukça, çalıştığı meslek gruplarında değişmektedir. Ayrıca aldıkları eğitim ve donanım seviyeleri artan kişilerin doğal olarak meslekten beklentileride artar. İş yükünü artması ve kişiden beklentilerin artması tükenmişliğe yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar yüksek eğitim seviyesi ile tükenmişlik arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir (172,173).

Ayrıca çocuk sayısı, işe bağlanma düzeyi, özel hayattaki psikososyal stresörler, meslekten beklentilerin yüksek olması, bireyin karakter yapısı ve ego gücü, kendini işe adama oranı, gerçek dışı hedefler ve kişinin duygusal denge durumu da tükenmişliği etkileyen diğer bireysel nedenlerdir (174).

2.10.2 Çevresel Nedenler

İş yükü kişinin kendine verilen işi bitirmek için sarf ettiği enerji ve zaman olarak tanımlanabilir. İş yükü örgütte kalitenin bir göstergesidir. Her ne kadar iş yükü anlam olarak yoğunluğu ifade etsede çalışanlara dağıtılan düşük iş yüküde tükenmişliğe yol açabilmektedir. Düşük iş yükü ile çalışan bireylerde bütün becerilerini kullanamamanın getirdiği tatmin olmama duygusuyla beraber kalan boş vakitlerde can sıkıntısı yaşamaları ve atıl kalmaları tükenmişliği tetikleyebilir. Fazla iş yükü ise çalışan için hem fiziki açıdan aşırı yorgunluğa hemde işi yerine getiremediği için kendini yetersiz hissetmesine yol açabilir. Bu durumda motivasyon kaybına ve tükenmişlik tablosuna sebep olur (175,176).

Kontrol kişilerin meslekleri ile alakalı sorumluluk alma, sorun çözme, karar verme ve kaynakları kontrol edebilme imkânlarına sahip olmalarıdır. Kişide sorunları çözmede yeterince kontrol yetkisi olmadığında ve yeterince özgür karar veremediğinde olumsuz sonuçlar oluşabileceği gibi aşırı kontrol yetkisinde doğru olamayan kararlar vermeye ve özgüven azalması ile birlikte kurumla bağın etkilenmesine yol açabilir. Bu süreçte tükenmişliğin ortaya çıkmasına yol açabilir (176,177).

Adalet kavramı eşit koşullardaki çalışanlar için eşit muameleyi ve kurumsal kazanımlar dağıtılırken tüm çalışanlara adil olarak davranmayı ifade eder. Çalıştığı kurumda adalet kavramına uyumsuz durumlarla karşılaşan bireyler haksızlığa uğradığını düşünmekle beraber kuruma olan güvenini ve çalışma motivasyonunu kaybeder. Özellikle haksızlık düşüncesinde kişilerde tükenmişliği tetiklemektedir (138).

Ayrıca örgüt içindeki çatışmalar, aidiyet duygusunun yetersizliği, çalışma saatleri uzunluğu, örgütsel değerler, kurumdaki sosyal desteğin zayıf olması, rol belirsizlikleri, fiziki yetersizlik, iş güvenliğinin yetersizliği ve kurumsal ödüllerin yetersiz oluşu çevresel nedenlerin içinde sayılabilir (178).

2.11 Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik kişinin hem çalışma hayatını hemde özel hayatını olumsuz etkileyen bir süreçtir. Bu sebeple çalışanlarda tükenmişliğin ortaya çıkmasını engellemek ya da ortaya çıksa bile hızlı bir şekilde müdahale edilip süreci tersine çevirmek için önlemlerin alınması önemlidir. Yapılan çalışmalarda tükenmişlikten koruyucu önlemlerin tükenmişliği düzeltici önlemlere göre hem daha etkili hemde daha ucuz olduğunu göstermektedir(179). Ayrıca kişinin tükenmişliğin kapsamını ve tanımını iyi bilmesi olası bir tükenmişlik durumunda sürecin erken fark edilmesi ve olası çözümlerin erken üretilmesini sağlayacaktır(180).

Tükenmişlik ile mücadele her ne kadar bireysel yada örgütsel olabilsede öncelikle tükenmişlikle alakalı bir problem olduğunu ve bunun önemini kabul etmek

çok önemlidir. Tükenmişlik ile mücadele bireysel ve örgütsel olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir.

2.11.1 Bireysel Başa Çıkma Yöntemleri

Kendi başlarına sosyal çevrelerini değiştirmek ve tükenmişlik ile başa çıkmak ne kadar zor olsada kişiler çabalamaktan vazgeçmemeli kendini tükenmişliğe teslim etmemelidirler. Kendini tanımalı zayıf ve güçlü yanlarını iyi anlamalı, iş pozisyonu seçerken bunları göz önünde bulundurmalıdır. Kendinde tükenmişlik belirtileri fark ettiğinde bunu görmezden gelmek yerine üzerine gitmeli ve gerekirse profesyonel destek almalıdır. İş dışındaki zamanını iyi organize etmeli, iş stresinden uzaklaşma fırsatlarını iyi değerlendirmelidir. Ayrıca kendine ulaşılabilir hedefler koyup çok yerine verimli çalışmalıdır.

Tükenmişliği azaltmak ve kişilerin stresle başa çıkma kapasitelerini arttırmak için eğitim müdahaleleri yapmakta önemlidir. Bu eğitimler kişilerin stresle bireysel başa çıkma kabiliyetlerini arttırdığı gibi, bunu sağlayamadığı durumlarda ekip tabanlı başa çıkma stratejileri geliştirmesine yarayabilir (138).

Kişiler baş etme kapasitelerini geliştirmeleri yada duygularını ifade ediş tarzını değiştirmeleri için cesaretlendirilebilir. Kişinin iş hayatındaki rolünü netleştirmek ve iletişim becerilerini geliştirmek için bazı stratejiler öğretilir(181,182).

Kişinin kendini tanıyıp sınırlarını iyi bilmesi, beraber çalıştığı yada hizmet verdiği insanlarla olan sorunlarını içselleştirmemesi, tükenmişlik belirtileri yaşadığında gerekirse uzmandan destek alması, eve iş götürmemesi, her şeyi kontrol edemeyip herkesi mutlu edemeyeceğinin farkına varması bireysel açıdan yapılabileceklere örnek olarak gösterilebilir(183).

2.11.2 Örgütsel Başa Çıkma Yöntemleri

Kişileremesleğe başlamadan önce tükenmişliğin bulgularının ve sürecin anlatılmasının, tükenmişliğin erken tanınmasına ve olası kötü sonuçlarının engellenmesine yarayacağı düşünülmektedir.

Örgütte kişilerin görev tanımları açık olmalı ve görev dağılımları adil olmalıdır. Oryantasyon eğitimleri işe yeni başlayanlar için uygulanmalıdır. Çalışanların görev tanımları açık ve net olmalıdır. İş yerindeki görev dağılımı adil olmalıdır. Ödül ve maaş sisteminde olumlu düzenlemeler yapılmalıdır. İş yükünün artmasını önlemek için gerekli zamanlarda ilave donanım ve personel sağlanmalıdır. Yöneticiler çalışanlarına karşı anlayışlı olmalı, yaşadıkları sorunlarda kendilerine başvurabileceklerini hissettirmelidir. Fiziki çalışma şartlarında iyileştirmeler yapılma ve mesai bitiş-başlangıç zamanları net olmalıdır. Hekimlik gibi yoğun dikkat gerektiren meslek gruplarında mesai sonrası yeterli dinleme süresi sağlanmasına dikkat edilmelidir(158, 184, 185).

Tükenmişlikle örgütsel mücadele yöntemlerinin potansiyel değeri büyük olsadaönemli miktarda çaba, zaman ve para gerektirdiği için uygulanabilirliği düşüktür(138).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız vaka kontrol niteliğinde olup Hatay’da bulunan Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi’nde yapılmıştır.

3.1 Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.08.2021 tarih ve 10-36 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2 Evren ve Örneklem

Çalışmamızda dâhil edilme kriterlerini karşılayan Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi’nde koronavirüs poliklinik, servis, acil ve yoğun bakımlarında hizmet veren 80 sağlık personeli vaka grubu olarak veyine Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi’nde koronavirüse ait herhangi bir birimde çalışmamış 80 sağlık personeli kontrol grubu olarak alınmıştır. Toplam 160 kişiye ulaşılmıştır. Veriler, 01.08.2021 – 31.10.2020 tarihleri arasındaki 3 aylık dönemde araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanlarına yüz yüze anket görüşmesi uygulanarak toplanmıştır. Çalışmamızda dâhil edilme ve dışlama kriterleri belirlenmiş olup;

Dâhil edilme kriterleri

- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi’nde sağlık çalışanı olmak
- Çalışmaya katılmak için onay vermiş olmak

Dışlama kriterleri

- Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak

- Çalışmaya katıldığı halde anket veya ölçekleri doldurmayıp çalışmayı yarıda bırakmak

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce uygulama esnasında anlaşılmayan soruların olabileceği düşüncesiyle 20 anketle ön deneme yapıldı. Hatalı, anlaşılmayan ve yanlış anlaşılan sorular gözden geçirilerek anket yeniden düzenlendi.

Beş bölümden oluşan anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak yapılandırıldı. Anketin birinci bölümü 'Katılımcının Sosyodemografik Özellikleri', ikinci bölümü 'Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ)', üçüncü bölümü 'Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)', dördüncü bölüm 'Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği(KKO)', beşinci bölümü ise 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği(MTÖ)' olup toplamda 78 soru içermektedir.

Ölçüm aracı; 1.bölüm sosyodemografik özellikler 8 soru, 2.bölüm beck anksiyete ölçeği (21 soruluk 4'lü likert formda), 3.bölüm beck depresyon ölçeği(21 soruluk 4'lü likert formda), 4.bölüm koronavirüs (covid-19) korkusu ölçeği(7 soruluk), 5. Bölüm maslach tükenmişlik ölçeği(21 soruluk) içeren ankettir.

1. Sosyodemografik Özellikler:Katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, toplam aylık gelir, meslek, çalıştığı birim, çalışma şekli ve haftalık çalışma sürenin araştırıldığı bölümdür. Bu bölüm literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

2. Beck Anksiyete Ölçeği:Beck ve arkadaşları tarafından kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ve sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Ölçek 21 sorudan oluşan, her sorunun 0-3 arası bir skorla puanlandığı likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınan toplam puan ne kadar yüksekse

anksiyete seviyeside okadar yüksek olup, ölçeğin puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0-7 puan arası anksiyetenin olmadığı, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 puan arası yüksek düzeyde anksiyete varlığını göstermektedir(186). Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmış olup cronbach alpha değeri 0,93 bulunmuştur(187).

3. Beck Depresyon Ölçeği:Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçek bireylerin depresyon yönünden riskini, depresif belirtilerin şiddet değişimini ve düzeyini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir.Ölçek 21 maddeden oluşur ve iki madde duygulara, iki madde davranışlara, on bir madde bilişlere, bir madde kişiler arası belirtilere ve beş madde bedensel belirtilere ayrılmıştır. Ölçek umutsuzluk, bedensel kaygılar, kendini suçlama, uyku bozukluğunu ve suçluluk duygularını değerlendirmektedir. Her bir soru 0-3 puan arasında skorlanırken alınacak en yüksek puan 63, en düşük puan 0'dır. 0-9 puan: normal, 10-18 puan: hafif depresyon, 19-29 puan: orta düzey depresyon, 30-63: şiddetli depresyonu gösterirken toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğine işaret etmektedir(188). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmış olup güvenilirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir(189).

4. Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği:Aharsu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında 7 madde ile düzenlenen ve 717 İranlı katılımcının örneklem olarak alındığı likert tip ölçektir. Ölçek 7 maddeden oluşup her maddenin puanlaması 1-7 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 7 iken en fazla puan 35'tir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise Covid-19 korkusunun o kadar yüksek olacağını öngören bir puanlama sistemine sahiptir. Tasarlanması sırasında Hastalığa Karşı Algılanan Hassasiyet Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği'nden yararlanıldığı belirtilmiş olup ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Biçer İ. ve arkadaşları yapmıştır(90, 190).

5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği:Bu ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeği 22 maddeden ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5

madde) ve kişisel başarıdan (8 madde) oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı maddeler duygusal tükenme, 5, 10, 11, 15, 22 numaralı maddeler duyarsızlaşma ve 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı maddeler kişisel başarı alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Ölçekteki kişisel başarı ile ilgili önermeler olumlu, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ile ilgili önermeler olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Bu sebeple kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar artmış düzeyde tükenmişlik ile ilişkilendirilmektedir(191).

Ergin 1992 yılında Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır(192). 7 basamaklı cevap seçenekleri bulunan ölçeğin özgün formunun Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş olup seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Ancak yapılan geçerlilik çalışmaları ölçeğin özgün formunda olan üç faktörlü yapının kültürümüze uygun olduğunun ortaya koymuş ve bu yapı değiştirilmemiştir. Alt boyutlara ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 'Duyarsızlaşma' için 0,65, 'Duygusal Tükenme' için 0,83, 'Kişisel Başarı' için 0,72 olarak hesaplanmıştır(193).

Ölçekte yer alan maddeler 5 dereceli (hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman) Likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Ölçeğe uygulayan her katılımcı için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanların sınır değeri olmadığından tükenmişlikle alakalı yok ya da var şeklinde bir ayırım yapılamamakta; düşük, orta ve yüksek tükenmişlikten bahsedilebilmektedir.

Duygusal Tükenme alt ölçeği hesaplanırken formdaki 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 nolu soruların karşılığı olan sıklık puanları toplanır. Bu alt scalada alınan yüksek skorlar tükenmişlik ile ilişkilendirilirken puan olarak değer 30 ve üzeri yüksek düzey, 22-30 arası değerler orta düzey, 21 ve altı değerler ise düşük düzey tükenmişlik olarak değerlendirilir.

Duyarsızlaşma alt ölçeği için formdaki 5, 10, 11, 15, 22 nolu soruların karşılığı olarak belirtilen puanlar toplanır. Bu alt scalada alınan yüksek skorlar tükenmişlik ile ilişkilendirilirken puan olarak değer 13 ve üzeri ise yüksek, 10-12 arası orta, 9 ve altı ise düşük düzey tükenmişlik olarak değerlendirilir.

Kişisel Başarı alt ölçeği için formdaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 nolu sorulara karşılık gelen sıklık puanları toplandı. Bu alt skalada alınan düşük skorlar tükenmişlik ile ilişkilendirilirken puan olarak değer 0-23 arası ise yüksek, 24-26 arası ise orta, 27 ve üzeri ise düşük düzey tükenmişlik olarak değerlendirilir.

3.4 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; anket formlarının oluşturulması, literatür taraması, ekip oluşturulması ve gerekli izinlerin alınması gibi ön hazırlıklar yapıldıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi doktor görev aldı. Araştırma etik kurul izni Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı.

Araştırmanın uygulama aşamasında önce çalışmanın yapılacağı uygun bir zaman dilimi ayarlandı. Katılımcılarla görüşme çalışmaları birimlere gidilerek yapıldı. Uygulanan ölçekler öncesinde kişilere çalışma ile ilgili kısa bilgi verildi. Sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin onamları yazılı olarak alındı. Hazırlanan ölçekler katılımcılara araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Anketler 01.08.2021-31.10.2021 tarihleri arasında uygulandı. Örneklem hacmi belirlenirken her iki grup için Beck Depresyon Ölçeği skorları dikkate alındı. Pilot çalışmadan elde edilen sonuçlardan 0,46 etki büyüklüğü (effect size) ve %80 güç ile her bir grupta alınması gereken birey sayısı 77 olarak hesaplandı. Bundan dolayı 80 vaka grubu ve 80 kontrol grubu olmak üzere toplam 160 kişiyle görüşülerek veri toplama tamamlandı.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Beck Anksiyete Ölçeği
- Beck Depresyon Ölçeği
- MaslachTükenmişlik Ölçeği
- Koronavirüs (Covid-19) Ölçeği

Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni Durum
- Aylık Gelir
- Meslek
- Çalışılan Birim
- Çalışma Şekli
- Çalışma Süresi

3.6 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sürüm 26.0 istatistik paket programına girildi ve verilerin analizleri bu programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama değer, ortanca değer, standart sapma, en

büyükve en küçük değerler kullanıldı. Ayrıca araştırmada Pearson Ki Kare, Eğitimde Ki Kare(Linear by Linear), Mann-Whitney U, Pearson Korelasyon, Student t ve One Way ANOVA analizleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'ten daha küçük değerler önemli olarak kabul edildi.

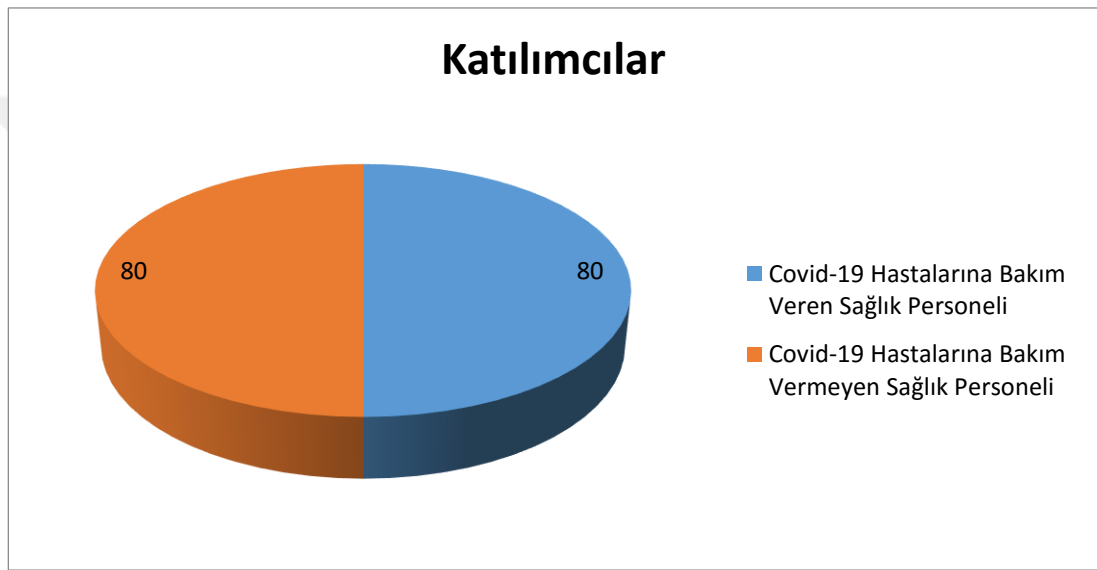
3.7 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın herhangi bir finansal desteği olmayıp finansmanı araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmaya Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli ve bakım vermeyen sağlık personeli olmak üzere iki farklı grup dâhil edilmiştir. Her iki gruptan da eşit sayıda sağlık personeli çalışmaya alınmıştır. Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli 80(%50) ve bakım vermeyen sağlık personeli 80(%50) kişiden oluşmaktadır (Şekil 1).



Şekil 4. Katılımcıların gruplara göre dağılımı

Çalışmaya alınan 160 katılımcının %41,9'ukadın, %51,9'u evli idi. Katılımcıların yaş ortalaması $30,29 \pm 5,669$ idi (min=19, maks=53). Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin yaş ortalaması $30,35 \pm 4,881$, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $30,24 \pm 6,391$ idi. Katılımcıların maaş ortalaması $6647,56 \pm 3559,483$ idi (min=2800, maks=15000). Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin maaş ortalaması $6229,50 \pm 3505,755$, bakım vermeyen sağlık personelinin maaş ortalaması ise $7065,63 \pm 3585,516$ idi. Katılımcıların %45,0'ı hekim, %23,1'i hemşire, %17,5'i özel güvenlik olup %14,4'ü temizlik personeliydi. Bunu takiben katılımcıların %89,4'ü 40 saatten fazla, %10,6'sı 40 saatten az çalışmaktaydı. Çalışmaya alınan kişilerin %19,4'ü sürekli gündüz, %11,3'ü sürekli

gece, %36,9'u gece-gündüz vardiyalı ve %31,9'u gündüz ama gece nöbetli sistemle çalışmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	67	41,9
Erkek	93	58,1
Medeni Durum		
Bekâr	77	48,1
Evli	83	51,9
Çalışma Saati (Haftalık)		
40 Saatten Fazla	143	89,4
40 Saatten Az	17	10,6
İş		
Hekim	72	45,0
Hemşire	37	23,1
Özel Güvenlik	28	17,5
Temizlik Personeli	23	14,4
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	31	19,4
Sürekli gece	18	11,3
Gece-gündüz vardiya	59	36,9
Gündüz ama gece nöbetli sistem	51	31,9
Diğer	1	0,6

Çalışmaya katılan Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarının %38,8'i kadın, %52,5'i evli idi. Kişilerin %41,3'ü hekim, %23,8'i özel güvenlik, %21,3'ü hemşire ve %13,8'i temizlik personeli idi. Covid-19 hastalarına bakım verenlerin %33,8'i serviste, %20,0'ı yoğun bakımda, %42,5'i poliklinikte ve %3,8'i acilde çalışmıştı. Ayrıca %12,5'i sürekli gündüz, %12,5'i sürekli gece, %51,3'ü

gece-gündüz vardiyalı ve %23,8'i gündüz ama gece nöbetli sistem şeklinde çalışıyordu. Çalışanların %86,3'ü haftalık 40 saatten fazla, %13,8'i haftalık 40 saatten az çalışıyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Covid-19 Biriminde Çalışanların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	31	38,8
Erkek	49	61,3
Medeni Durum		
Evli	42	52,5
Bekar	38	47,5
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	10	12,5
Sürekli gece	10	12,5
Gece-gündüz vardiya	41	51,3
Gündüz ama gece nöbetli sistem	19	23,8
İş		
Hekim	33	41,3
Hemşire	17	21,3
Özel güvenlik	19	23,8
Temizlik personeli	11	13,8
Çalıştığı birim		
Servis	27	33,8
Yoğun bakım	16	20,0
Poliklinik	34	42,5
Acil	3	3,8
Çalışma Saati (Haftalık)		
40 Saatten Fazla	69	86,3
40 Saatten Az	11	13,8

Çalışmaya katılan Covid-19 hastalarına bakım vermeyen sağlık personeli grubundaki katılımcıların %48,0'ı kadın, %52,3'ü evli idi. Kontrol grubundaki

bireylerin %48,8'i hekim, %25,0'ı hemşire, %11,3'ü özel güvenlik ve %15,0'ı temizlik personeli idi. Kişilerin %26,3'ü sürekli gündüz, %10,0'ı sürekli gece, %22,5'i gece-gündüz vardiyalı, %40,0'ı gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışmakta idi. Bakım vermeyen personelin %92,5'i haftalık 40 saatten fazla çalışırken %7,5'i haftalık 40 saatten az çalışmaktaydı (Tablo 3).

Tablo 3. Covid-19 Biriminde Çalışmayanların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	n	%
Cinsiyet		
Kadın	36	45,0
Erkek	44	55,0
Medeni Durum		
Evli	41	51,3
Bekar	39	48,8
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	21	26,3
Sürekli gece	8	10,0
Gece-gündüz vardiya	18	22,5
Gündüz ama gece nöbetli sistem	32	40,0
Diğer	1	1,3
İş		
Hekim	39	48,8
Hemşire	20	25,0
Özel güvenlik	9	11,3
Temizlik personeli	12	15,0
Çalışma Saati (Haftalık)		
40 Saatten Fazla	74	92,5
40 Saatten Az	6	7,5

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği puan ortancası 10,00±11,006 (Min=0, Maks=61), Beck Depresyon Ölçeği puan ortancası 10,00±11,235 (Min=0, Maks=47) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği puan ortancası 14,0±6,665 (Min=7,

Maks=34) idi. Ayrıca katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortalaması $36,88 \pm 12,81$ idi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Skorları

	Ortanca $\pm$ SS	Min-Maks.
Beck Anksiyete Ölçeği	10,00 $\pm$ 11,006	0-61
Beck Depresyon Ölçeği	10,00 $\pm$ 11,235	0-47
Koronavirüs Korkusu Ölçeği	14,0 $\pm$ 6,665	7-34
	Ortalama$\pm$ SS	Min-Maks.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	36,88 $\pm$ 12,81	4-67

Çalışmaya katılanların Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme alt ölçeğinin puan ortalaması $16,87 \pm 8,57$, duyarsızlaşma alt ölçeğinin puan ortalaması $6,42 \pm 4,55$ ve kişisel başarı alt ölçeğinin puan ortalaması $18,41 \pm 5,56$ olarak tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Maslach Alt Ölçek Puan ortalamaları

	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Duygusal Tükenme	16,87 $\pm$ 8,57	0-36
Duyarsızlaşma	6,42 $\pm$ 4,55	0-18
Kişisel Başarı	18,41 $\pm$ 5,56	0-32

Katılımcılara uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği'nin anksiyete derecelerine göre dağılımı Tablo 6'da detaylı olarak incelenmektedir. Katılımcıların %40,6'sında anksiyete yok, %31,9'unda hafif anksiyete, %13,8'inde orta düzey anksiyete ve %13,8'inde yüksek düzeyde anksiyete olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği'nin Değerlendirmesi

Beck Anksiyete Ölçeği	n	%
Anksiyete Yok	65	40,6
Hafif Anksiyete	51	31,9
Orta Düzey Anksiyete	22	13,8
Yüksek Düzeyde Anksiyete	22	13,8

Ayrıca katılımcılara uygulanan Beck Depresyon Ölçeği sonucunda kişilerde en sık minimal düzeyde depresyon tespit edilirken, en az şiddetli depresyona rastlanmış olup; %25,0 oranında hafif depresyon ve %13,1 oranında orta depresyon tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi

Beck Depresyon Envanteri	n	%
Minimal Depresyon	79	49,4
Hafif Depresyon	40	25,0
Orta Depresyon	21	13,1
Şiddetli Depresyon	20	12,5

Çalışmaya katılan kişilerin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek puanları Tablo 8'de detaylı olarak incelenmiştir. Katılımcılarda alt ölçeklerden duygusal tükenme alt ölçeğinde en sık düşük düzey tükenmişlik, duyarsızlaşma alt ölçeğinde en sık düşük düzey tükenmişlik ve kişisel başarı alt ölçeğinde en sık %84,4 oran ile yüksek düzey tükenmişlik tespit edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları

Değişken	n	%
Duygusal Tükenme		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	16	10,0
Orta Düzey Tükenmişlik	34	21,3
Düşük Düzey Tükenmişlik	110	68,8
Duyarsızlaşma		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	22	13,8
Orta Düzey Tükenmişlik	15	9,4
Düşük Düzey Tükenmişlik	123	76,9
Kişisel Başarı		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	135	84,4
Orta Düzey Tükenmişlik	14	8,8
Düşük Düzey Tükenmişlik	11	6,9

Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında Beck Anksiyete Ölçeği puan ortancası $11,00 \pm 13,16$ (Min=0, Maks=61), Beck Depresyon Ölçeği puan ortancası $15,00 \pm 12,71$ (Min=0, Maks=47) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği puan ortancası $15,0 \pm 7,42$ (Min=7, Maks=34) idi. Ayrıca Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortalaması $41,47 \pm 12,1$ idi (Tablo 9).

Tablo 9. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personeli Ölçek Skorları

	Ortanca $\pm$ SS	Min-Maks.
Beck Anksiyete Ölçeği	$11,00 \pm 13,16$	0-61
Beck Depresyon Ölçeği	$15,00 \pm 12,71$	0-47
Koronavirüs Korkusu Ölçeği	$15,0 \pm 7,42$	7-34
	Ortalama $\pm$ SS	Min-Maks.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	$41,47 \pm 12,1$	7-63

Yine Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme alt ölçeğinin puan ortalaması $20,04 \pm 8,47$, duyarsızlaşma alt ölçeğinin puan ortalaması $8,46 \pm 4,52$ ve kişisel başarı altölçeğinin puan ortalaması $19,02 \pm 5,6$ olarak tespit edildi (Tablo 10).

Tablo 10. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personeli Maslach Alt Ölçek Skorları

Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Duygusal Tükenme	$20,04 \pm 8,47$	0-36
Duyarsızlaşma	$8,46 \pm 4,52$	0-17
Kişisel Başarı	$19,02 \pm 5,6$	0-31

Vaka grubuna uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği'nin anksiyete derecelerine göre %37,5'i anksiyete yok, %22,5'i hafif anksiyete, %16,3'ü orta düzey anksiyete ve %23,8'i yüksek düzeyde anksiyete olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yine vaka grubuna uygulanan Beck Depresyon Ölçeği'nin sonucuna göre %30,0'ı normal, 28,8'inde hafif düzeyde depresyon, %18,8'inde orta düzey depresyon ve %22,5'ide şiddetli depresyon olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personelinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi

Değişken	n	%
Beck Anksiyete Ölçeği		
Anksiyete Yok	30	37,5
Hafif Anksiyete	18	22,5
Orta Düzey Anksiyete	13	16,3
Yüksek Düzeyde Anksiyete	19	23,8
Beck Depresyon Ölçeği		
Minimal Depresyon	24	30,0
Hafif Depresyon	23	28,8
Orta Depresyon	15	18,8
Şiddetli Depresyon	18	22,5

Çalışmaya katılan Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin maslach tükenmişlik alt ölçek puanları Tablo 12’de detaylı olarak incelenmiştir.

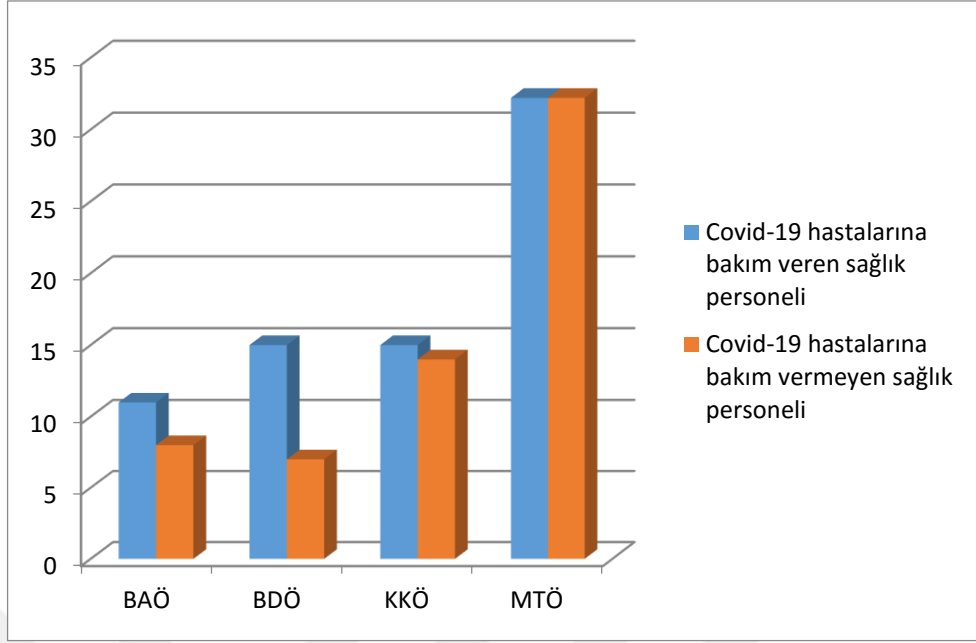
Tablo 12. Covid-19 Hastalarına Bakım Veren Sağlık Personelinin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları

Değişken	n	%
Duygusal Tükenme		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	12	15,0
Orta Düzey Tükenmişlik	25	31,3
Düşük Düzey Tükenmişlik	43	53,8
Duyarsızlaşma		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	19	23,8
Orta Düzey Tükenmişlik	10	12,5
Düşük Düzey Tükenmişlik	51	63,8
Kişisel Başarı		
Yüksek Düzey Tükenmişlik	66	82,5
Orta Düzey Tükenmişlik	7	8,8
Düşük Düzey Tükenmişlik	7	8,8

Covid-19 hastalarına bakım vermeyen sağlık çalışanlarında Beck Anksiyete Ölçeği puan ortancası $8,00 \pm 7,283$ (Min=0, Maks=61) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Beck Depresyon Ölçeği puan ortancası $7,00 \pm 7,128$ (Min=0, Maks=47) ve Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği puan ortancası $14,00 \pm 5,585$ (Min=7, Maks=34) idi. Kontrol grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortalaması $32,2 \pm 11,85$ idi (Tablo 13).

Tablo 13. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personeli Ölçek Skorları

	Ortanca $\pm$ SS	Min-Maks.
Beck Anksiyete Ölçeği	$8,00 \pm 7,28$	0-36
Beck Depresyon Ölçeği	$7,00 \pm 7,12$	0-35
Koronavirüs Korkusu Ölçeği	$14,0 \pm 5,58$	7-30
	Ortalama $\pm$ SS	Min-Maks.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	$32,2 \pm 11,85$	4-67



Şekil 5. Vaka ve kontrol grubunun ölçek puanlarının kıyaslanması

Yine Covid-19 hastalarına bakım vermeyen sağlık çalışanlarında Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme alt ölçeğinin puan ortalaması $13,70 \pm 7,47$, duyarsızlaşma alt ölçeğinin puan ortalaması $4,38 \pm 3,59$ ve kişisel başarı altölçeğinin puan ortalaması $17,79 \pm 0,56$ olarak tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 14. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personeli Maslach Alt Ölçek Skorları

	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Duygusal Tükenme	$13,70 \pm 7,47$	0-35
Duyarsızlaşma	$4,38 \pm 3,59$	0-18
Kişisel Başarı	$17,79 \pm 0,56$	0-32

Vaka grubuna uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği'nin anksiyete derecelerine göre %43,8'i anksiyete yok, %41,3'ü hafif anksiyete, %11,3'ü orta düzey anksiyete ve %3,8'i yüksek düzeyde anksiyete olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yine Covid-19 hastalarına bakım vermeyen sağlık çalışanı grubuna uygulanan Beck Depresyon Ölçeği'nin sonucuna göre en fazla minimal depresyon tespit edilmişken en az şiddetli düzey depresyonaraştlanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personelinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nin Değerlendirmesi

Değişken	n	%
Beck Anksiyete Ölçeği		
Anksiyete Yok	35	43,8
Hafif Anksiyete	33	41,3
Orta Düzey Anksiyete	9	11,3
Yüksek Düzeyde Anksiyete	3	3,8
Beck Depresyon Ölçeği		
Minimal Depresyon	55	68,8
Hafif Depresyon	17	21,3
Orta Depresyon	6	7,5
Şiddetli Depresyon	2	2,5

Çalışmaya katılan Covid-19 hastalarına bakım vermeyen sağlık personelinin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek puanları Tablo 16'da detaylı olarak incelenmiştir.

Tablo 16. Covid-19 Hastalarına Bakım Vermeyen Sağlık Personelinin Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek Puanları

	Düşük		Orta		Yüksek	
MaslachTükenmişlik Ölçeği	n	%	n	%	n	%
Duygusal Tükenme	67	83,8	9	11,3	4	5,0
Duyarsızlaşma	72	90,0	5	6,3	3	3,8
Kişisel Başarı	4	5,0	7	8,8	69	86,3

Tablo 17’de görüldüğü gibi katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğinden aldığı puanlar karşılaştırıldığında Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli ile bakım vermeyen sağlık personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$). Ayrıca yine Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Ancak Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanları kıyaslandığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,059$).

Tablo 17. Ölçek puanlarının vaka-kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

Ölçekler	Grup				p
	Vaka		Kontrol		
	Ortanca	EK-EB	Ortanca	EK-EB	
BAÖ	11,00	0-61	8,00	0-36	0,017
BDÖ	15,00	0-47	7,00	0-35	0,000
KKÖ	15,00	7-34	14,00	7-30	0,059

Mann-whitney u

Maslach tükenmişlik ölçeğinden alınan puanlara göre total Maslach puanı ve duygusal tükenme ile duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalamaları vaka grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Covid-19 birimde çalışan sağlık personelinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği total puan ortalaması $41,48\pm12,1$ bulunurken kontrol grubunun puan ortalaması $32,29\pm11,8$ olarak tespit edilmiştir. Ancak kişisel başarı alt ölçek puanları kıyaslandığında vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 18)

Tablo 18. Total Maslach puanının ve alt ölçeklerinin puanlarının vaka-kontrol gruplarına göre analizi

Ölçekler	Vaka	Kontrol	t	p
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS		
MTÖ	41,48 $\pm$ 12,1	32,29 $\pm$ 11,8	4,844	0,000
MDT	20,04 $\pm$ 8,47	13,70 $\pm$ 7,47	5,015	0,000
MD	8,46 $\pm$ 4,52	4,38 $\pm$ 3,59	6,328	0,000
MKB	19,02 $\pm$ 5,65	17,79 $\pm$ 5,65	1,384	1,168

Student t

Tablo 19’da görüldüğü gibi Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli ile bakım vermeyen sağlık personeli arasında Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Vaka grubunda en

az %16,3 oran ile orta düzey anksiyete bulunmuşken, kontrol grubunda en az %3,8 oran ile yüksek düzey anksiyete bulunmuştur.

Tablo 19. Vaka ve kontrol gruplarının BAÖ puanlarının karşılaştırılması

	Vaka		Kontrol		p χ^2
	n	%	n	%	
Anksiyete yok	30	37,5	35	43,8	0,001 17,16
Hafif Anksiyete	18	22,5	33	41,3	
Orta Düzey Anksiyete	13	16,3	9	11,3	
Yüksek Düzey Anksiyete	19	23,8	3	3,8	

Ki kare

Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli ile bakım vermeyen sağlık personelinin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 20’de incelenmiştir. Sonuç olarak vaka ve kontrol grubu arasında ölçekten aldıkları puanlar açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,000$). Vaka grubunda minimal depresyon %30,4 oranında, hafif düzey depresyon %28,8 oranında, orta düzey depresyon %18,8 oranında ve şiddetli düzey depresyon %22,5 oranında görülürken, kontrol grubunda minimal depresyon %68,8 oranında, hafif düzey depresyon %21,3 oranında, orta düzey depresyon %7,5 oranında ve şiddetli düzey depresyon %2,5 oranında görülmüştür,

Tablo 20. Vaka ve kontrol gruplarının BDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Vaka		Kontrol		p χ^2
	n	%	n	%	
Minimal Depresyon	24	30,4	55	68,8	0,000 29,72
Hafif Düzey Depresyon	23	28,8	17	21,3	
Orta Düzey Depresyon	15	18,8	6	7,5	
Şiddetli Düzey Depresyon	18	22,5	2	2,5	

Ki kare

Vaka ve kontrol grubunun Maslach Alt Ölçek puanları Tablo 21’de detaylı olarak incelenmiştir. Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında duygusal tükenmişlik alt ölçeğinde yüksek düzey tükenmişlik %75,0 oranında

görülürken kontrol grubunda %25,0 olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Ayrıca yine vaka grubunda duyarsızlaşma alt ölçeğinde yüksek düzeyde tükenmişlik %86,4, orta düzeyde tükenmişlik %66,7 ve düşük düzeyde tükenmişlik %41,5 oranında görülürken kontrol grubunda ise duyarsızlaşma alt ölçeğinde yüksek düzeyde tükenmişlik %13,6, orta düzeyde tükenmişlik %33,3 ve düşük düzeyde tükenmişlik %58,5 oranında görülmüştür ($p<0,001$). Ancak kişisel başarı alt ölçek puanları arasında vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,642$).

Tablo 21. Vaka ve kontrol gruplarının Maslach Tükenmişlik Alt Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Vaka		Kontrol		
	n	%	n	%	p x ²
Duygusal Tükenme					
Yüksek Düzey Tükenmişlik	12	15,0	4	5,0	0,000** 14,37
Orta Düzey Tükenmişlik	25	31,3	9	11,3	
Düşük Düzey Tükenmişlik	43	53,8	67	83,8	
Duyarsızlaşma					
Yüksek Düzey Tükenmişlik	19	23,8	3	3,8	0,000* 16,88
Orta Düzey Tükenmişlik	10	12,5	5	6,3	
Düşük Düzey Tükenmişlik	51	63,8	72	90,0	
Kişisel Başarı					
Yüksek Düzey Tükenmişlik	66	82,5	69	86,3	0,642* 0,885
Orta Düzey Tükenmişlik	7	8,8	7	8,8	
Düşük Düzey Tükenmişlik	7	8,8	4	5,0	

*Ki kare **lineer by lineer

Katılımcılara uygulanan ölçek puanlarının cinsiyete göre analizi Tablo 22’de incelenmiş olup Beck Depresyon Ölçeği, Koronavirüs Korkusu Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tablo 22. Katılımcılara uygulanan bazı ölçek puanlarının cinsiyete göre analizi

	Kadın	Erkek	t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Ölçekler				
BDÖ	13,57±11,2	12,60±11,26	0,535	0,594
KKÖ	16,16±6,64	14,46±6,62	1,601	0,111
MTÖ	37,69±11,8	36,30±13,4	0,674	0,502
MDT	17,60±7,49	16,34±9,28	0,943	0,347
MD	6,57±4,49	6,31±4,62	0,349	0,728
MKB	18,48±4,90	18,35±6,18	0,135	0,893

Student t

Yine katılımcılara uygulanan ölçek puanları cinsiyete göre analiz edildiğinde Beck Depresyon Ölçeği, Koronavirüs Korkusu Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcılara uygulanan bazı ölçek puanlarının medeni duruma göre analizi

	Evli	Bekâr	t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Ölçekler				
BDÖ	12,53±10,9	13,52±11,5	-0,555	0,579
KKÖ	16,01±6,65	14,27±6,59	1,658	0,099
MTÖ	36,71±12,9	37,06±12,7	-0,174	0,862
MDT	16,82±8,69	16,92±8,51	-0,076	0,940
MD	6,81±4,86	6,00±4,19	1,120	0,264
MKB	18,92±5,77	17,86±5,53	1,181	0,239

Student t

Beck depresyon ölçeğinden alınan puanlara göre, 40 saatten az çalışan katılımcılarda 40 saatten fazla çalışanlara göre Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (**p=0,047**). Ancak Beck Anksiyete Ölçeği, Koronavirüs Korkusu Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği total ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcılara uygulanan ölçek puanlarının çalışma saatine göre analizi

	40 saatten fazla	40 saatten az	t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Ölçekler				
BAÖ	12,09±10,7	12,71±13,1	-0,217	0,828
BDÖ	12,40±10,8	18,12±13,0	-2,003	0,047
KKÖ	15,32±6,68	13,94±6,55	0,806	0,421
MTÖ	36,53±12,5	39,82±15,1	-1,001	0,318
MDT	16,52±8,38	19,82±9,85	-1,508	0,133
MD	6,24±4,38	7,94±5,76	-1,179	0,253
MKB	18,22±5,67	19,94±5,55	-1,182	0,239

Student t

Katılımcıların yapılan Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar sonucunda, meslek grubu ve çalışma şekli arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Katılımcılar arasında hekimlerin puan ortalamaları $10,93 \pm 9,17$, hemşirelerin puan ortalamaları $15,27 \pm 13,34$, özel güvenliklerin puan ortalamaları $8,96 \pm 7,81$ ve temizlik personelinin puan ortalamaları $14,87 \pm 13,97$ olarak bulunmuştur. Ayrıca sürekli gündüz çalışanların puan ortalamaları $11,65 \pm 13,0$, sürekli gece çalışanların puan ortalamaları $15,61 \pm 13,2$, gece-gündüz vadiyalı olarak çalışanların puan ortalamaları $12,39 \pm 11,8$ ve gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışanların puan ortalamaları $11,10 \pm 7,36$ olarak bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25. BAÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	F	p
Meslek	Hekim	10,93 $\pm$ 9,17	2,613	0,053
	Hemşire	15,27 $\pm$ 13,34		
	Özel güvenlik	8,96 $\pm$ 7,81		
	Temizlik personeli	14,87 $\pm$ 13,97		
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	11,65 $\pm$ 13,0	0,657	0,623
	Sürekli gece	15,61 $\pm$ 13,2		
	Gece-gündüz vardiyalı	12,39 $\pm$ 11,8		
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	11,10 $\pm$ 7,36		
	Diğer	6,00 $\pm$ 0,0		

Anova

Tablo 26’da gösterildiği gibi katılımcıların Beck depresyonölçeğinden aldıkları puan ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında hekim ile temizlik personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,022**). Çalışma şekilleri ve Beck depresyonölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 26. BDÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	F	p
Meslek	Hekim	11,19 $\pm$ 9,31	3,290	0,022
	Hemşire	13,49 $\pm$ 11,49		
	Özel güvenlik	11,86 $\pm$ 9,94		
	Temizlik personeli	19,30 $\pm$ 15,50		
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	11,74 $\pm$ 12,81	1,814	0,129
	Sürekli gece	16,67 $\pm$ 13,43		
	Gece-gündüz vardiyalı	14,95 $\pm$ 11,75		
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	10,29 $\pm$ 7,96		
	Diğer	10,00 $\pm$ 0,0		

Anova

Katılımcıların yapılan Koronavirüs Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanlar sonucunda, meslek grubu ve çalışma şekli arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Katılımcılar arasında hekimlerin puan ortalamaları $15,08 \pm 5,64$, hemşirelerin puan ortalamaları $16,89 \pm 7,62$, özel güvenliklerin puan ortalamaları $14,29 \pm 7,32$ ve temizlik personelinin puan ortalamaları $13,78 \pm 7,01$ olarak bulunmuştur. Ayrıca sürekli gündüz çalışanların puan ortalamaları $13,52 \pm 7,35$, sürekli gece çalışanların puan ortalamaları $19,28 \pm 6,33$, gece-gündüz vadiyalı olarak çalışanların puan ortalamaları $15,07 \pm 7,17$ ve gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışanların puan ortalamaları $14,92 \pm 5,23$ olarak bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. KKÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	F	p
Meslek	Hekim	15,08 $\pm$ 5,64	1,332	0,266
	Hemşire	16,89 $\pm$ 7,62		
	Özel güvenlik	14,29 $\pm$ 7,32		
	Temizlik personeli	13,78 $\pm$ 7,01		
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	13,52 $\pm$ 7,35	2,341	0,057
	Sürekli gece	19,28 $\pm$ 6,33		
	Gece-gündüz vardiyalı	15,07 $\pm$ 7,17		
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	14,92 $\pm$ 5,23		
	Diğer	12,00 $\pm$ 0,0		

Anova

Tablo 28’de gösterildiği gibi katılımcıların Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puan ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında özel güvenlik ile temizlik personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,026**).

Tablo 28. MTÖ puanlarının bazı değişkenlere göre analizi

Değişken		Ortalama $\pm$ SS	F	p
Meslek	Hekim	37,14 $\pm$ 13,41	3,174	0,026
	Hemşire	37,54 $\pm$ 12,80		
	Özel güvenlik	31,21 $\pm$ 12,10		
	Temizlik personeli	41,91 $\pm$ 9,482		
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	35,16 $\pm$ 12,96	1,015	0,401
	Sürekli gece	38,00 $\pm$ 15,11		
	Gece-gündüz vardiyalı	38,34 $\pm$ 12,09		
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	35,49 $\pm$ 12,67		
	Diğer	55,00 $\pm$ 0,0		

Anova

Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde çalıştıkları yere göre aldıkları Beck Anksiyete Ölçeği puanları detaylı olarak analiz edilmiştir (Tablo 29).

Vaka grubundaki katılımcıların çalıştığı yer ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,341$). Serviste çalışanların puan ortalaması $17,07\pm12,88$, yoğun bakımda çalışanların puan ortalaması $17,50\pm11,74$, poliklinikte çalışanların puan ortalaması $13,21\pm14,21$ ve acilde çalışanların puan ortalaması $5,67\pm5,13$ olarak bulunmuştur ($p=0,341$).

Tablo 29. Vaka grubunun BAÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi

Değişken	Ortalama $\pm$ SS	F	p
Çalıştığı yer			
Servis	17,07 $\pm$ 12,88	1,133	0,341
Yoğun bakım	17,50 $\pm$ 11,74		
Poliklinik	13,21 $\pm$ 14,21		
Acil	5,67 $\pm$ 5,13		

Anova

Tablo 30’da vaka grubunun Beck Depresyon Ölçeği puanları detaylı olarak analiz edilmiştir. Vaka grubundaki katılımcıların çalıştığı yer ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,309$)

Tablo 30. Vaka grubunun BDÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi

Değişken	Ortalama $\pm$ SS	F	p
Çalıştığı yer			
Servis	18,81 $\pm$ 12,44	1,217	0,309
Yoğun bakım	21,63 $\pm$ 10,91		
Poliklinik	14,74 $\pm$ 12,88		
Acil	16,00 $\pm$ 21,16		

Anova

Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde çalıştıkları yere göre aldıkları Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanları detaylı olarak analiz edilmiştir (Tablo 31). Vaka grubundaki katılımcıların çalıştığı yer ile Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Serviste çalışanların puan ortalaması $17,44\pm7,94$, yoğun bakımda çalışanların puan ortalaması $17,56\pm6,51$, poliklinikte çalışanların puan ortalaması $15,09\pm7,35$ ve acilde çalışanların puan ortalaması $15,67\pm9,60$ olarak bulunmuştur ($p=0,577$)

Tablo 31. Vaka grubunun KKÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi

Değişken	Ortalama $\pm$ SS	F	p
Çalıştığı yer			
Servis	17,44 $\pm$ 7,94	0,663	0,577
Yoğun bakım	17,56 $\pm$ 6,51		
Poliklinik	15,09 $\pm$ 7,35		
Acil	15,67 $\pm$ 9,60		

Anova

Tablo 32’de vaka grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları detaylı olarak analiz edilmiştir. Vaka grubundaki katılımcıların çalıştığı yer ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,289$)

Tablo 32. Vaka grubunun MTÖ puanlarının çalışılan yere göre analizi

Değişken	Ortalama±SS	F	p
Çalıştığı yer			
Servis	42,48±13,13		
Yoğun bakım	45,69±10,76		
Poliklinik	38,82±11,90	1,274	0,289
Acil	40,00±9,16		

Anova

Katılımcıların yaşları ile uygulanan ölçekler arasında korelasyon bulunamamışken benzer şekilde katılımcıların maaşları ile ölçekler arasında korelasyon bulunamamıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların Yaşı ve Maaşları ile Ölçeklerin Korelasyonu

Ölçekler	Yaş		Maaş	
	r	p	r	p
Beck Anksiyete Ölçeği	-0,05	0,46	0,004	0,95
Beck Depresyon Ölçeği	0,03	0,69	-0,13	0,08
Koronavirüs Korkusu Ölçeği	0,10	0,18	0,025	0,75
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	-0,08	0,31	0,01	0,85
Maslach Tükenmişlik Alt Ölçekleri				
Duygusal Tükenme	-0,07	0,33	0,10	0,18
Duyarsızlaşma	0,05	0,49	0,01	0,86
Kişisel Başarı	0,10	0,17	0,13	0,08

Pearson korelasyon

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçek (BAÖ)’lerinden aldıkları puanlara göre anksiyete düzeyleri belirlenmiştir. Tablo 34’de katılımcıların anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Kadınların %31,3’ünde anksiyete yok, %16,4’ünde şiddetli anksiyete var iken; erkeklerin %47,3’ünde anksiyete yok, %11,8’inde şiddetli anksiyete vardı ($p=0,241$). Ayrıca evli bireyleri %33,7’sinde anksiyete yok, %13,3’ünde yüksek anksiyete varken;

evlilerin %44,2'sinde anksiyete yok, %14,3'ünde yüksek anksiyete vardı ($p=0,68$). Meslek grupları açısından bakıldığında hekimlerin %9,7'sinde, hemşirelerin %21,6'sında, özel güvenliklerin %3,6'sında ve temizlik personelinin %26,1'inde şiddetli anksiyete bulguları vardı ($p=0,14$). Çalışma şekli açısından bakıldığında sürekli gündüz çalışanların %19,4'ünde, sürekli gece çalışanların %27,8'inde, gece-gündüz vardiyalı çalışanların %11,9'unda ve gündüz ama gece nöbeti sistem şeklinde çalışanların %7,8'inde şiddetli anksiyete bulguları vardı ($p=0,22$).



Tablo 34.Sosyodemografik özelliklere göre BAÖ puanları

Anksiyete Düzeyi										
Değişkenler	Anksiyete yok		Hafif Anksiyete		Orta Düzey Anksiyete		Yüksek Düzey Anksiyete		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	x ²	
Cinsiyet										
	Kadın	21	31,3	24	35,8	11	16,4	11	16,4	0,241
	Erkek	44	47,3	27	29,0	11	11,8	11	11,8	4,20
Medeni Durum										
	Evli	31	33,7	30	36,1	11	13,3	11	13,3	0,68
	Bekar	34	44,2	21	27,3	11	14,3	11	14,3	1,50
Meslek										
	Hekim	29	40,3	24	33,3	12	16,7	7	9,7	0,14
	Hemşire	11	29,7	15	40,5	3	8,1	8	21,6	
	Özel Güvenlik	16	57,1	7	25,0	4	14,3	1	3,6	
	Temizlik pesoneli	9	39,1	5	21,7	3	13,0	6	26,1	13,5
Çalışma Şekli										
	Sürekli Gündüz	14	45,2	10	32,3	1	3,2	6	19,4	0,22
	Sürekli Gece	6	33,3	6	33,3	1	5,6	5	27,8	
	Gece-gündüz Vardiyalı	27	45,8	14	23,7	11	18,6	7	11,9	
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	17	33,3	21	41,2	9	17,6	4	7,8	15,2
	Diğer	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Çalışma Süresi										
	40 Saatten Fazla	56	39,2	50	35,0	18	12,6	1	13,3	0,09
	40 Saatten Az	9	52,9	1	5,9	4	23,5	3	17,6	6,27

Ki kare

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlara göre depresyon düzeyleri belirlenmiştir. Tablo 35'te katılımcıların depresyon düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Kadınların %47,8'inde hafif düzey depresyon, %14,9'unda şiddetli depresyon var iken; erkeklerin %50,5'inde hafif düzey depresyon, %10,8'inde şiddetli depresyon vardı ($p=0,70$). Ayrıca evli bireylerin %53'ünde hafif düzey depresyon, %12'sinde şiddetli depresyon varken; bekârların %45,5'inde hafif düzey depresyon, %13'ünde şiddetli depresyon vardı ($p=0,55$). Meslek grupları açısından bakıldığında hekimlerin %5,6'sında, hemşirelerin %13,5'inde, özel güvenliklerin %7,1'inde ve temizlik personelinin %39,1'inde şiddetli depresyon bulguları vardı ve minimal depresyon %55,6 ile en sık hekimlerde görülüyordu ($p=0,006$). Çalışma şekli açısından şiddetli depresyone sık sürekli gece çalışanlarda %27,8 oran ile görülürken, en az %2 oran ile gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışanlarda görülüyordu ($p=0,03$).

Tablo 35.Sosyodemografik özelliklere göre BDÖ puanları

Depresyon Düzeyi										
Değişkenler	Minimal Depresyon		Hafif Düzey Depresyon		Orta Düzey Depresyon		ŞiddetliDepresyon		P x ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet										
	Kadın	32	47,8	18	26,9	7	10,4	10	14,9	0,70
	Erkek	47	50,5	22	23,7	14	15,1	10	10,8	1,39
Medeni Durum										
	Evli	44	53,0	21	25,3	8	9,6	10	12,0	0,55
	Bekar	35	45,5	19	24,7	13	16,9	10	13,0	2,09
Meslek										
	Hekim	40	55,6	16	22,2	12	16,7	4	5,6	0,006
	Hemşire	15	40,5	12	32,4	5	13,5	5	13,5	
	Özel Güvenlik	14	50,0	9	32,1	3	10,7	2	7,1	
	Temizlik pesoneli	10	43,5	3	13,0	1	4,3	9	39,1	
Çalışma Şekli										
	Sürekli Gündüz	19	61,3	3	9,7	4	12,9	5	16,1	0,03
	Sürekli Gece	9	50,0	2	11,1	2	11,1	5	27,8	
	Gece-gündüz Vardiyalı	21	35,6	20	33,9	9	15,3	9	15,3	
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	30	58,8	14	27,5	6	11,8	1	2,0	
	Diğer	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	22,2
Çalışma Süresi										
	40 Saatten Fazla	73	51,0	37	25,9	18	12,6	15	10,5	0,12
	40 Saatten Az	6	35,3	3	17,6	3	17,6	5	29,4	5,82

Ki kare

Katılımcıların Duygusal Tükenme Altölçeklerinden aldıkları puanlara göre tükenmişlik düzeyleri belirlenmiştir. Tablo 36'da katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Kadınların %9'unda yüksek düzey tükenmişlik, %68,7'sinde düşük düzey tükenmişlik var iken; erkeklerin %10'unda yüksek düzey tükenmişlik, %68,8'inde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,87$). Ayrıca evli bireyleri %12'sinde yüksek düzey tükenmişlik, %68,7'sinde düşük düzey tükenmişlik varken; bekârların %7,8'inde yüksek düzey tükenmişlik, %68,8'inde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,67$). Meslek grupları açısından bakıldığında hekimlerin %11,1'inde, hemşirelerin %13,5'inde, özel güvenliklerin %3,6'sında ve temizlik personelinin %8,7'sinde yüksek düzey tükenmişlik vardı ($p=0,44$). Çalışma şekli açısından yüksek düzeyde tükenmişlik en sık gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışanlarda %11,8 oran ile görülürken, en az %5,6 oran ile sürekli gece sisteminde çalışanlarda görülüyordu ($p=0,037$).

Tablo 36.Sosyodemografik özelliklere göre Duygusal Tükenme Altölçek puanları

Duygusal Tükenme								
Değişkenler		Yüksek Düzye Tükenmişlik		Orta Düzey Tükenmişlik		Düşük Düzey Tükenmişlik		p
		n	%	n	%	n	%	χ^2
Cinsiyet								
	Kadın	6	9,0	15	22,4	46	68,7	0,87**
	Erkek	10	10,8	19	20,4	64	68,8	0,02
Medeni Durum								
	Evli	10	12,0	16	19,3	57	68,7	0,67**
	Bekar	6	7,8	18	23,4	53	68,8	0,17
Meslek								
	Hekim	8	11,1	15	20,8	49	68,1	0,44**
	Hemşire	5	13,5	9	24,3	23	62,2	
	Özel Güvenlik	1	3,6	3	10,7	24	85,7	
	Temizlik pesoneli	2	8,7	7	30,4	14	60,9	0,58
Çalışma Şekli								
	Sürekli Gündüz	2	6,5	11	35,5	18	58,1	0,037*
	Sürekli Gece	1	5,6	5	27,8	12	66,7	
	Gece-gündüz Vardiyalı	6	10,2	12	20,3	41	69,5	
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	6	11,8	6	11,8	39	76,5	16,37
	Diğer	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Çalışma Süresi								
	40 Saatten Fazla	13	9,1	29	20,3	101	70,6	0,12**
	40 Saatten Az	3	17,6	5	29,4	9	52,9	2,35

*Ki kare **Lineer by lineer

Katılımcıların Duyarsızlaşma Altölçeklerinden aldıkları puanlara göre tükenmişlik düzeyleri belirlenmiştir. Tablo 37’de katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Kadınların %13,4’ünde yüksek düzey tükenmişlik, %74,6’sında düşük düzey tükenmişlik var iken; erkeklerin %14,0’ında yüksek düzey tükenmişlik, %78,5’inde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,64$). Ayrıca evli bireyleri %16,9’unda yüksek düzey tükenmişlik, %78,5’inde düşük düzey tükenmişlik varken; bekârların %10,4’ünde yüksek düzey tükenmişlik, %80,5’inde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,59$). Meslek grupları açısından bakıldığında hekimlerin %12,5’inde, hemşirelerin %5,4’ünde, özel güvenliklerin %7,1’inde ve temizlik personelinin %39,1’inde yüksek düzey tükenmişlik vardı (**$p=0,008$**). Çalışma şekli açısından yüksek düzeyde tükenmişlik en sık sürekli gece çalışanlarda %27,8 oran ile görülürken, en az %9,7 oran ile sürekli gündüz çalışanlarda görülüyordu ($p=0,067$).

Tablo 37.Sosyodemografik özelliklere göre Duyarsızlaşma Altölçek puanları

Duyarsızlaşma								
Değişkenler		Yüksek Düzye Tükenmişlik		Orta Düzey Tükenmişlik		Düşük Düzey Tükenmişlik		p
		n	%	n	%	n	%	x²
Cinsiyet								
	Kadın	9	13,4	8	11,9	50	74,6	0,64
	Erkek	13	14,0	7	7,5	73	78,5	0,89
Medeni Durum								
	Evli	14	16,9	8	9,6	61	78,5	0,47
	Bekar	8	10,4	7	9,1	62	80,5	1,48
Meslek								
	Hekim	9	12,5	8	11,1	55	76,4	0,008
	Hemşire	2	5,4	4	10,8	31	83,8	
	Özel Güvenlik	2	7,1	3	10,7	23	82,1	
	Temizlik pesoneli	9	39,1	0	0,0	14	60,9	
Çalışma Şekli								
	Sürekli Gündüz	3	9,7	3	9,7	25	80,6	0,067
	Sürekli Gece	5	27,8	0	0,0	13	72,2	
	Gece-gündüz Vardiyalı	8	13,6	6	10,2	45	76,3	
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	6	11,8	5	9,8	40	78,4	
	Diğer	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Çalışma Süresi								
	40 Saatten Fazla	17	11,9	13	9,1	113	79,0	0,11
	40 Saatten Az	5	29,4	2	11,8	10	58,8	4,31

Ki kare

Katılımcıların Kişisel Başarı Altölçeklerinden aldıkları puanlara göre tükenmişlik düzeyleri belirlenmiştir. Tablo 38’de katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması incelenmiştir. Evli bireyleri %80,7’inde yüksek düzey tükenmişlik, %8,4’ünde düşük düzey tükenmişlik varken; bekârların %88,3’ünde yüksek düzey tükenmişlik, %5,2’sinde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,22$). Ayrıca kadınların %88,1’inde yüksek düzey tükenmişlik, %6,0’ında düşük düzey tükenmişlik var iken; erkeklerin %81,7’sinde yüksek düzey tükenmişlik, %7,5’inde düşük düzey tükenmişlik vardı ($p=0,51$). Meslek grupları açısından bakıldığında hekimlerin %86,1’inde, hemşirelerin %83,8’inde, özel güvenliklerin %75,0’inde ve temizlik personelinin %91,3’ünde yüksek düzey tükenmişlik vardı ($p=0,76$). 40 saatten fazla çalışanlarda yüksek düzey tükenmişlik %85,3 oranında görülürken 40 saatten az çalışanlarda %76,5 oranında yüksek düzey tükenmişlik görülüyordu ($p=0,60$).

Tablo 38.Sosyodemografik özelliklere göre Kişisel Başarı Altölçek puanları

Kişisel Başarı								
Değişkenler		Yüksek Düzey Tükenmişlik		Orta Düzey Tükenmişlik		Düşük Düzey Tükenmişlik		p
		n	%	n	%	n	%	
		x ²						
Cinsiyet								
	Kadın	59	88,1	4	6,0	4	6,0	0,51*
	Erkek	76	81,7	10	10,8	7	7,5	1,34
Medeni Durum								
	Evli	67	80,7	9	10,8	7	8,4	0,22**
	Bekar	68	88,3	5	6,5	4	5,2	1,49
Meslek								
	Hekim	62	86,1	5	6,9	5	6,9	0,76*
	Hemşire	31	83,8	4	10,8	2	5,4	
	Özel Güvenlik	21	75,0	4	14,3	3	10,7	
	Temizlik pesoneli	21	91,3	1	4,3	1	4,3	
Çalışma Şekli								
	Sürekli Gündüz	26	83,9	3	9,7	2	6,5	0,77*
	Sürekli Gece	15	83,3	0	0,0	3	16,7	
	Gece-gündüz Vardiyalı	50	84,7	6	10,2	3	5,1	
	Gündüz ama gece nöbetli sistem	43	84,3	5	9,8	3	5,9	
	Diğer	1	100,0	0	0,0	0	0,0	4,68
Çalışma Süresi								
	40 Saatten Fazla	122	85,3	12	8,4	9	6,3	0,60*
	40 Saatten Az	13	76,5	2	11,8	2	11,8	1,00

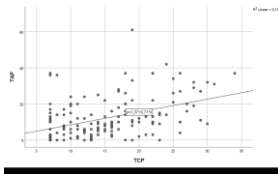
*Ki kare **Lineer by lineer

Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları Tablo 39’da gösterilmiştir. Katılımcıların BDÖ’den aldığı puanlar ile BAÖ’den aldığı puanlar arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların MTÖ’den aldığı puanlar ile KKÖ’den ve BAÖ’den aldığı puanlar arasında orta, BDÖ’den aldığı puanlarla güçlü düzeyde pozitif korelasyon görülmüştür ($p<0,001$). Ayrıca katılımcıların KKÖ’den aldığı puanlarla BDÖ’den ve BAÖ’den aldığı puanlar arasında orta düzeyde pozitif korelasyon görülmüştür ($p<0,001$).

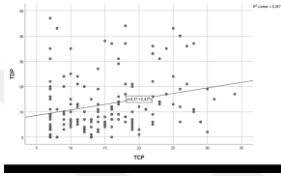
Tablo 39. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların korelasyonları

			Beck Depresyon Ölçeği	r	Beck Anksiyete Ölçeği
				p	
		Koronavirüs Korkusu Ölçeği	r	0,258	0,531
			p	0,001	0,000
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	r	0,329	0,539		0,432
	p	0,000	0,000		0,000

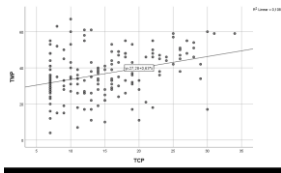
Pearson korelasyon



Şekil 6. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği total puanı korelasyon grafiği



Şekil 7. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Beck Depresyon Ölçeği total puanı korelasyon grafiği



Şekil 8. Koronavirüs Korkusu Ölçeği total puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği total puanı korelasyon grafiği

Katılımcıların Maslach Alt Ölçeklerinden aldığı puanların korelasyonları Tablo 40'ta gösterilmiştir. Katılımcıların kişisel başarı alt ölçeğinde aldığı puanlar ile duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçeklerinde aldıkları puanlar arasında korelasyon görülmezken, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçekleri puanları arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon görülmüştür ($p < 0.001$).

Tablo 40. Maslach Alt Ölçeklerinin korelasyonları

			Duygusal Tükenme
Duyarsızlaşma			r p
Kişisel Başarı	r	0,12	0,10
	p	0,11	0,19
Pearson korelasyon			

5. TARTIŞMA

İnsanoğlu birçok kez salgın hastalıklarla yüzleşmek zorunda kalmış olup bunlardan sonuncusu Covid-19 pandemisidir(1, 3). Tüm pandemilerde olduğu gibi Covid-19 pandemisinde de sürecin merkezinde yer alan sağlık çalışanları hastalığa yakalanma riski ile karşı karşıya oldukları gibi, travma ve stres ile ilişkili ruhsal bozuklukların ortaya çıkması açısından da risk altındadırlar(5,9). Bu sebeple pandemi döneminde sağlık çalışanlarında çalışma şartlarının tükenmeyi azaltacak ve mesleki doyumu arttıracak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca yüksek riskli birimde çalışan sağlık personeline psikolojik destek sağlanması ve personelin yakından izlenmesi çok önemlidir(10). Covid-19 pandemisi sürecinde yapılan çalışmaların çoğu bulaşıcı hastalıklardan kurtulanlara yönelik olup, onların ruhsal sorunlar yaşadığını göstermişlerdir. Ancak salgının, pandemiyle birebir mücadele eden sağlık personeli üzerindeki etkilerine yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır(12, 13). Bu sebeple bu çalışmada Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi'nde Covid-19 hastalarına bakım veren ve bakım vermeyen sağlık personelinin anksiyete, depresyon, koronavirüs korkusu ve tükenmişlik açısından karşılaştırılması ve farkların ortaya konulması planlanmıştır.

Çalışmaya katılan 160 sağlık personelinin %41,9'u kadın, %51,9'u evli idi. Katılımcıların yaş ortalaması $30,29 \pm 5,669$ idi. Katılımcıların %45,0'ı hekim, %23,1'i hemşire, %17,5'i özel güvenlik olup %14,4'ü temizlik personeliydi. Ayrıca katılımcıların %19,4'ü sürekli gündüz, %11,3'ü sürekli gece, %36,9'u gece-gündüz vardiyalı ve %31,9'u gündüz ama gece nöbetli sistemle çalışmaktaydı.

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin Beck Anksiyete Ölçek puan ortancaları $10,00 \pm 11,006$ olarak bulunmuştur. Saygın ve arkadaşlarının 2011 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi Radyoloji ünitesinde çalışan sağlık personelinde yaptığı bir çalışmada Beck Anksiyete Ölçek puan ortalaması $10,26 \pm 11,66$ olarak bulunmuştur(194). Yine ülkemizde yapılan Hatay ilindeki sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin incelendiği bir çalışmada Beck Anksiyete Ölçek puan ortancası 8 olarak tespit edilmiştir(195). Yaşa'nın 2019

yılında 150 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların Beck Anksiyete Ölçek puan ortaması $13,64 \pm 10,96$ olarak bulunmuştur(196). Çalışmamızda kullanılan Beck Anksiyete Ölçeğinin puan ortalamalarının literatürdeki kaynaklara benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin Beck Depresyon Ölçek puan ortancaları $10,00 \pm 11,235$ olarak bulunmuştur (Min=0, Max=47). 2012 yılında Trabzon ilinde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $9,2 \pm 6,5$ olarak bulunurken, birinci basamakta çalışan hemşireler için ise Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $9,2 \pm 6,4$ olarak bulunmuştur(197). Yine ülkemizde 2015 yılında bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelere uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması $10,68 \pm 8,52$ olarak bulunmuştur(198). Yine 2019 yılında Bozdoğan ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesi ameliyathanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde yaptığı bir çalışmada Ameliyathane çalışanlarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $12,83 \pm 8,68$ olarak bulunmuştur(199). Naldan ve arkadaşlarının Erzurum ilinde sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada ise meslekte 1 yılda daha kısa süredir çalışanlarda Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $11,87 \pm 8,93$ bulunurken, meslekte 11 yıl ve üstü süredir çalışanlarda Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $12,83 \pm 6,78$ olarak bulunmuştur(200). Bu literatür bilgileri ışığında pandemi öncesi ile kıyas edildiğinde pandemi döneminde hizmet veren sağlık çalışanlarının Beck Depresyon Ölçek puan ortalamalarının benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılanların Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme alt ölçeğinin puan ortalaması $16,87 \pm 8,57$, duyarsızlaşma alt ölçeğinin puan ortalaması $6,42 \pm 4,55$ ve kişisel başarı alt ölçeğinin puan ortalaması $18,41 \pm 5,56$ olarak tespit edildi. 2016 yılında Manisa Soma Devlet Hastanesindeki sağlık personeline yapılan bir çalışmada Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme puan ortalaması $26,02 \pm 6,14$, duyarsızlaşma puan ortalaması $10,83 \pm 3,32$, kişisel başarı puan ortalaması $23,57 \pm 7,45$ olarak tespit edilmiştir(201). Yine ülkemizde Silifke'deki sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme puan ortalaması $17,8 \pm 8,12$, duyarsızlaşma puan ortalaması $6,4 \pm 3,80$, kişisel başarı puan ortalaması $20,2 \pm 4,93$

olarak tespit edilmiştir(202). Türkmenoğlu ve Sümer'in 2017 yılında Sivas'ta yaptığı 438 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada kadınların Maslach Tükenmişlik Alt Ölçeklerinden duygusal tükenme puan ortalaması $18,5 \pm 6,7$, duyarsızlaşma puan ortalaması $7,2 \pm 4,8$, kişisel başarı puan ortalaması $11,7 \pm 6,3$ olarak tespit edilmiş iken erkeklerin duygusal tükenme puan ortalaması $19,7 \pm 6,5$, duyarsızlaşma puan ortalaması $9,6 \pm 4,7$ ve kişisel başarı puan ortalaması $12,7 \pm 6,2$ olarak tespit edilmiştir(203). Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile ilgili pandemi dönemi öncesi ve sonrası sağlık çalışanlarında birçok araştırma yapıldığı ve değerlerin çalışmanın yapıldığı ilin sosyokültürel yapısı, çalışmaya katılan kişi sayısı, çalışmanın yapıldığı sağlık kurumun tipi gibi birçok etkenden etkilenecek çok çeşitlilik gösterdiği görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan ölçek puan ortalamaları temel alındığında, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı olarak bir fark tespit edilmedi. Çalışmamıza benzer şekilde Karaman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TSSB, depresyon ve anksiyete ölçeklerinden alınan puanlara göre kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(204). Ancak literatüre bakıldığında yapılan çoğu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde kadınlarda erkeklerden daha yüksek ölçek puanları olduğu görülmüştür. Yıldırım ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı bir çalışmada Covid-19 pandemisinde görev almış 270 kişi çalışmaya katılmış ve kadınlarda erkeklerden daha yüksek anksiyete ve depresyon ölçek skorlarının olduğu tespit edilmiştir(205). Çin'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon seviyelerine sahip oldukları gösterilmiştir(107). Bizim çalışmamızda kadın ve erkek çalışanlar arasında anlamlı bir farkın olmayışı verilerin tek bir merkezden toplanması ya da basit rastgele örneklemin bütünü temsil etmeyişinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğinden aldığı puanlar karşılaştırıldığında Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin ölçek puanlarının, bakım vermeyen sağlık personelinden literatürle uyumlu olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür. Çin'de 2020 yılında yapılan, Covid-19 hastalarına bakım veren 1257 sağlık çalışanı katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların %46,6'sında anksiyete bozukluğu bulguları olduğu bildirilmiştir(206). Yine Suudi Arabistan'da Temsah ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının %31,8'inde

anksiyete bildirilmiştir(207). Çalışmamızın sonuçları bu açıdan literatürle uyumlu olup Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde enfeksiyonun bulaşma korkusu, hastalığı yakınlarına bulaştırma korkusu gibi etkenlerin kaygı düzeylerini arttırabileceği düşünülebilir.

Ayrıca benzer şekilde Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında vaka grubunun puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde 2020 yılında yapılan bir çalışmada, hastalarla yakın temasta olanlarda Beck Depresyon ölçek puanlarının temas halinde olmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir(205). Covid-19 tanılı hastalar ile birebir temasın hastalığa yakalanma insidanslarını arttırdığı için, bu hastalara bakım veren sağlık personelinin kaygı düzeylerini arttırabileceği düşünülmüştür. Ayrıca 29.01.2020-02.02.2020 tarihleri arasında Çin’de Covid-19 hastalarının tedavi gördüğü 34 hastaneden rastgele seçilen 1257 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %50,4’ünde depresyon belirtileri görülmüş olup, hastalarla birebir temasın tüm ruhsal bozukluklar için bağımsız risk faktörü olduğu ifade edilmiştir(206). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada pandemi kliniğinde çalışan sağlıkçıların depresyon düzeyleri, hem dolaylı olarak Covid-19 tanısı alan kliniklerle ilişkili birimlerde çalışan sağlık personellerinden, hem de Covid-19 ile ilişkisi olmayan birimde çalışan katılımcılardan yüksek bulunmuştur(208). Bu çalışmalar ile bizim çalışmamız birbirini destekler niteliktedir.

Ancak çalışmamızda şaşırtıcı bir şekilde vaka ve kontrol grubu arasında Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmediği gibi sosyodemografik özellikler ile ölçek puanları arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu durum pandemi sürecinin belirsizliğinin yavaş yavaş azalması ya da aşılamanın yaygınlaşması ile ilişkili olabilir. Literatür tarandığında sosyodemografik özelliklerle Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilen çalışmalarında olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmaların pandeminin başlangıç döneminde yapıldığı göze çarpmıştır. Arpacıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin (sağlık memuru, tıbbi asistan, tekniker, hastane temizlik personeli ve diğerleri) Koronavirüs Korkusu Ölçeği puanlarının doktorlara kıyasla anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur(10).

Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınan puanlara göre total Maslach puanı ve duygusal tükenme ile duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalamaları vaka grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak kişisel başarı alt ölçek puanları kıyaslandığında vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır. 2020 yılında Japonya’da yapılan bir çalışmada, Covid-19 ile mücadele sürecine katkı sağlayan radyoloji uzmanlarının ve eczacıların %30’undan fazlasında, hemşirelerin ise %40’ından fazlasında tükenmişlik belirtilerinin ortaya çıktığı saptanmıştır(209). Ancak literatürde bulguları çalışmamızla çelişen yayınlarda vardır. Wuhan’da yapılan 190 kişinin katılımı bir araştırmada ise Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında tükenmişlik bulgularının bakım vermeyen sağlık personeline kıyasla daha az görüldüğü tespit edilmiştir(210). Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelin yüksek riskli birimlerde görev yapmaları, çalışmamızdaki vaka grubunun tükenmişlik ölçeği puan yüksekliğini açıklayabilir.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan ölçek puanlarının total skorlarına bakıldığında, medeni durum açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak ülkemizde yapılan bir çalışmada bekâr olan sağlık çalışanlarında evlilere kıyasla depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiş olup bu durum evli olanların sosyal desteklerinin daha güçlü olmasına bağlanmıştır(194).Yine 2020 yılında yayımlanan Yıldırım ve arkadaşlarının Covid-19 döneminde sağlık çalışanları arasında yaptığı bir çalışmada bekarların anksiyete ve depresyon düzeylerinin evlilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir(205).

Çalışmamızda çalışma saati açısından haftalık 40 saatten az çalışan sağlık çalışanlarında Beck depresyon ölçeği puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 8 saatten fazla çalışanların, 8 saatten daha az çalışanlara göre duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur(211). Benzer şekilde başka bir çalışmada günlük ortalama çalışma süresi 9 saat ve üzerinde olanlarda, 8 saat ve altında olanlara göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur(212). Literatürdeki bu çalışmalar bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup daha uzun çalışma saatlerinin psikiyatrik bozukluk insidanslarında artışa yol açabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Beck depresyonölçeğinden aldıkları puan ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında temizlik personelinin puan ortalamasının hekimlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Huang ve arkadaşlarının başka bir salgın sürecinde Kanada'nın Toronto şehrinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından daha fazla stres bildirdikleri ifade edilmiştir(213). Çin'de 2020 yılında, üçüncü basamak bir Covid-19 pandemi hastanesinde ki sağlık çalışanları arasında yapılan bir araştırmada, hastalarla direk temas halinde olan sağlık personeli arasında daha yüksek kaygı ve stres bozukluğu insidansı belirtilmekle birlikte, hemşirelerin anksiyete insidansının, doktorlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(214). Yayımlanan bir derlemede bulgular Covid-19 pandemisinde çalışan sağlık çalışanlarında hekimlerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin hekim dışı sağlık personelinde daha düşük olduğuna işaret etmektedir(118).Yine 2020 yılında Çin'de yapılmış bir çalışmada depresyon, anksiyete ve uykusuzluk semptomlarının doktor olmayan sağlık çalışanlarında istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(206). Bu alanda yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu bulgunun ortaya çıkmasına hekim dışı sağlık personelin enfekte alan ve kişiler ile daha fazla zaman geçirmeleri yol açabiliyor olabilir.

Ayrıca çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puan ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında temizlik personelinin puanlarının özel güvenlik puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum temizlik personellerinin Covid-19 tanılı hastalara daha yakın temasta bulunması, çalıştığı kliniğin daha değişken olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda Covid-19 tanılı hastalara bakım veren sağlık personeli arasında çalıştığı yer ile anksiyete, depresyon, Covid-19 korkusu ve tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatür tarandığında İtalya'da, 2019 yılında, Vargas ve arkadaşlarının anestezi ve yoğun bakım hekimleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada duygusal tükenme açısından katılımcıların %39,4'ü yüksek, kişisel başarı açısından %31'i düşük ve duyarsızlaşma açısından %25,5'i yüksek puan almışlardır(215).

Çalışmamızda Beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar kıyaslandığında hemşirelerde %13,5 ve temizlik personellerinde %39,1 oranında şiddetli depresyon görülürken, bu oranın hekimler arasında %5,6 olduğu tespit edilmiştir ve hekimlerdeki şiddetli depresyon oranlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca sürekli gece çalışan sağlık personelinde şiddetli depresyon %27,8 oranında görülürken bu oran sürekli gündüz çalışanlarda, gece-gündüz vardiyalı çalışanlarda ve gündüz ama gece nöbetli sistemde çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Ancak cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresi göz önüne alındığında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Ülkemizde Polat ve Coşkun'un pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada kadın çalışanların depresyon düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit edilmiştir(216). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuğu olmayan bireylerde depresyon ölçeği skorlarının çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur(10).Karaman ve arkadaşlarının Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarında yaptığı bir çalışmada bir meslektaşı veya yakını Covid-19 hastalığına yakalanan kişilerde depresyon skorlarının daha yüksek seyrettiği saptanmıştır(204).

Katılımcıların Maslach tükenmişlik ölçeğinde aldığı puanlar sosyodemografik özelliklere göre kıyaslandığında duygusal tükenme alt ölçeğinde çalışma şekli açısından katılımcıların skorlarında anlamlı fark tespit edilmiş olup gece-gündüz vardiyalı çalışanlarda daha sık yüksek düzey tükenmişlik tespit edilmiştir. Ayrıca duyarsızlaşma alt ölçek puanlarına bakıldığında temizlik personellerinde yüksek düzey tükenmişliğin daha sık olduğu görülmüştür. Diğer sosyodemografik özellikler ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Arpacıoğlu ve arkadaşlarının Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt ölçek puanının erkeklerde anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır(10). Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet ve tükenmişlik arasında anlamlı ilişki bulunamayan çalışmalarda vardır(211). Barelllo ve arkadaşlarının İtalya'da sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada cinsiyetin duygusal tükenme alt ölçeği skorları üzerinde etkisinin olduğu ve kadınlarda erkeklere göre daha yüksek skor sonuçlarının ortaya çıktığı belirtilmiştir(212). Akdeniz üniversitesinde yapılan bir

Çalışmada pandemi sürecinde hizmet veren asistanların tükenmişlik düzeylerine bakılmış ve katılımcılarda duygusal tükenme açısından düşük düzey, kişisel başarı açısından yüksek düzey ve duyarsızlaşma açısından orta düzey tükenmişlik saptanmıştır(217). Yakut ve arkadaşları Covid-19 korkusu ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceledikleri, aşırı iş yükü ve sosyal desteğin etkisini değerlendirmek amacıyla acil sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir araştırma sonucunda, sağlık personelinin Covid-19 korkusunun sosyal destek düzeyini azalttığını ve tükenmişlik düzeyini artırdığını belirtmişlerdir(218). Kolombiya’da 2021 yılında 608 doktor ve 427 hemşire olmak üzere toplam 1.035 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir araştırmada, sosyal desteğin cinsiyetten bağımsız olarak tükenmişliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığını tespit edilmiştir(219).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde anksiyete seviyeleri bakım vermeyen sağlık personeline göre daha yüksektir.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde depresyon seviyeleri bakım vermeyen sağlık personeline göre daha yüksektir.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde tükenmişlik düzeyleri bakım vermeyen sağlık personeline göre daha yüksektir.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personeli ile bakım vermeyen sağlık personeli arasında Covid-19 korkusu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.
- ✓ Kadın ve erkek katılımcıların ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- ✓ Evli ve bekâr katılımcıların ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- ✓ Haftalık 40 saatten fazla çalışan sağlık çalışanlarında Beck Anksiyete Ölçeği skorları daha yüksektir.
- ✓ Katılımcıların Koronavirüs Korkusu Ölçeğinden aldıkları skor ortalamalarına bakıldığında en düşük skor ortalaması temizlik personeline iken en yüksek skor ortalaması hekimlerdedir.
- ✓ Temizlik personelleri Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden en yüksek skor ortalamasını alırken Koronavirüs Korkusu Ölçeğinden en düşük skor ortalamasını almıştır.
- ✓ Katılımcıların depresyon skorlarına bakıldığında hekimlerin depresyon oranları diğer sağlık çalışanlarında daha azdır.

- ✓ Temizlik personelinin tükenmişlik seviyeleri özel güvenliklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinde çalıştığı yer ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- ✓ Sürekli gece çalışan sağlık personelinde diğer çalışma şekillerine göre daha yüksek oranda şiddetli depresyon görülmektedir.
- ✓ Gece-gündüz vardiyalı çalışanlarda tükenmişlik ölçeği skorları daha yüksektir.
- ✓ Diğer sosyodemorafik özellikler ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- ✓ Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinde aldıkları puanlar ile Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon vardır.
- ✓ Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Koronavirüs Korkusu Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardır.
- ✓ Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardır.
- ✓ Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlar ile Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinde aldıkları puanlar arasında güçlü pozitif korelasyon vardır.

Öneriler:

- ✓ Pandemi döneminde sağlık çalışanlarında iş doyumunu artıracak ve tükenmeyi azaltacak şekilde çalışma şartlarında düzenlemeler yapılması önemlidir.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin yakından izlenmesi ve gerekli psikolojik destek sağlanması önemlidir.

- ✓ Sağlık alışanı ruhsal bozukluğu olmasına rağmen bu durumun farkında olamayabileceği için, kişiler bozuklukların bulguları ve süreç açısında bilgilendirilmelidirler.
- ✓ Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personelinin çalışma saatleriyle alakalı düzenlemeler yapılmalı, çalışanlara yoğun çalışma dönemlerinde yeteri kadar dinlenebilme imkânı sağlanmalıdır.
- ✓ Temizlik personellerinin Covid-19 pandemisiyle alakalı farkındalıklarını artıracak eğitimler verilmelidir.

Ancak bu şekilde Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması, sonucunda ise daha uzun süreli ve daha kaliteli hizmet verilmesi mümkün olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Hays JN. Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History. New York, ABC-CLIO; 2005.
2. Liang WH, Guan WJ, Li CC. Clinical characteristics and outcomes of hospitalised patients with COVID-19 treated in Hubei (epicenter) and outside Hubei (non-epicenter): A Nationwide Analysis of China. Eur Respir J.; 2020;55:2000562
3. Coronavirus disease 2019. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, Erişim Tarihi: 09.08.2021.
4. COVID-19: Türkiye’de gncel durum. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: 10.08.2021.
5. Cevik M, Bamford CGG, Ho A. COVID-19 pandemic-a focused review for clinicians. Clin Microbiol Infect; 2020;26:842-7.
6. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. The British Journal of Psychiatry; 2004; 185(2): 127-133.
7. Jin YH, Huang Q, Wang YY. Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: A cross-sectional survey. Mil Med Res.; 2020; 7:24.
8. Kapmaz M. Being a COVID-19 patient as an infectious diseases physician. Infect Dis Clin Microbiol; 2020;2:48-51.
9. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ; 2020;368

10. Arpacioğlu S, Zeynep B, Başak Ü. "COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler." Cukurova Medical Journal; 2021; 46(1);88-100.
11. Greenberg N, Wessely S, Wykes T. Potential mental health consequences for workers in the Ebola regions of West Africa—a lesson for all challenging environments. Taylor & Francis; 2015.
12. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). J Trauma Stress; 2005; 18:39–42
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis.; 2004;10:1206–12
14. T.C.Sağlık Bakanlığı. Covid-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı 2020 [Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>, Erişim Tarihi: 05.09.2021.
15. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J. A Novel Coronavirus From Patients With Pneumonia in China, 2019. New England Journal of Medicine; 2020.
16. Malik YA. Properties of Coronavirus and SARS-CoV-2. Malays J Pathol; 2020;42(1):3-11.
17. Tyrrell D, Bynoe M. Cultivation of A Novel Type of Common-Cold Virus in Organ Cultures. British medical journal; 1965; 1(5448);1467.
18. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Journal of Advanced Research; 2020.
19. Su S, Wong G, Shi W, Liu J, Lai AC, Zhou J. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. Trends in microbiology; 2016; 24(6); 490-502.
20. Corman VM, Muth D, Niemeyer D, Drosten C. Hosts and sources of endemic human coronaviruses. Advances in virus research. 100: Elsevier; 2018. p. 163-88.
21. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. Journal of Medical Virology; 2020.

22. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*; 2020; 579(7798):265- 9.
23. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Kean S, Te H. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health*; 2020;13(5):667-73.
24. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet (London, England)*; 2020;395(10224):565-74.
25. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric R, Groot RJd, Drosten C, Gulyaeva AA. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group; 2020.
26. Kumar DM, R; Sharma, P.K. . Corona Virus: A Review of COVID-19; 2020;4(1):8-25.
27. Erol AT. Yoğun Bakımda Covid-19 Mortalitesinde Prediktif Göstergeler Ve Risk Faktörleri: Retrospektif Gözlemsel Çalışma, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, (Uzmanlık Tezi),İstanbul 2020.
28. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature medicine*. 2020;26 (4):450-2.
29. Zhang T, Wu Q, Zhang Z. Probable pangolin origin of SARS-CoV-2 associated with the COVID-19 outbreak. *Current Biology*; 2020.
30. Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19); 2020.
31. Guo, Zhen-Dong, Zhang. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, *Emerging infectious diseases*; 2020; 26.7: 1586.
32. Klompas, Michael, Meghan A. Baker, Chanu Rhee. Airborne transmission of SARSCoV-2: theoretical considerations and available evidence. *Jama*; 2020.
33. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England Journal of Medicine*; 2020;382 (10):970-1.

34. Furukawa NW, Brooks JT, Sobel J. Evidence supporting transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 while presymptomatic or asymptomatic. *Emerging infectious diseases*; 2020;26 (7). 65
35. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*; 2020;382 (12):1177-9.
36. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England journal of medicine*; 2020.
37. Colavita, Francesca. SARS-CoV-2 isolation from ocular secretions of a patient with COVID-19 in Italy with prolonged viral RNA detection. *Annals of internal medicine*; 2020, 173.3: 242-243.
38. Li, Diangeng. Clinical characteristics and results of semen tests among men with coronavirus disease 2019. *JAMA network open*; 2020; 3.5: e208292-e208292.
39. Cheung, Ka Shing, Chan P. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong cohort: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*; 2020, 159.1: 81-95.
40. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395 (10223):507-13.
41. Zoralioğlu M. COVID-19 Tanısı ile İnterne Edilen 30-50 yaş Arası Hastalarda Cinsiyetin Prognoz Üzerine Etkisi ve Bunu Etkileyen Diğer Faktörler, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, (Uzmanlık Tezi), 2020.
42. Inui, Shohei, Jitsu, Kunishima. Erratum: chest CT findings in cases from the cruise ship “Diamond Princess” with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Radiology: Cardiothoracic Imaging*; 2020, 2.2: e204002.
43. COVID-19 Treatment Guidelines, (<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>), Erişim tarihi: 07.27.2021.

44. Stokes E. K, Zambrano L, Anderson N, Marder E. P, Raz K. M, Felix E. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(24):759.
45. Wu Z, McGoogan J. M. Characteristics of and Important Lessons From The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of A Report of 72 314 Cases From The Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42.
46. Huang, Ian, Raymond P. Lymphopenia in severe coronavirus disease-2019 (COVID-19): systematic review and meta-analysis. *Journal of intensive care*, 2020, 8: 1-10.
47. Cataudella, Giraffa E, Di Marca M. Neutrophil- to- lymphocyte ratio: an emerging marker predicting prognosis in elderly adults with community- acquired pneumonia. *Journal of the American Geriatrics Society*; 2017; 65(8), 1796-1801.
48. Ye, ChenG, LiX, Lan X. Dynamic changes of D-dimer and neutrophil-lymphocyte count ratio as prognostic biomarkers in COVID-19. *Respiratory research*; 2020; 21(1), 1-7.
49. Liu, Sun W, Guo Y, Chen L, Zhang L, Zhao. Association between platelet parameters and mortality in coronavirus disease 2019: retrospective cohort study. *Platelets*; 2020; 31(4), 490-496.
50. Lippi, Plebani M, Henry B. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a metaanalysis. *Clinica chimica acta*; 2020; 506, 145-148. 92
51. Xu, P., Zhou Q, Xu J. Mechanism of thrombocytopenia in COVID-19 patients. *Annals of hematology*; 2020; 99(6), 1205-1208.
52. Jin, Cai L, Cheng Z. S, Cheng H, Deng T, FanY. P,Wang X. H. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Military Medical Research*; 2020; 7(1), 1-23.
53. Huang, Pranata R, Lim M. A, OehadianA,AlisjahbanaB. Creactive protein, procalcitonin, D-dimer, and ferritin in severe coronavirus disease-2019: a meta-analysis. *Therapeutic advances in respiratory disease*; 2020; 14, 1753466620937175.

54. Lippi, Plebani M. Procalcitonin in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*; 2020; 505, 190.
55. Pourbagheri-Sigaroodi A, Bashash D, Fateh F, Abolghasemi H. Laboratory findings in COVID-19 diagnosis and prognosis. *Clin Chim Acta*; 2020; 510:475- 82.
56. Channappanavar R, Perlman S. Pathogenic human coronavirus infections: causes and consequences of cytokine storm and immunopathology. *Semin Immunopathol*; 2017; 39(5):529-39.
57. Yang Y, Shen C, Li J, Yuan J, Yang M, Wang F, et al. Exuberant elevation of IP10, MCP-3 and IL-1ra during SARS-CoV-2 infection is associated with disease severity and fatal outcome. *medRxiv*; 2020; 2020.03.02.20029975.
58. Coomes EA, Haghbayan H. Interleukin-6 in Covid-19: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in medical virology*; 2020:e2141-e.
59. Ai, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C. Correlation of chest CT and RT-PCR testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*; 2020; 296(2), E32-E40.
60. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Front Med*; 2020; 14(2):126-35.
61. Fang Y, Zhang H, Xie J, Lin M, Ying L, Pang P. Sensitivity of Chest CT for COVID-19: Comparison to RT-PCR. *Radiology.*; 2020; 296(2):E115-E7.
62. Zheng Q, Lu Y, Lure F, Jaeger S, Lu P. Clinical and radiological features of novel coronavirus pneumonia. *J Xray Sci Technol*; 2020; 28(3):391-404.
63. Huang Y, Cheng W, Zhao N, Qu H, Tian J. CT screening for early diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Infectious Diseases*; 2020; 20(9), 1010-1011.
64. Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, Hu B. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerging microbes & infections*; 2020; 9(1):386-9.
65. Hamid S, Mir MY, Rohela GK. Novel coronavirus disease (COVID-19): a pandemic (epidemiology, pathogenesis and potential therapeutics). *New microbes and new infections*; 2020; 35:100679-.
66. Jean S-S, Lee P-I, Hsueh P-R. Treatment options for COVID-19: The reality and challenges. *J Microbiol Immunol Infect*; 2020; 53(3):436-43.

67. Tang W, Cao Z, Han M, Wang Z, Chen J, Sun W. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. *bmj*; 2020;369.
68. Cai Q, Yang M, Liu D, Chen J, Shu D, Xia J. Experimental treatment with favipiravir for COVID-19: an open-label control study. *Engineering*. 2020. 68
69. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC. Remdesivir for the treatment of Covid-19—preliminary report. *The New England journal of medicine*; 2020.
70. Grant WB, Lahore H, McDonnell SL, Baggerly CA, French CB, Aliano JL. Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*. 2020;12 (4):988.
71. Guaraldi G, Meschiari M, Cozzi-Lepri A, Milic J, Tonelli R, Menozzi M. Tocilizumab in patients with severe COVID-19: a retrospective cohort study. *The Lancet Rheumatology*. 2020;2 (8):e474-e84.
72. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang, PengZ. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus– infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*; 2020; 323(11), 1061-1069.
73. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu,CaoB. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*; 2020;395(10223), 497-506.
74. DanziG. B, Loffi M, Galeazzi G,GherbesiE. Acute pulmonary embolism and COVID-19 pneumonia: a random association?. *European heart journal*, 2020;41(19), 1858-1858.
75. SchwartzD. A. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 2020;144(7), 799-805.
76. FinkS. Worst-case estimates for US coronavirus deaths. *New York Times*; 2020;13.
77. Herridge M. S, Cheung A. M, Tansey C. M, Matte-Martyn A, DiazGranados N, Al-Saidi F,SlutskyA. S. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine*; 2003;348(8), 683-693.

78. Turan C, Hacımustafaoğlu M. Enfeksiyon Hastalıklarında R0 Oranı ve Klinik Anlamı Nedir? J Pediatr Infect. 2020;14(1):55–6.
79. Giesecke J. Modern Infectious Disease Epidemiology. İçinde: Modern Infectious Disease Epidemiology. 2002.
80. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public 2020 (Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public>).
81. Control CfD, Prevention. Coronavirus disease2019: prevent getting sick [Internet],Erişim Tarihi:09.13.2021.
82. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic transmission, the Achilles' heel of current strategies to control COVID-19. Mass Medical Soc; 2020.
83. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. Jama. 2020;323 (15):1439-40.
84. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, Ekim 2020 (<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-9466393/covid-19-salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi.html>), Erişim tarihi: 11.09.2021.
85. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözlükleri 2021 (Available from: <https://sozluk.gov.tr>), Erişim Tarihi: 14.09.2021.
86. Harper C. A, Satchell L. P, Fido D, Latzman R. D. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in The COVID-19 Pandemic. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020.
87. Lardone A, Sorrentino P, Giancamilli F, Palombi T, Simper T, Mandolesi L. Psychosocial Variables and Quality of Life During The COVID-19 Lockdown: A Correlational Study on A Convenience Sample of Young Italians. PeerJ. 2020;8:e10611.
88. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020;1.
89. Ahorsu D. K, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths M. D, Pakpour A. H. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020; 1-9.

90. Karasu F, Çopur E. Ö, Ayar D. The Impact of COVID-19 on Healthcare Workers' Anxiety Levels. *Journal of Public Health*. 2021;1-11
91. Labrague L.J, de Los Santos J. A. A. Fear of Covid- 19, Psychological Distress, Work Satisfaction and Turnover Intention Among Frontline Nurses. *Journal of Nursing Management*. 2020;1-9.
92. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi J. R, Prasanna J. S, Mahajan S. V. Assessing Coronavirus Fear in Indian Population Using The Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-9.
93. Grennan D. What Is a Pandemic? *Jama*. 2019;321 (9):910-.
94. Last JM, editor. *A dictionary of epidemiology*, 4th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
95. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C,DoğrulM. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. *Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları*; 2020; (34).
96. World Health Organization. What is a pandemic? Erişim: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/ Erişim tarihi: 13.12.2020.
97. Fineberg HV. Pandemic preparedness and responselessons from the H1N1 influenza of 2009. *New England Journal of Medicine*. 2014;370 (14):1335-42.
98. Organization WH. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020; 2020.
99. <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemihastaneleripdf.pdf>, Erişim Tarihi: 02.09.2021.
100. Öğütlü H. Turkey's response to COVID-19 in terms of mental health. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(3):222–5.
101. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare 35 Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *J Community Health*, 2020;45(6):1168–77.
102. Vahidy F, Sostman HD, Bernard D, Boom ML, Drews AL, Christensen PA, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection among asymptomatic healthcare workers in greater Houston: a cross-sectional analysis of surveillance data from a large healthcare system. *medRxiv*; 2020.

103. Koronavirüs nedeniyle sağlık çalışanlarına tahsis edilen oteller, www.hurriyet.com.tr ,Erişim Tarihi: 04.05.2020.
104. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gómez-Durán E, Nieva G, Valero S, Casas M. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Qjm*; 2020;113(9):613–7.
105. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp infect*. 2020;105(1).
106. Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. Risk factors of healthcare workers with corona virus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
107. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*; 2020;17(5).
108. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis A, Chaidou S, Kypourouopoulos S, Spartalis E. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med*. 2020;19(6):3451.
109. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet*; 2020; C.395 s. 912– 20.
110. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *The Lancet Psychiatry*; 2020; s. 228–9.
111. Lee PI, Hu YL, Chen PY, Huang YC, Hsueh PR. Are children less susceptible to COVID-19? *J Microbiol Immunol Infect*. 2020;53(3).
112. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19, *The Lancet Child and Adolescent Health*. Elsevier B.V.; 2020. s. 346–7. 84
113. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pac Psychiatry*. 2020;e12406.

114. Williams B. Mental Health Concerns Arise Amid COVID-19 Epidemic. *data dost pu*. 2020;3–26.
115. Mascolo A, Berrino PM, Gareri P, Castagna A, Capuano A, Manzo C. Neuropsychiatric clinical manifestations in elderly patients treated with hydroxychloroquine: a review article, *Inflammopharmacology*. Birkhauser Verlag AG; 2018; s. 1141–9.
116. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300–2.
117. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302–11.
118. Spoorthy MS. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review, *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier B.V.; 2020; C. 51, s. 102119.
119. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, *Brain, Behavior, and Immunity*. Academic Press Inc.; 2020; C. 88, s. 901–7.
120. Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 82; 2020.
121. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7 (3):e14.
122. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*. 2020;323 (21):2133–4.
123. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak, *The Lancet Psychiatry*, 2020; C. 7; s. e15–6.
124. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behav Sci*. 2018; 8: 98.

125. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*. 2020; 12(3): e7405.
126. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*, 2020; 12(4): e7538
127. Kancherla BS, Upender R, Collen JF, Rishi MA, Sullivan SS, Ahmed O. Sleep, fatigue and burnout among physicians: an American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med*. 2020; 16(5): 803– 805.
128. Healthcare Finance. Healthcare workers risk burnout, exposure in wake of coronavirus pandemic. Erişim: <https://www.healthcarefinancenews.com/news/healthcare-workers-riskburnout-exposure-wake-coronavirus-pandemic>, Erişim tarihi: 02.01.2021.
129. Medscape. 'Death by 1000 Cuts': Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456> Erişim tarihi: 28.01.2021.
130. Greene, G. A Burnt-out Case. 1st ed. New York: Penguin; 1960. p. 248.
131. MaslachC, LeiterM.P. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
132. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30(1): 159-165.
133. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975; 12: 73-82.
134. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*; 1981;2:99-113.
135. Maslach C, Jackson S. Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*; 1984.
136. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7(2):100-8.
137. Kane L. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. Medscape. 2020

138. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52(1): 397–422.
139. Ertürk E, Keçecioglu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: Öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. *Ege Akademik Bakış.* 2012;12(1):39-52.
140. Gümüştekin GE, Öztemiz AB. Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2005;14(1):271-88.
141. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve Örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2008;15(1):131-48.
142. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(9): 1479.
143. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA* 2018; 320(11): 1131-1150.
144. Boni R, Paiva CE, de Oliveira MA, Lucchetti G, Fregnani J, Paiva BSR. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. *PLoS One;* 2018; 13(3): e0191746.
145. Cherniss C. Professional Burnout In Human Service Organizations. Praeger, New York; 1980.
146. Burke RJ, Greenglass ER. A Longitudinal Examination of the Cherniss Model of Psychological Burnout. *Social Science & Medicine*, 40(10), 1357- 1363, 1995.
147. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;68(1):29-32.
148. Maslach C. Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press Palo Alto, Ca; 1986; Vol. 21.
149. KepçeoğluM. Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık. Alkım Yayınevi, İstanbul, 1999.

150. Stevens G, O'Neill P. Expectation and Burnout in the Developmental Disabilities Field. *American Journal Of Community Psychology*. 1983;11(6), 615-627.
151. Martin R.A, Ford T. *The Psychology Of Humor: An Integrative Approach*. Academic Press; 2018.
152. MaslachC. *Burnout: A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome: Current Reserch, Theory And Interventions*. Park Ridge, Iii, London House Management, 1981; P. 31-52.
153. Budak. "Tükenmişlik ve Sağlık Çalışanları (T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yoğun Bakım Hemşireleri Örneği)", Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, 2018; s.4.
154. ÇamO. The Burnout In Nursing Academicians In Turkey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2001; 38(2): P. 201-207.
155. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From tedium to personal growth*: Free Pr. 1981.
156. Cherniss C. *Staff Burnout: Job Stress In The Human Services*. Sage Publications Beverly Hills, Ca; 1980.
157. EdelwichJ, Brodsky A. *Burn-Out: Stages Of Disillusionment In The Helping Professions*. Human Sciences Press New York; 1980;Vol. 1.
158. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri: Nobel Yayın; 2006; 39-43.
159. Richardsen AM, Burke RJ. Models of burnout: Implications for interventions. *International Journal of Stress Management*; 1995;2(1):31-43.
160. PinesA.M. *Burnout: An Existential Perspective*, In *Professional Burnout*. Routledge;2017; P. 33-51.
161. Pines A. Treating Career Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *Journal Of Clinical Psychology*; 2000; 56, 1-10.
162. Pines A. Teacher Burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *Teachers And Teaching*;2002; 8(2), 121-140,

163. Pines A, Nunes R. The Relationship Between Career and Couple Burnout: Implications For Career And Couple Counseling. *Journal of Employment Counseling*, 2003; 40(2), 50-64,
164. SılığA. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Anadolu Üniversitesi*; 2003.
165. Perlman B, Hartman E.A. Burnout: Summary And Future Research. *Human Relations*, 1982; 35(4): P. 283-305.
166. Hsu K, Marshall V. Prevalance of Depression and Distress on A Large Sample of Canadian Residents, İnterns and Fellows. *Ann. J. Psychiatry*, 1987;144(12), 1561-1566.
167. Maslach C, M. Leiter, G. Fink. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior*. Edn, 2016; 351: P. 357.
168. Aguayo R, Vargas C, Cañadas GR, De la Fuente EI. Are socio-demographic factors associated to burnout syndrome in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2017;33(2):38
169. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied nursing research*. 2017;34:40-7.
170. Ortega E, Ramirez-Baena L, la Fuente-Solana D, Emilia I, Vargas C, GómezUrquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(10):2102.
171. Güneş N, Üstün B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008;11(4):48-58.
172. Akbolat M, Oğuz I. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008;11(2):229-54.
173. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2).

174. Torun A. Stres Ve Tükenmişlik, Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi. Baskı, Editör: Suna Tevrüz, Türk Psikologlar Derneği Ve Kalder Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 1997.
175. Barbosa FT, Leão BA, Tavares GMS, Santos JGRPd. Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. Sao Paulo Medical Journal. 2012;130(5):282-8.
176. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. Safety and health at work. 2014;5(3):152-7.
177. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009;(32):21-46.
178. Polatci S. Tükenmişlik Sendromu Ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.
179. Maslach C. Burnout: The Cost Of Caring. 2003: Ishk.
180. Ağapınar S. Ağrı İlinde Çalışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumları ve Empatik Eğilimleri Üzerine Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2011; s. 10
181. Mayou R. Burnout. British Medical Journal; 1987; 295(6593), 284,
182. Beemsterboer J, Baum B. Burnout: Definitions and health care management. Social work in healthcare; 1984; 10(1), 97-109,
183. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. Anaesthesia. 1997;52(11):1037-41.
184. Muldary T.W. Burnout Among Health Professionals: Manifestations And Management. 1983; Appleton-Century-Crofts.
185. Maslach C, Leiter M.P. Early Predictors Of Job Burnout And Engagement. Journal Of Applied Psychology, 2008; 93(3): P. 498.
186. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). Überblick über Reliabilitäts-und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst-und Fremdbeurteilungsverfahren; 1988;7.
187. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri-geçerlik ve güvenirlik çalışması, Bakırköy Ruh ve Sinir Hast Hastanesi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, İstanbul 1993.

188. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561-71.
189. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
190. Biçer İ, Çakmak C, Demir H. Coronavirus Anxiety Scale Short Form: Turkish Validity and Reliability Study. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg. 2020;25(Special Issue on COVID 19):216–25.
191. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychologist's Press Google Scholar; 1981.
192. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1992; 143-54.
193. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi. 1996;4(1):28-33.
194. Saygın M, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner M. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2011; 2(3), 139-144.
195. Karaca Gülay Sarb, Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddet sıklığı ve ilişkili faktörler, Hatay Mustafa Kemal Tıp Fakültesi Hastanesi, Uzmanlık tezi, Hatay 2020.
196. Yaşa Elif Nazlı, Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz anlayış düzeylerinin anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2019.
197. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. Konuralp Medical Journal, 2012, 4.1: 17-23.
198. Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 2015, 3.1: 21-34.
199. Bozdoğan Y, Çiftçi S. Ameliyathane çalışanlarında depresyon düzeyinin belirlenmesi. 2019.
200. Naldan M E, Karayağmurlu A, Yayık M. Ameliyathanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Depresyon. Selçuk Tıp Dergisi, 2019, 35.3: 152-158.

201. Tekir Ö, Çevik C, ÇETİN G. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016, 18.2: 51-63.
202. Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 2013, 1.4: 58-68.
203. Türkmenoğlu B, Sümer H. Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017, 2.2: 24-34.
204. Yılmaz K, İmran G, Yastıbaş C. COVID-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi. Van Tıp Dergisi, 2021; 28.2: 249-257.
205. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological Status of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic. J Coll Physicians Surg Pakistan. 2020;26–31.
206. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw open. 2020;3(3):e203976.
207. Temsah MH, Al-Sohime F, Alamro N. The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERSCoV endemic country. J Infect Public Health. 2020;13(6):877-882.
208. Aloğlu N, Gecdi T. Sağlık personelinin pandemi sürecinde duygu durum durumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi, 2021.
209. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, Fukui T. Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID19) pandemic in Japan. JAMA network open; 2020; 3(8), e2017271-e2017271.
210. Wu Y, Wang J, Luo C. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. Journal of Pain and Symptom Management; 2020, 60.1: e60-e65.

211. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. Klinik Psikiyatri. 2008; 11:167-79.
212. Barelo S, Panamenghi L, Graffigna G. Burnout and professionals at the peak of the italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020;290:113129.
213. Maunder R. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences; 2004;359(1447), 1117-1125.
214. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020;38(3):192–5.
215. Vargas M, Spinelli G, Buonanno P, Iacovazzo C, Servillo G, De Simone S. Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. Inquiry. 2020; 57: 46958020919263.
216. Polat Ö, Coşkun F. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 2020;4(2): 51-58.
217. Kara Ersin, Akdeniz üniversitesinde çalışan araştırma görevlilerinin Covid-19 pandemisi döneminde tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi. Antalya 2021.
218. Yakut E, Kuru Ö, Güngör Y. Sağlık personelinin COVID-19 korkusu ile tükenmişliği arasındaki ilişkide aşırı iş yükü ve algılanan sosyal desteğin etkisinin yapısal eşitlik modeliyle belirlenmesi. Ekev Akademi Dergisi, 2020;24(83), 241-262.
219. Ruisoto P, Ramírez M R, García P A, Paladines-Costa B, Vaca S L, Clemente-Suárez V. J. Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. Front. Psychol, 2021;13, 1-8.

8. EKLER

EK_A. Anket Formu

COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN, BAKIM VERMEYEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Anket Formu

1.BÖLÜM: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın []

2. Erkek []

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli []

2. Bekar []

4. Aylık maaşınız/ücretiniz yaklaşık kaç Türk Lirasıdır(TL)?.....

5. Mesleğiniz?

1. Hekim[]

2. Hemşire []

3. Sekreter/Bilgi işlem []

4. Özel Güvenlik []

5. Temizlik Personeli []

6. Diğer []

6. Eğer Covid-19 biriminde çalıştıysanız çalıştığınız birim? (Çalışmadıysanız boş bırakınız)

1. Servis []

2. Yoğun bakım []

3. Poliklinik []
4. Acil []
5. Diğer []

7. Çalışma şekliniz?

1. Sürekli gündüz []
2. Sürekli gece []
3. Gece-gündüz vardiya []
4. Gündüz ama gece nöbetli sistem []
5. Diğer []

8. Haftalık çalışma süreniz?

1. 40 saatten fazla []
2. 40 saatten az []

2.BÖLÜM: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

<u>Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız.</u>	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				

7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

3.BÖLÜM: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

	<u>Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi seçiniz.</u> <u>Her bir soru için 0, 1, 2 veya 3 yazan seçeneklerden size en uygun olanı işaretleyiniz.</u>	11	0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeylere bile artık sinirlenmiyorum
1	0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	12	0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1. Başkaları ile eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim. 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
2	0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar	13	0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

	değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarım. 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.		1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3. Artık hiç karar veremiyorum.
3	0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum	14	0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
4	0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.	15	0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
5	0. Kendimi suçlu hissetmiyorum. 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	16	0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
6	0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor. 1. Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum. 2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.	17	0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. 2. Yaptığım her şey beni yoruyor. 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
7	0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim. 2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.	18	0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil. 2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.
8	0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiriyorum. 2. Hatalarımdan dolayı kendimi kabahatli bulurum. 3. Her kötü olayda kendimi hatalı bulurum.	19	0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum. 1. Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim 2. Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim 3. Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim

9	0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum. 2. Kendimi öldürmek isterdim. 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	20	0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor 1. Son zamanlarda ağrı, sızı mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var 2. Bu sıkıntıları beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor 3. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
10	0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. 2. Çoğu zaman ağlıyorum. 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.	21	0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok 1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum 2. Şu sırada cinsellikle pek ilgili değilim 3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

4.BÖLÜM: KORONAVİRÜS (COVID-19) KORKUSU ÖLÇEĞİ

COVID-19 KORKU ÖLÇEĞİ

Aşağıda bulunan sorularda size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	1	2	3	4	5
1. Koronavirüsten çok korkuyorum.					
2. Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.					
3. Koronavirüsü düşündüğümde ellerim terliyor.					
4. Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.					
5. Sosyal medyada Koronavirüs ile ilgili haberleri ve hikâyeleri izlediğimde kaygılanıyor ve endişeleniyorum.					
6. Koronavirüse yakalanmaktan duyduğum endişeden dolayı uykularım kaçıyor.					
7. Koronavirüse yakalandığımı düşündüğümde kalp atışım hızlanıyor.					

5.BÖLÜM: MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

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

EK_B. Etik Kurul Onay Formu

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
26/08/2021	10	36

KARAR 14- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Mustafa ARI'nın (Arş.Gör.Dr.Halis Tolga KARACA'nın Uzmanlık Tezi) "Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarındaki anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve Covid-19 korku düzeylerinin, bakım vermeyen sağlık çalışanları ile karşılaştırılması" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Prof.Dr.Hülya YALÇIN
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Prof.Dr.Ayşe Güler OKYAY
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Prof.Dr.Alper ASLAN
(Üye)

(İmza)
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Cengiz ARLI
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Fundagül B. ZORTUK
(Üye)

(Katılmadı)
Doç.Dr.Oğuzhan ÖZCAN
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Üyesi Oğuz AKKUŞ
(Üye)

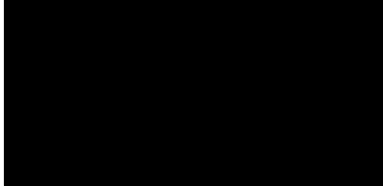
(Katılmadı)

(İmza)
Enver Sedat B
(Rapor

EK_C. Anabilim Dalı İzin Yazısı



T.C.
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı



24/08/2021

DAĞITIM

MUSTAFA ARI'NIN YÜRÜTÜCÜSÜ OLDUĞU VE HALİS TOLGA KARACA'NIN UZMANLIK TEZİ OLAN 'COVID-19 HASTALARINA BAKIM VEREN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA Kİ ANKSİYETE, DEPRESYON, TÜKENMİŞLİK VE COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN, BAKIM VERMEYEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI' ADLI ÇALIŞMANIN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALINIZDA YAPILMASI PLANLANMAKTADIR. ÇALIŞMA İZNİ İÇİN GEREKLİ İZİNLERİN VERİLMESİ HUSUSUNDA GEREĞİNİ ARZ EDERİM.

Prof.Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Dağıtım:
Gereği:
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığı

Bilgi:
Sayın Ahmet ÖZÇELİK (Bilgisayar İşletmeni)

Bu belg



9. ÖZGEÇMİŞ

██████████ ocak ayında öğretmen anne babanın 2. çocuğu ve ilk oğlu olarak ██████████ ilçesinde dünyaya geldi. İlk ve orta öğretimini İskenderun Kurtuluş ilköğretim okulunda tamamladı. Lise eğitimini İskenderun İstiklal Makzume Anadolu Lisesinde tamamladı. 2008 yılında Konya Meram Tıp Fakültesinde tıp eğitimine başlayıp 2014 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini 2014-2015 yılları arasında Hatay ‘ın Belen ilçesinde yaptı. 2016 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinde başladığı kardiyoloji eğitimini yarıda bırakıp 2017 yılında Adıyaman Üniversitesinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimine başladı. Yine aynı sene Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalına geçiş yaptı. Psikiyatri asistanlığı eğitimini 2022 yılında tamamladı. Şuan halen Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.