T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD 19 PANDEMİSİNİN AİLE HEKİMLERİNDEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İYİLİK HALİ İLE İLİŞKİSİ

DR. MERVE CAN KANMAZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2023

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVİD 19 PANDEMİSİNİN AİLE HEKİMLERİNDEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İYİLİK HALİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Merve CAN KANMAZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İçindekiler

İçindekiler i
TABLO DİZİNİ iii
ŞEKİL DİZİNİ iv
KISALTMALAR v
TEŞEKKÜR vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1 GİRİŞ VE AMAÇ 1
2 GENEL BİLGİLER 2
2.1 Koronavirüs 2
2.1.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji 2
2.1.2 Klinik Bulgular ve Tanı 4
2.1.3 Tedavi yöntemleri ve Aşılar 6
2.2 Aile Hekimliği 7
2.2.1 Aile Hekimliğinin Tanımı 7
2.2.1.1 Leeuwenhorst'un Tanımı (1974) 7
2.2.1.2 WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Tanımı (1991) 8
2.2.1.3 Olesen Tanımı (2000) 8
2.2.1.4 Wonca Europe Tanımı (2002 ve 2005) 8
2.2.1.5 ABFM (American Board of Family Medicine) Tanımı (2005) 10
2.2.1.6 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tanımı (2004) 11
2.2.2 Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi 11
2.2.3 Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Gelişimi 12
2.3 Tükenmişlik ve Tükenmişlik ile İlgili Kavramlar 13
2.3.1 Tükenmişliğin Tanımı 13
2.3.2 Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı 13
2.3.2.1 Duygusal Tükenme 14
2.3.2.2 Duyarsızlaşma 14
2.3.2.3 Kişisel Başarı Azalması Hissi 15
2.3.3 Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Etmenler 15
2.3.3.1 Bireysel Faktörler 15
2.3.3.2 Örgütsel Faktörler 16
2.3.4 Tükenmişliğin Belirtileri 17
2.3.5 Doktorlarda Tükenmişlik 18
2.4 İyilik Hali 19

2.4.1 Öznel İyilik Hali 20
2.4.2 Mesleki İyilik Hali 20
2.4.3 Covid 19 Salgını ve İyilik Hali 21
3 YÖNTEM VE GEREÇLER 22
3.1 Yöntem ve Örneklem Seçimi 22
3.2 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 25
3.2.1 Bağımlı Değişkenler 25
3.2.2 Bağımsız Değişkenler 26
3.3 Veri Toplama Araçları 26
3.3.1 Sosyodemografik veri formu 26
3.3.2 Pandemi ilişkili veri formu 27
3.3.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Sağlık Personeli formu 27
3.3.4 DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği formu 28
3.4 İstatistiksel Analizler 29
3.5 Araştırmanın Bütçesi 29
4 BULGULAR 30
4.1 Sosyodemografik veriler 30
4.2 Pandemi ilişkili veriler 31
4.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği verileri 33
4.4 İyilik Hali Ölçeği Verileri 35
4.5 Sosyodemografik verilerin ölçekler ile karşılaştırılması 36
4.6 Pandemi ilişkili verilerin ölçekler ile karşılaştırılması 47
5 TARTIŞMA 53
6 SONUÇ VE ÖNERİLER 60
7 **KAYNAKLAR** 62
8 EKLER 70
8.1 Ek-1:Sosyodemografik Veri Formu 70
8.2 Ek-2: Pandemi İlişkili Veri Formu 71
8.3 Ek-3: MTÖ-SP Formu 73
8.4 Ek-4: DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği 74
8.5 Ek-5: Etik Kurul Onay Yazısı 75

TABLO DİZİNİ

Tablo 1:Türkiye'nin her bir istatistiki bölgedeki aile hekimi sayısı ve bu sayılara göre hesaplanan örneklem sayıları……..……..24
Tablo 2: E-posta gönderilen aile hekimi sayılarının bölgelere göre dağılımı 25
Tablo 3: MTÖ alt ölçek değerlerine göre tükenmişlik seviyeleri 28
Tablo 4: Sosyodemografik veriler.....30
Tablo 5: Pandemi ilişkili veriler.....31
Tablo 6: İş yükü verileri.....32
Tablo 7: Endişe türü verileri 32
Tablo 8:Destek türü verileri 33
Tablo 9: MTÖ toplam puan verileri.....33
Tablo 10: Duygusal tükenme alt ölçeği verileri 34
Tablo 11: Duyarsızlaşma alt ölçeği verileri.....34
Tablo 12: Kişisel başarı hissi alt ölçeği verileri 34
Tablo 13: MTÖ alt ölçeklerine göre tükenmişlik seviyesi verileri.....35
Tablo 14: İyilik hali ölçeği toplam puan verileri 35
Tablo 15: İyilik hali ölçeğine göre kötü yaşam kalitesi verileri.....35
Tablo 16:Yaş gruplarına göre tükenmişlik alt ölçek verileri.....37
Tablo 17:Yaş gruplarına göre genel tükenmişlik verileri 37
Tablo 18: Yaşa göre iyilik hali verileri……38
Tablo 19: Cinsiyete göre iyilik hali verileri……..…38
Tablo 20: Medeni duruma göre tükenmişlik alt ölçek verileri……39
Tablo 21: Çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt ölçek verileri……40
Tablo 22: Çocuk sahibi olma durumuna göre genel tükenmişlik verileri……40
Tablo 23: Unvana göre tükenmişlik alt ölçek verileri……..41
Tablo 24: Meslekteki yıla göre tükenmişlik alt ölçek verileri……..42
Tablo 25: Meslekteki yıla göre genel tükenmişlik verileri……..…..…..43
Tablo 26: Meslekten memnuniyete göre tükenmişlik alt ölçek verileri……44
Tablo 27: Meslekten memnuniyete göre genel tükenmişlik verileri……44
Tablo 28: Meslekten memnuniyete göre iyilik hali verileri……....45
Tablo 29:Sigara kullanımına göre tükenmişlik alt ölçek verileri……....45
Tablo 30: Sigara kullanımına göre genel tükenmişlik verileri……46
Tablo 31: Sigara kullanımına göre iyilik hali verileri……46

Tablo 32: Psikiyatrik hastalık durumuna göre tükenmişlik alt ölçek verileri……46
Tablo33: Duygusal tükenme alt ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması……48
Tablo 34: Duyarsızlaşma alt ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması…...49
Tablo 35: Genel tükenmişlik verileri ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması…..51
Tablo 36: İyilik hali ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması……52

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Sars-Cov-2 yapısı…….....3
Şekil 2: WONCA ağacı…….……...…10
Şekil 3: Türkiye'nin İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması……..23

KISALTMALAR

AH: Aile Hekimi
AlfaCoV:Alfacoronavirus
ABFM: American Board of Familiy Medicine
BetaCoV: Betacoronavirus
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
Covid 19: 2019 Koronavirüs Hastalığı
DeltaCoV : Deltacoronavirus
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ-5: Dünya Sağlık Örgütü İyilik Hali Ölçeği
DT: Duygusal Tükenme
DYS: Duyarsızlaşma
FDA: U.S. Food and Drug Administration
GammaCoV: Gammacoronavirus
GP: Genel Pratisyen
GT: Genel Tükenmişlik
MERS: Orta Doğu Respiratuar Sendromu
MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ- SP: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Sağlık Personeli Formu
KB: Kişisel Başarı Hissi
KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman
RT-PCR: Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu
rRT-PCR: Gerçek Zamanlı Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RT-LAMP : Ters Transkripsiyon Döngü Aracılı İzotermal Amplifikasyon
SARS: Ciddi Akut Respiratuar Sendrom
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
WONCA: World Organization of NationalColleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TEŞEKKÜR

Tezimin bütün aşamalarında bana rehberlik eden, sabırla, ilgi ve desteğiyle yanımda olan, eğitimimin her safhasında büyük katkıları olan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a emeklerinden ötürü içtenlikle teşekkür ederim.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki asistanlık sürecinde bilgi, birikim ve tecrübelerini paylaşan, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Doç. Dr. Neslişah TAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Eğitimim boyunca tecrübelerini aktaran ve klinik süreçte yanımızda olan Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a ve birlikte çalışmaktan son derece mutluluk duyduğum başta kıdem arkadaşlarım olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde benim yanımda olan ve desteklerini eksik etmeyen, bu günlere gelmemde büyük emeği olan aileme,

Sevgisini, fedakarlığını, yardımseverliğini, tüm desteğini her zaman yanımda hissettiğim, yaşamı paylaştığım sevgili eşim Ömer Can KANMAZ'a sonsuz teşekkürler.

Dr. Merve CAN KANMAZ

ÖZET

COVİD 19 PANDEMİSİNİN AİLE HEKİMLERİNDEKİ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İYİLİK HALİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Merve CAN KANMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Amaç: Çalışmamızda aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ve iyilik durumlarını inceledik. Ayrıca Covid 19 pandemisinin tükenmişlik düzeyi ve iyilik hali ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kesitsel analitik tipte olan çalışmamız Türkiye'deki aile hekimlerine internet yoluyla ulaşılarak anket yöntemi ile yapılmıştır. Evreni bilinen örneklem hesabıyla en az 379 kişiye ulaşılması hedeflendi. Katılımcılara sosyodemografik bilgilerini içeren veri formu, pandemi ilişkili soruları içeren veri formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği-sağlık personeli (MTÖ-SP) formu ve Dünya Sağlık Örgütü İyilik Hali Ölçeği (DSÖ-5) uygulandı. Araştırmanın verileri SPSS 24 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda Türkiye genelinde birinci basamakta çalışan toplam 529 hekime ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 47,83±8,61 olup, %75,4'ü (n=399) erkek, %24,6'sı (n=130) kadındı. Katılımcıların %73,7'si duygusal tükenme alt ölçeğinde, %39,5'i duyarsızlaşma alt ölçeğinde ve %10,4'ü kişisel başarı hissi alt ölçeğinde yüksek düzeyde tükenmişliğe sahipti. Katılan hekimlerin MTÖ puan ortalaması 63,00±21,99 olarak bulundu. Cinsiyetler arasında tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Genç yaşlarda, çocuk sahibi olmayanlarda, sigara içenlerde, mesleğinden memnun olmayanlarda tükenmişlik anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanlarda, kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşayanlarda, pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekenlerde, Covid 19 nedeniyle bir yakınını kaybedenlerde tükenmişlik anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların iyilik hali ölçeği ortalaması ise 9,99±5,72 olarak bulundu. İyilik hali ölçeğine göre hekimlerin %74,1'inin (n=392) aldığı puanlar kötü yaşam kalitesine işaret ediyordu. Genç yaşta, kadın cinsiyette, mesleğinden memnun olmayanlarda, sigara içenlerde iyilik hali puanları anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Kişisel

koruyucu ekipman eksikliği yaşayanların, pandemi sonrası ailesi ile ayrı konaklaması gerekenlerin, pandemi nedeniyle bir yakınını kaybedenlerin iyilik hali puanları anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hekimlerin %88,8'i (n=470) covid+ hasta/temaslı takibi yapıyordu, %96,2'si (n=509) pandeminin iş yükünü arttırdığını ifade etti. İş yükünü arttırdığını düşündükleri çalışmalar arasında %38,7 ile aşılama çalışmaları ilk sırada yer alıyordu. Hekimlerin %59,7'si (n=316) pandemi sürecinde kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşıyordu. Katılımcıların %41,0'ının (n=217) pandemi sürecinde ailesi ile ayrı yerlerde konaklaması gerekmişti. Hekimlerin pandemiye yönelik endişe türleri arasında ilk sırada ailesine bulaştırmak geliyordu. Hekimler pandemiye yönelik en çok ihtiyaç duyduğu destek türünün, %33,2 oranında takdir/saygı görmek olduğunu ifade etti.

Sonuçlar: Çalışmamızda aile hekimlerinin çoğunluğu duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeğinde yüksek düzeyde, kişisel başarı hissi alt ölçeğinde orta düzeyde tükenmişlik seviyelerine sahiptir. Hekimlerde oluşan tükenmişlik sadece bireyin kendisini değil ailesini, çalışma arkadaşlarını ve hastaları olumsuz etkileyebilir. Hekimin hata yapma olasılığını artırabilir. İyilik haline bakıldığında hekimlerin büyük çoğunluğunun aldığı puanlar kötü yaşam kalitesine işaret ediyordu. Sonuçlarımız bu düzeyde önemli problemlerin nedenleri ile birlikte araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Covid 19, Pandemi, Tükenmişlik, İyilik hali, Aile hekimliği, Birinci basamak

ABSTRACT
THE RELATIONSHIP OF THE COVID 19 PANDEMIC WITH THE LEVEL OF BURNOUT AND WELLNESS OF FAMILY PHYSICIANS
Dr. Merve CAN KANMAZ
Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine The Department of Family Practice
Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Aim: In this study, we examined the burnout levels and well-being of family physicians. We also aimed to investigate the effect of the Covid 19 pandemic on the level of burnout and well-being.

Methods: Our study, which is a cross-sectional analytical type, was carried out by survey method by reaching family physicians in Turkey via internet. It was aimed to reach at least 379 people with the sample calculation of known universe. A data form containing sociodemographic information, a data form containing pandemic-related questions, Maslach Burnout Scale-health personnel (MBS-HP) form and World Health Organization Well-Being Scale (WHO-5) were administered to the participants. The data of there search were evaluated using the SPSS 24 program. In the statistical evaluation of the data, $p<0.05$ was accepted as significant.

Findings: In our study, a total of 529 physicians working in primary care throughout Turkey were reached. The mean age of the participants was 47.83±8.61, with 75.4% (n=399) male and 24.6% (n=130) female. 73.7% of the participants had high levels of burnout in the emotional exhaustion subscale, 39.5% in the depersonalization subscale and 10.4% in the sense of personal accomplishment subscale. The mean MBS score of the participating physicians was 63.00±21.99. There was no significant difference between the genders in terms of burnout levels. Burnout was found to be significantly higher in young people, those who did not have children, those who smoked, and those who were not satisfied with their profession. Burnout was found to be significantly higher in those who did not follow up on Covid+ patients/contacts, those who lacked personal protective equipment, those who needed to stay separately with their families after the pandemic, and those who lost a relative due to Covid 19. The mean of the participants' well-being scale was found to be 9.99±5.72. The scores of 74.1% (n=392) of the physicians according to the well-being scale indicated poor quality of life. Well-being scores

were significantly lower in younger age, female gender, dissatisfied with their profession, and smokers. The well-being scores of those who lacked personal protective equipment, those who needed to stay separately with their families after the pandemic, and those who lost a relative due to the pandemic were significantly lower. 88.8% (n=470) of the physicians participating in the study were following covid+ patients/contacts, 96.2% (n=509) stated that the pandemic increased their workload. Among the studies that they thought increased the workload, vaccination studies were in the first place with 38.7%. 59.7% (n=316) of the physicians had a lack of personal protective equipment during the pandemic process. 41.0% (n=217) of the participants had to stay in separate places with their families during the pandemic process. Infecting his family was the first among physicians' concerns about the pandemic. Physicians stated that the type of support they needed most for the pandemic was to be appreciated/respected at a rate of 33.2%.

Results: In our study, the majority of family physicians had highlevels of burnout in the emotional exhaustion and depersonalization subscale, and moderate levels of burnout in the sense of personal accomplishment subscale. Burnout in physicians negatively affects not only the individual but also his/her family, colleagues and patients. It increases the possibility of making mistakes by the physician and reveals the possibility of harm. According to the well-being scale, the scores of the majority of physicians indicated poor quality of life. We think that important problems at this level should be investigated together with their causes and we have created this awareness with our study.

Keywords: Covid 19, Pandemic, Burnout, Well-being, Family medicine, Primary care

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre son 20 yıl içerisinde dünya genelinde yaşanan pandemiler arasında 2002 yılında ortaya çıkan SARS-CoV salgını ve 2009 yılında olan H1N1 influenza salgını önemli pandemiler olarak ön plana çıkmaktadır[1]. 2012 yılında ortaya çıkan ve günümüze kadar devam eden MERS-CoV salgını da toplumsal sağlığı tehdit etmektedir [2].

2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde açıklanamayan pnömoni vakaları görülmeye başlandı. Ancak bu vakaların etiyolojisi tespit edilemediği için "bilinmeyen etiyolojili pnömoni" olarak kayıtlara geçmiştir. Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) yoğun bir araştırma programı sonrası hastalığın etkeninin koronavirüs olduğunu tespit etmiştir.

Bu salgının koronavirüs nedeniyle oluştuğunun kesin olarak ortaya konmasının ardından son 20 yıl içerisinde koronavirüsün yaptığı salgın sayısı 3'e çıkmış bulunmaktadır. 21. yüzyılın ilk pandemisi, 2002-2003 yıllarında SARS-CoV ile başlamıştır. Bu salgın sırasında toplam 8437 enfekte vaka bildirilmiş olup 813 vaka ölümle sonuçlanmıştır[3].2012 yılına geldiğimizde ise Suudi Arabistan'da ilk MERSCoV vakası bildirilmiştir ve günümüze kadar toplam 2494 kişi enfekte olup 858'i ölmüştür[4].

11 Şubat 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeni hastalığı "coronavirus disease 2019" anlamına gelen "Covid 19'' olarak isimlendirmiştir. Daha sonrasında ise Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) yeni virüsün ismini SARS-CoV'e benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak belirlemiştir[5]. Çeşitli hayvan türlerinden izole edilebilen koronavirüs ailesi pozitif polariteli tek sarmallı RNA virüsü (+ssRNA) ailesindendir. Koronavirüsler henüz nedeni bilinmeyen mekanizmalar ile tür engellerini aşabilmekte ve insanlarda hafif üst solunum yolu enfeksiyonlarından ciddi alt solunum yolu enfeksiyonlarına kadar çeşitli hastalıklara yol açabilmektedirler.

COVID-19 pandemisinin başladığı 2019 Aralık ayından 22 Kasım 2022 tarihine gelene kadar DSÖ verilerine göre 634.552.052 doğrulanmış vaka ve 6.599.100 ölüm bulunmaktadır, dünya çapında toplamda 12.943.741.540aşılama yapılmıştır [6]. Ülkemizde ise sağlık bakanlığı verilerine göre 13 Kasım 2022 tarihine dek toplamda 17.005.537 vaka ve 101.400 ölüm bulunmaktadır, birinci doz aşı olma oranı %93,35 iken iki doz aşılanmış nüfus oranı %85,67'dir [7]. Sağlık çalışanlarını ayrı olarak değerlendirdiğimiz zaman ise elimizde resmi toplu bir veri olmamakla

birlikte on binlerce sağlık çalışanı SARSCoV-2 ile enfekte olmuştur ve binden fazla hekim hayatını kaybetmiştir.

Bu açıdan baktığımız zaman Covid 19 pandemisi hekimlerin sağlığı açısından ciddi bir risk faktörü oluşturmakta ve hekimlerin stres seviyelerini artırdığı düşünülmektedir. Biz çalışmamızda Covid 19 pandemisinin birinci basamakta çalışan aile hekimlerindeki tükenmişlik seviyeleri ve iyilik durumları üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

2 GENEL BİLGİLER

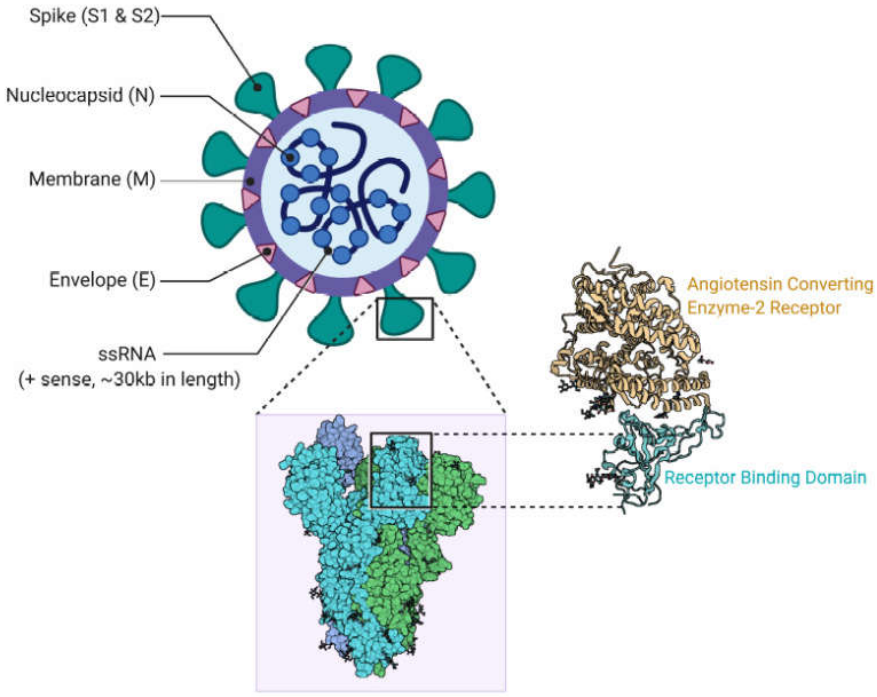
2.1 Koronavirüs

2.1.1 Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Koronavirüsler (CoV), elektron mikroskobu altında taç benzeri görüntüye sahip olduklarından koronavirüs ismi ile isimlendirilmişlerdir (corona latincede taç anlamına gelmektedir). Koronavirüsler, pozitif polariteli tek sarmallı RNA virüsleridir. Nidovirales takımının Coronaviridae ailesinin alt familyası Orthocoronavirinae'ye ait CoV'ler kendi içerisinde dört grup olarak sınıflandırılır: Alphacoronavirus (alfaCoV), Betacoronavirus (betaCoV), Deltacoronavirus (deltaCoV) ve Gammacoronavirus (gammaCoV). Ayrıca, betaCoV cinsi beş alt türe veya kökene bölünmektedir. Genomik karakterizasyon incelendiğinde, alfaCoV ve betaCoV'lerin gen kaynaklarını yarasalar ve kemirgenlerden aldığı gösterilmiştir. DeltaCoV ve gammaCoV'lerin ise gen kaynaklarını kuş türlerinden aldığı gösterilmiştir [8,9].

Bu büyük virüs ailesinin üyeleri birçok hayvan türünde respiratuar, enterik, hepatik ve nörolojik hastalıklara neden olabilmektedir. Bugüne kadar, insanları enfekte edebilen yedi insan CoV'ü (HCoV) tanımlanmıştır. 2 HCoV türü 1960'ların ortalarında, diğerleri ise 2000 yılı sonrası tespit edilmiştir [10].

Yaygın insan CoV'leri, HCoV-OC43 ve HCoV-HKU1 (A dalının betaCoV'leri), HCoV-229E ve HCoV-NL63 (alfaCoV'ler) olarak sıralanabilir. Bağışıklık sistemi sağlıklı kişilerde yaygın olarak soğuk algınlığına ve kendi kendini sınırlayan üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olurken, bağışıklığı baskılanmış kişilerde ve yaşlılarda alt solunum yolu enfeksiyonları ortaya çıkabilmektedir. Diğer insan CoV'leri şu şekilde sıralanabilir; SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve MERS-CoV (sırasıyla B ve C dalının betaCoV'leri). Bunlar, ek olarak solunumsal belirtiler gösteren çeşitli klinik öneme sahip salgınlara neden olmaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre SARS-CoV ve MERS-CoV'ün mortalite oranları sırasıyla %10 ve %35'tir.



Şekil 1: Sars-Cov-2 yapısı

Wuhan'ı ziyaret ettikten sonra gelişen atipik pnömonili bir grup hastadan izole edilen yeni HCoV genomunun genetik olarak incelenmesi sonucu yarasa SARS benzeri CoVZXC21 ile % 89 ve insan SARS-CoV'ü ile % 82 benzer nükleotid dizilimine sahip olduğu gösterilmiştir[11]. MERS-CoV için ise % 51,8 benzerlik göstermiştir[12]. Bu nedenle yeni virüse SARS-CoV-2 adı verilmiştir. SARS-CoV-2 tek iplikçikli RNA genomu içerisinde 9860 amino asidi kodlayan 29.891 nükleotid içermektedir (Şekil 1)[13].Kökenleri kesin olarak tespit edilmese de bu genomik analizler SARS-CoV-2'nin muhtemelen yarasalarda bulunan bir suştan evrimleştiğini göstermektedir[14]. Bununla birlikte, yarasalar ve insanlar arasında ara bağlanma potansiyeli olan memeli konakçı kesin olarak bilinmemektedir. Orijinal suştaki mutasyon nadir de olsa doğrudan insanlara karşı virülansı tetikleyebileceğinden, bu aracı konağın var olduğu kesin değildir ancak son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar manispentadactyla türü hayvanlarda SARS-CoV-2'yi izole ederek bu hayvanlardan insanlara bulaş olabileceğini göstermektedirler[15].

Etiyolojisi bilinmeyen akut solunum yetmezliğinin ilk dört vakasının 29 Aralık 2019 tarihinde Wuhan Şehri deniz ürünleri pazarı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın birincil yayılım yolu Wuhan hayvan pazarında, insanların virüse maruz kalması sonucunda enfekte olmasıdır. Sonrasında ise Covid 19 enfeksiyonunun yakın temas ile insandan insana bulaşması enfeksiyonu diğer insanlara ve Wuhan

dışındaki yerleşim alanlarına yaymıştır ve böylece hastalığın sekonder yayılımı başlamıştır[16,17]. Çin dışındaki ilk vaka 13 Ocak 2020'de Tayland'da görüldü ve bu ülkeye seyahat eden bir Wuhan sakininden bulaştığı bildirildi. 19 Ocak 2020'de, Wuhan'ın dışından, Pekin Şehri'nden ve Guangdong Eyaleti'nden vaka bildirimleri yapılmaya başlandı ve böylece virüsün Çin'e yayıldığını ve toplam teyit edilen vaka sayısının 205'e yükseldiğini bildirildi. 23 Ocak 2020'ye kadar 29 il ve altı farklı ülke toplam 846 onaylanmış vaka bildirmişlerdir. Ne yazık ki Wuhan'ın karantina altına alınmasından önce Çin yeni yılı nedeniyle 5 milyon insan Wuhan'dan ayrılmıştır. Böylelikle salgının 3. aşaması başlamıştır. Bu tarihten sonra 25 ülkede 60359 vaka bildirilmiştir. Böylelikle DSÖ, 30 Ocak 2020'ye Covid 19'u Uluslararası halk sağlığı acil durumu ilan etmiştir. Vaka sayılarının katlanarak artması nedeniyle 11 Mart 2020'de dünya genelinde pandemi ilan edilmiştir[18].

Virüse maruz kalındığında Covid 19 enfeksiyonunun meydana geldiği ve hem normal hem de immünsüprese popülasyonun virüse duyarlı olduğu görülmüştür. Bağışıklık sistemi baskılanmış olan kişiler, 65 yaş üstü olanlar ile böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olanlar yüksek risk grubu olarak kabul edilmiştir[17]. COVID-19'un SARS-CoV'den daha yüksek bulaşıcılık ve pandemik risk oranlarına sahip olduğu bulunmuştur, çünkü Covid 19'un efektif reprodüksiyon sayısı (2,9), SARS-CoV'den (1,77) çok daha yüksektir. Farklı klinik çalışmalar, COVİD-19'un temel reprodüksiyon sayısını 1,5 ila 6,49 arasında tahmin etmektedir[19]. Covid 19 inkübasyon süresinin ortalama 4,8±2,6 (2-11 gün) olduğu tahmin edilmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda inkübasyon süresinin 24 güne kadar uzayabildiği bildirilmektedir[20].

2.1.2 Klinik Bulgular ve Tanı

Covid 19 enfeksiyon semptomları ortalama olarak 5 günlük bir kuluçka döneminden sonra ortaya çıkmaya başlar [17]. Wang ve arkadaşları Covid 19 semptomlarının başlamasından ölüme kadar geçen sürenin ortalama 14 gün olmakla beraber 6 ila 41 gün arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Bu süre hastanın bağışıklık sistemine ve hastanın yaşına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir ve 70 yaşın üstündeki hastalarda, 70 yaşın altındaki hastalara göre daha kısa bulunmuştur [21].

Enfeksiyon başlangıcındaki yaygın semptomlar yorgunluk, öksürük ve ateştir. Diğer semptomlar arasında ise lenfopeni, hemoptizi, baş ağrısı, balgam üretimi ve

ishal bulunur[22]. Hastanede yatma endikasyonu koyulan tüm hastalarda toraks BT (Bilgisayarlı Tomografi) görüntülemesi pnömoniyi göstermektedir. Birçok vakada, her iki akciğerin subplevral bögesinde hem lokal hem de sistemik immün yanıtı indükleyerek inflamasyona yol açan birkaç periferik buzlu cam opasitesi saptanmıştır[23,24]. Daha önceki betakoronavirüs enfeksiyonları ile BT taramalarında bulunan bilateral buzlu cam opasitesi, kuru öksürük, nefes darlığı ve ateş gibi Covid 19 semptomları benzerdir[23]. Daha da önemlisi, Covid 19, boğaz ağrısı, burun akıntısı ve hapşırma gibi diğer betakoronavirüs enfeksiyonlarından kendisini ayıran belirtiler göstermiştir. Covid 19 ile enfekte hastalar diyare gibi gastrointestinal semptomlar bildirmesine rağmen, SARS-CoV veya MERS-CoV hastalarının küçük bir oranında benzer gastrointestinal semptomlar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle gaita ve idrar örneklerinin analiz edilmesi, özellikle sağlık personeli, hastalar vb. tarafından olası alternatif bulaşma yolunu ortadan kaldırmak için gereklidir[25,26].

CDC raporlarına göre hastalık klinik özelliklerine göre 3 gruba ayrılmıştır[27]

- Hafif hastalık: Pnömoni olmayan ve hafif pnömoni; bu vakaların % 81'inde meydana gelmiştir.
- Şiddetli hastalık: Dispne, solunum frekansı ≥ 30/dak, kan oksijen saturasyonu (SpO2) ≤ % 93, PaO2/FiO2 oranı < 300 ve/veya akciğer infiltrasyonu 24 ila 48 saat içinde > % 50; bu vakaların % 14'ünde meydana gelmiştir.
- Kritik hastalık: solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ yetmezliği (MOD); bu vakaların % 5'inde meydana gelmiştir.

Toplumda ve hastanelerde salgınları kontrol altına alabilmek için Covid 19 hızlı ve doğru tespiti çok önemlidir. Koronavirüs için mevcut tanı testleri arasında ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR), gerçek zamanlı (rRT-PCR) ve ters transkripsiyon döngü aracılı izotermal amplifikasyon (RT-LAMP) yer alır[28,29]. Çin Ulusal Sağlık Komisyonu tarafından oluşturulan mevcut tanı kriterlerine göre, nazofaringeal ve orofaringeal sürüntü testleri de dahil olmak üzere laboratuvar incelemeleri, Covid 19 enfeksiyonunun tanısında standart bir değerlendirme haline gelmiştir. Orofaringeal sürüntüler için pozitif PCR oranı çok yüksek değildir: Covid 19 onaylı hastaların sadece % 53,3'ünde oral sürüntü testleri pozitiftir[30,31]. RT-PCR sonuçları genellikle birkaç gün (2-8 gün) sonra pozitif hale gelir. Mevcut laboratuvar testi zaman alıcıdır ve ticari kitlerin yetersizliği teşhisi geciktirir. Ateş, boğaz ağrısı, yorgunluk, öksürme veya yakın zamanda maruz kalınan nefes darlığı çeken hastalarda, negatif RT-PCR sonuçlarına rağmen Covid 19 enfeksiyonu tipik göğüs BT özellikleri ile teşhis edilmelidir[32,33]. Göğüs BT taramaları şiddetini değerlendirmek

için kullanılabilir. Covid 19 ayrıca, asemptomatik hastalarda göğüs BT görüntüleme anormallikleri ile kendini göstermektedir, 1-3 hafta içinde konsolidasyonlara ilerleyen veya konsolidasyonlarla birlikte olan ve unilateralden, dağınık bilateral buzlu cam opasitelerine hızlı bir progresyon ile karakterizedir. Görüntüleme özelliklerinin değerlendirilmesinin klinik ve laboratuvar bulgularıyla birleştirilmesi Covid 19 pnömonisinin erken tanısını kolaylaştırabilir[34,35].

2.1.3 Tedavi yöntemleri ve Aşılar

Covid 19 araştırmalarında büyük başarılar elde edilmesine ve birçok antiviral ilacın Covid 19'a karşı iyi terapötik etkiler göstermesine rağmen, Covid 19 için basit bir oral antiviral ilaç henüz geliştirilmemiştir. Üç yeni oral antiviral (molnupiravir, fluvoksamin ve paxlovid) ile Covid 19 hastalarında mortalite veya hastaneye yatış oranlarındaki ve yan etkilerdeki iyileşme araştırılmıştır. Bu çalışma üç yeni oral antiviralin Covid 19 hastalarında mortalite ve hastaneye yatış oranlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir[36]. Covid 19'un patogenezini iki ana sürecin yönlendirdiği düşünülmektedir. Klinik seyrin başlarında, hastalık esas olarak SARS-CoV-2'nin replikasyonu tarafından yönlendirilir. Daha sonra klinik seyirde, hastalığın SARS-CoV-2'ye doku hasarına yol açan düzensiz bir bağışıklık/inflamatuar yanıt tarafından yönlendirildiği görülüyor. Bu anlayışa dayanarak, SARS-CoV-2'yi doğrudan hedefleyen tedavilerin hastalığın erken evrelerinde en büyük etkiye sahip olması beklenirken, immünosüpresif/antiinflamatuar tedavilerin Covid 19'un sonraki aşamalarında daha faydalı olması muhtemeldir. Tüm hastalara semptom takibi önerilmelidir, hastane yatışı gerektirmeyen endikasyon varlığı dışındaki hastalara deksametazon ve diğer kortikosteroidlerin kullanılması önerilmez. Covid 19 enfeksiyonu ilerleme riski yüksek hastalar için önerilen antiviral tedaviler, ritonavir ile güçlendirilmiş paxlovid ve remdesivir tedavisidir. Bu tedavilerin kullanımının mümkün olmadığında önerilen ajanlar molnupiravir ve bebtelovimabdır[37].

C vitamini, koronavirüs hastalığı gibi viral hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli hastalıklarda bir antioksidan olarak kullanılmıştır. Ancak 572 hastayı içeren toplam altı randomize kontrollü çalışmanın meta analizinde C vitamini tedavisinin Covid 19'a bağlı mortaliteyi azaltmadığı gösterilmiştir[38].

SARS-CoV-2 S proteininin yapısı ortaya konmuştur, bu bulgular ortaya çıkan enfeksiyon için aşılama stratejilerini optimize etmeye yönelik daha ileri çalışmaların temelini oluşturmaktadır. Koronavirüsler için geliştirilen aşıların çoğu, spike glikoproteini veya S proteinini hedef alır.

Moderna şirketi 24 Şubat 2020'de şirketin mRNA-1273 olarak bilinen deneysel mRNA Covid 19 aşısının insan testine hazır olduğunu duyurdu. SARS-CoV-2 genetik sekansını tanımladıktan sadece birkaç hafta sonra bir başlangıç aşısı geliştirmek oldukça hızlı bir gelişmedir.

23 Ağustos 2021 tarihinde, Pfizer-BioNTech aşısı Amerika Birleşik Devletleri'nde FDA tarafından on altı ve üstü yaşındaki insanlarda kullanımına izin verilen ilk Covid 19 aşısı oldu. Bu aşının iki doz uygulandığı taktirde, virüse karşı en az 6 aylık bir koruması olduğu belirtilmiştir. Aralık 2020'de FDA tarafından acil kullanım izni alınarak yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. 31 Mart 2021'de bakanlık tarafından yapılan duyuruya göre, Biontech laboratuvarlarında geliştirilen bu aşının Türkiye'de de uygulanmaya başlanmasına karar verilmiştir[39].

Çin'de geliştirilen bir aşı olan Coronavac, ölü virüs aşısı yöntemi ile etki gösteren bir Covid 19 aşısıdır. Bu şekilde kişi virüse karşı bağışıklık kazanmaktadır. Aşı 14 veya 28 gün ara ile 2 doz olarak uygulanmaktadır. Ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından 13 Ocak 2021 tarihinde ilk olarak inaktif aşı olan CoronaVac için acil kullanım onayı verilmiştir[40].

2.2 Aile Hekimliği

2.2.1 Aile Hekimliğinin Tanımı

2.2.1.1 Leeuwenhorst'un Tanımı (1974)

Genel pratisyen yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amaç erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme

girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu olduğunu kabul eder[41].

2.2.1.2 WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Tanımı (1991)

Genel pratisyen (GP) veya aile hekimi (AH); esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. GP/AH, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür, buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar. AH ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. GP/AH mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre doğrudan veya diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir[41].

2.2.1.3 Olesen Tanımı (2000)

GP, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır.GP, hastanın var olan hastalıklarının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. GP biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme alanlarında bireylerle ilgilenir [41].

2.2.1.4 Wonca Europe Tanımı (2002 ve 2005)

GP/AH kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

AH/ GP'in Çekirdek Yeterlikleri AH/GP'lik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımı, doğrudan doğruya sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşır. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir:

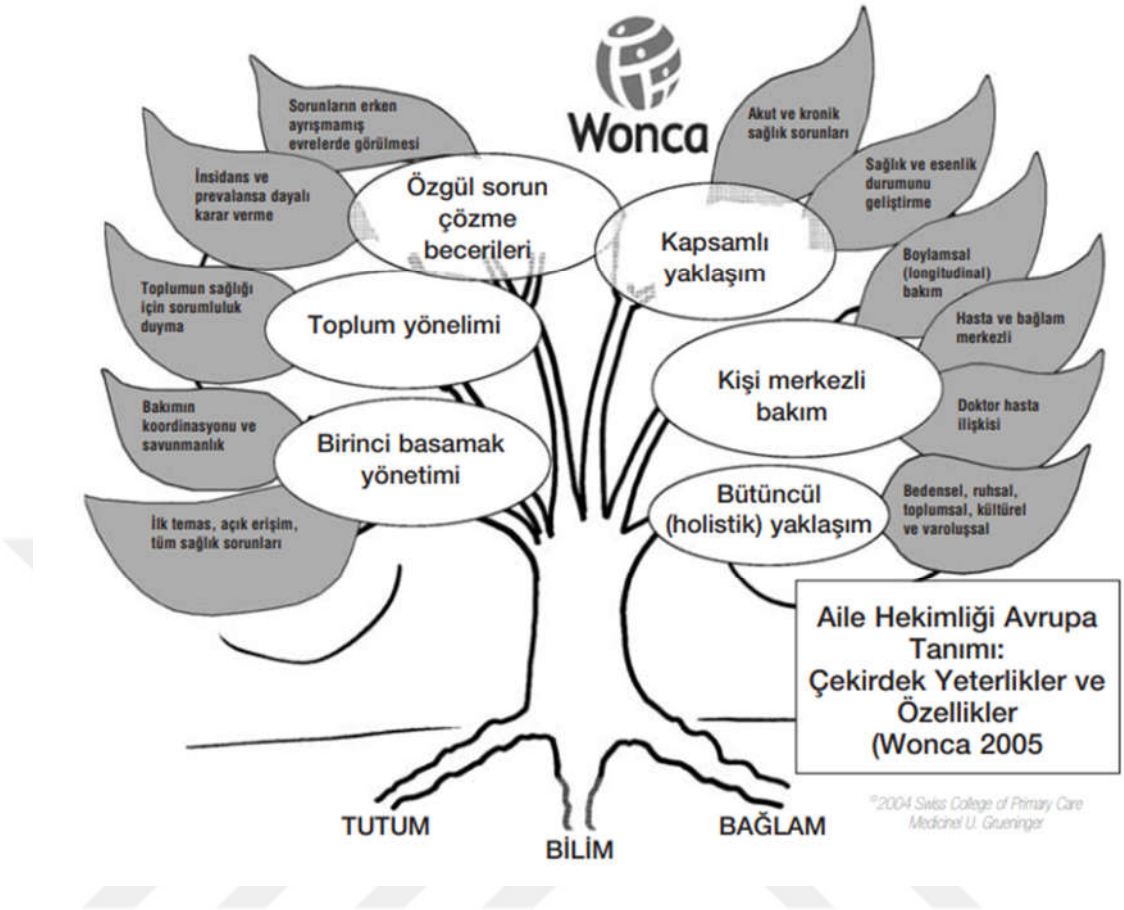
1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgül sorun çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç ek özellik, çekirdek yeterliklerin uygulanmasında temel kabul edilmelidir:

a. Bağlamsal: Hekimlerin kendi bağlamlarının ve içinde çalıştıkları ortamın (çalışma koşulları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılması

b. Tutumsal: Hekimin mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı tutumlar

c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme[41].



Şekil 2: WONCA ağacı (İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafından yapılmıştır.)

2.2.1.5 ABFM (American Board of Family Medicine) Tanımı (2005)

Aile hekimliği, bireye ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranışsal bilimleri entegre eden bir genişliğe sahiptir. Her yaş, her cinsiyet, her sistem ve her hastalık antitesini kapsar. Aile hekimliği ilk temastan ve ilk değerlendirmeden kronik hastalıkların takibine kadar tüm sağlık bakım hizmetini vurgular. Koruyucu hekimlik ve erken tanı, disiplinin esaslarıdır. Gereken tüm sağlık hizmetlerinin, en az bölünme ile koordinasyonu, entegrasyonu ve çoğu tıbbi durumun yönetilmesi becerisi, aile hekiminin maliyet etkili hizmet sunmasını mümkün kılar. Aile hekimliği diğer klinik disiplinlerle birçok alanı paylaşır. Aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi konulara odaklanır. Uzmanlığın temeli kliniktir. Birincil odak bireylerin bakımıdır. Tanıma göre; İlk temas noktasıdır. Hastanın sağlık hizmeti sunum sistemine girişini sağlar. Hem sağlıkta hem hastalıkta hastasına hizmet

sunarak sürekliliği sağlar. Kapsamlı hizmet sunar, koordinasyonu sağlar. Kişileşmiş hizmet sunar [42].

2.2.1.6 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tanımı (2004)

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir[43].

2.2.2 Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi

20. yüzyılın başlarına dek, tıp alanında genel olarak hakim olan, hasta yoktur, hastalık vardır görüşüyle, hekimler sadece hastalıklar üzerinde durmuştur. Dr. Francis Peabody, 1923 yılında bu durumun tıpta aşırı uzmanlaşmaya yol açtığını, sağlık sistemini aşırı parçalara ayırdığını ve hastaların ortada kalmasına neden olduğunu belirterek; hızla kapsamlı, bireysel hizmet veren ve insanları bir bütün olarak ele alacak genel pratisyenliğe dönülmesi gerektiğini savunmuştur[44,45]. 1952'de İngiltere'de Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji (Royal Collage of General Practitioners) kurulmuştur.

1960'lı yıllarda Amerika'da Aile Hekimliği fikri yayılmaya başlamış, Amerikan Tıp Birliği tarafından 1966'da yayınlanan Millis ve Willard raporları ile birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği tanınmıştır[46]. 1969 yılında Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu kurulmuştur. Dünyada yaşanan AH/GP alanındaki bu gelişmelerin Türkiye'deki yansıması toplum hekimliği olmuş ve 1960'lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile bütüncül hasta yaklaşımı ve genel pratisyenlik, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmiştir. Yasaya göre her 5-10 bin nüfusa, bir sağlık ocağı açılacak ve burada bir ekip anlayışı içinde hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter gerekiyorsa röntgen teknisyeni ve diş hekimi çalışacaktır[47]. Benzer şekilde birinci basamakta sağlık ocağı ve ekip yapılanması ile bütüncül sağlık hizmeti sunumuna, SSCB (sonrasında Rusya Federasyonu)'de "Uçastok", Birleşik Krallık'ta "Health Center", Finlandiya'da "Terveyskeskus", İsveç'te "Vardsantral", Israil'de "Kupatholim", Arnavutluk'ta "Ambulans", Norveç'te "Heltstation" yapılanmaları örnek olarak verilebilir[48].

1974 yılında Hollanda'daki Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı sonrasında, Aile Hekimliği'nin dayandığı ilkeleri belirten ve birinci basamak hekimliğinin diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık alanı olduğunu vurgulayan Leeuwenhorst tanımı ortaya konmuştur. Bu tanım DSÖ ve WONCA tanımlarının temelini oluşturmuştur. DSÖ ve WONCA 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen 2000 Yılında herkese sağlık hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır: "İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. GP/AH, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için AH; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir.'' [49].

2002 yılında WONCA AVRUPA bölgesi, AH/GP'lik disiplini ve uzmanlığını değişen dünya ve bölge şartlarına göre yeniden tanımlamıştır.

2.2.3 Türkiye'de Aile Hekimliği'nin Gelişimi

AH kavramı, Türkiye'de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye'de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl uzmanlık tüzüğüne alınarak Türkiye'de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu, üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim

görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında bu süre iki yıldan üç yıla çıkarılmıştır[50].

AH, 1990 sonrası birçok devlet dokümanında, VI, VII ve VIII. beş yıllık kalkınma planlarında yer almıştır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti 58.hükümetinin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almaktadır. Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce'de başlanmış ve 13.12.2009 tarihinden itibaren tüm illerde AH uygulamasına geçilmiştir. Halen 7.979 Aile Sağlığı Merkezinde, 26.252 Aile Hekimi hizmet vermektedir[51].

2.3 Tükenmişlik ve Tükenmişlik ile İlgili Kavramlar

2.3.1 Tükenmişliğin Tanımı

Amerika'da ilk defa 1970'li yıllarda Freudenberger tarafından ortaya çıkan "burnout" kavramı Türkçeye "tükenmişlik" olarak çevrilerek dilimizde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır[52]. Kelime anlamı olarak mumun yanarak bitmesi anlamına gelen tükenmişlik aslında insanların çalışma yaşamlarının kişileri olumsuz etkileyerek iş veriminin düşmesine neden olan hem bireysel hem de toplumsal sonuçları olan bir sorundur. İlk defa ABD' de müşteri hizmetleri alanında çalışan insanların çalışma süresi arttıkça kişisel başarılarının düşmesi ve yaşadıkları mesleki depresyonu betimlemek için kullanılmıştır. Freudenberger tükenmişliği "profesyonel yaşamının neden olduğu zihinsel ve fiziksel tükenme durumu" olarak tanımlamıştır[53]. Ancak daha sık kullanılan haliyle Christina Maslach, tükenmişliği "iş yaşamında sürekli olarak insanlara bağlı stres faktörlerine maruz kalmaya yanıt olarak ortaya çıkan psikolojik bir sendrom" olarak tanımlamıştır. Bu yanıtın üç temel boyutu duygusal bir tükenme, duyarsızlaşma ve başarı eksikliğidir[54]. Günümüzde hekimler iş yaşamında genelde sorunları olan stresli insanlarla (hastalarla) ilişki içerisinde olduklarından tükenmişlik açısından en yüksek risk grubunda yer almaktadırlar.

2.3.2 Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı

Günümüzde en fazla kabul gören tükenmişlik tanımını 1981 yılında C. Maslach yapmış olup ilk defa Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile objektif olarak tükenmişliği ölçmek için çalışmalar yapmıştır. Günümüzde halen MTÖ altın standart olarak kullanılmaktadır[55]. Maslach tarafından tükenmişlik; iş yaşamında sürekli olarak insanlara bağlı stres faktörlerine maruz kalmaya yanıt olarak ortaya çıkan

psikolojik bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik 3 boyutlu bir yapı olup, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi yapılarından oluşmaktadır. Detaylı olarak incelendiğinde tükenmişlik insanların çalışma hayatlarında başka insanların problemleriyle ilgilenmek zorunda olan ve kendilerini sürekli olarak yorgun ve çaresiz hisseden bireylerin diğer bireylere karşı negatif davranışlarda bulunması durumudur[56]. Maslach, bu modele göre tükenmişliğin 3 boyutunu ayrı ayrı objektif olarak değerlendirebilmek amacıyla 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeğini geliştirmiştir.

2.3.2.1 Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme tükenmişlik olgusunun merkezini oluşturmaktadır. Çalışma yaşamının kişiden beklentilerine bağlı olarak bireyin kendisini aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş hissetmesine verilen isim duygusal tükenmedir [57]. Duygusal tükenme genellikle diğer insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan mesleklerde daha sık görülmekte olup tükenmişliğin ilk ve en belirgin bulgusu olarak ortaya çıkmaktadır. Duygusal tükenme kişinin kendisini sürekli yorgun hissetmesi ve depresif ruh hali ile karakterizedir. Kişi kendisine ve çevresine karşı sürekli olumsuz düşüncelere sahip olmakta ve geleceğe karşı ümidi azalmaktadır. Duygusal tükenme yaşayan çalışanın iş verimi düşmektedir [58].Maslach'ın 3 boyutlu modeli içerisinde en çok araştırma yapılan boyutu duygusal tükenme boyutudur [59].

2.3.2.2 Duyarsızlaşma

Bireyde gelişen duygusal tükenmenin sonucunda, sorunlardan bir kaçış yolu olarak duyarsızlaşma ortaya çıkmaktadır. Maslach'a göre duyarsızlaşma kişinin hizmet verdiği insanlara karşı katı, mesafeli ve hatta olumsuz davranışlar göstermesidir. Duyarsızlaşma tükenmişliğin en problemli boyutu olarak görülmektedir. Çünkü ortaya çıkan duyarsızlaşma sonucunda hizmet verilen insanlar, işveren ve ekip arkadaşları tarafından negatif etiketlenme yapılmakta ve bu süreç sonucunda tükenmişlik belirtilerinde derinleşme yaşanabilmektedir. Birey, hizmet verdiği insanları bir nesne yerine koymaya başlamakta ve isimlerini kullanmaktansa onlara nesne isimleri vermektedir. Birey bu noktada hizmet verdiği insanların bu işten sorumlu olduğunu düşünmekte, onlara karşı bir nesne gibi davranmakta ve taleplerini görmezden gelerek katılaşmaktadır[60]. Duyarsızlaşma, kişinin kendisini koruma mekanizmasıdır. Yani yaşadığı duygusal tükenmeden ve

çaresizlikten dolayı bir kaçış yaşamakta ve kendisini bu şekilde korumaya aldığını düşünmektedir[61].

2.3.2.3 Kişisel Başarı Azalması Hissi

Tükenmişlik sonucunda ortaya çıkan son aşama ise kişisel başarı hissi azalma aşamasıdır. Bu boyut bireyin mesleğinde kendisini başarılı hissetmesini ve meslekte kendisini yeterli görmesini tanımlar. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma sonucunda bireyin hizmet verdiği insanlara ve çevresine karşı olan olumsuz tavırları en sonunda kendisi hakkında da oluşmaya başlamaktadır. Bu döngünün sonucunda birey kendisini mesleğinde yeterli görememeye başlamakta, başarısızlık hissi oluşmakta ve mesleki tatmin düzeyi giderek azalmaktır. Son aşamada ise kişinin kendisine duyduğu özgüven iyice azalmakta, özsaygı kaybolmakta ve sonuç olarak başarma yeteneği azalmaktadır.

2.3.3 Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Etmenler

Tükenmenin ortaya çıkmasında bireyin kendi kişilik özellikleri çok büyük bir rol oynamaktadır[62]. Maslach ve arkadaşları sosyo-demografik özelliklerin ve çalışma ortamındaki faktörlerin tükenmişlik sendromu gelişmesi açısından çok önemli bir faktör olduğunu ortaya çıkarmışlardır [63]. Tükenmişliği ortaya çıkaran faktörler bireysel ve örgütsel olarak iki gruba ayrılmaktadırlar.

2.3.3.1 Bireysel Faktörler

Bireysel özellikler, kişinin sosyo-demografik özellikleri olarak tanımlanabilmektedir. Bu özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, kişilik özellikleri ve işe karşı tutum bireysel faktörler olarak sınıflanabilmektedir. Bu faktörler tükenmişlik üzerine ciddi bir etki göstermektedir.

Yaş faktörü tükenmişlik üzerinde en tutarlı sonuçları veren faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar göstermektedir ki yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeylerinde ve oranlarında azalma olmaktadır. Yaşın getirdiği olgunluğun tükenmişlikten koruduğu düşünülmektedir [64].

Yapılan birçok araştırmada cinsiyetle ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı araştırmalarda çoğunlukla kadınlarda bazılarında ise erkeklerde daha fazla tükenmişlik görüldüğüyle ilgili veriler mevcuttur. Bunun nedeni olarak ise meslek gruplarındaki cinsiyet faktörünün değişken olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Örneğin polislerin daha çok erkek olması, hemşirelerin ise daha çok kadın olması gibi[65].

Birçok araştırma evliliğin tükenmişlik düzeylerini azalttığını göstermektedir. Araştırmaların çoğu evliliğin tükenmişlik üzerine olumlu bir etki yarattığını belirtmektedir[66].

Eğitim seviyeleri yükseldikçe tükenmişlik düzeyleri atmaktadır. Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe meslekten beklentileri yükselmektedir ve bunun da artan detaycılık düzeyiyle birlikte tükenmişlik oranlarını artırdığı düşünülmektedir[67].

Kişilik özellikleri direkt tükenmişlikle ilişkilidir. Aynı ortamda ve şartlarda çalışan farklı insanlarda farklı tükenmişlik düzeyleri ortaya çıkabilmektedir. Bu kişinin dayanıklılık seviyesi düşük ve yaşadıklarını sadece kendisinden bilen kişilerde tükenmişlik seviyesi daha yüksek olarak gözlenmektedir.

Kişinin işinden beklentileri de tükenmişlik düzeyini etkilemektedir. İşe yeni başlamış ve işiyle ilgili gerçekten uzak beklentileri olan genç bireylerde daha sık tükenmişlik görülmektedir.

2.3.3.2 Örgütsel Faktörler

Leiter ve Maslach yaptıkları çalışmada bireyin çalıştığı çevreyi altı faktör ile ilişkilendirmişlerdir. Bu altı faktörün toplamı bireyin çalışma ortamını oluşturmaktadır ve birey ile bu çevrenin uyumunu veya uyumsuzluğunu belirlemektedir[68,69].

Aşırı İş Yükü: Normal iş yükü "belirli bir zaman aralığında, belirli miktarda işin belirlenen kalitede yapılması" olarak tariflenmektedir. Bu noktada bireyin düşüncesine göre zamanın kısa olması veya iş miktarı veya kalitede artış beklenmesi aşırı iş yükü olarak isimlendirilmiştir. Aşırı iş yükü tükenmişlik üzerindeki en önemli risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.

Kontrol Eksikliği: Kontrol, bireyin işiyle ilgili sorun çözme, seçme, karar verme, sorumluluk alma durumunu ifade etmektedir. Kişi eğer bu faktörlerin kendi kontrolünden çıkıp başkalarının kontrolünde olduğunu düşünürse veya bu konularda işi ile uyumsuzluğu olursa bu duruma kontrol eksikliği adı verilmektedir. Bunun sonucunda ise birey işinden soğumakta ve tükenmişlik ortaya çıkmaktadır.

Yetersiz Ödül: Bireyin işinde yaptığı olumlu davranışlar sonucunda maddi veya manevi yapılan geribildirime ödüllendirme denilmektedir. Yapılan ödüllendirme bireye, yapılan olumlu işin farkında olunduğunun bildirilmesidir. Yetersiz ödüllendirme sonucunda birey özellikle manevi anlamda çöküş yaşamakta ve negatif davranışlar içerisine girmektedir. Bu süreç sonucunda negatif geribildirim

alması durumunda artık hiçbir şekilde pozitif düşünceler ve davranışlar içerisine girememektedir.

Aidiyet: İnsanlar doğal ihtiyaçları doğrultusunda bir gruba veya bir ortama ait olmayı isterler. Kişinin kendisine çalıştığı ortama ait hissetmesine örgütsel özdeşleşme denmektedir. Bu noktada kişi kendisini çalışma ortamına ait hissetmezse oluşan çatışma sonucunda ortaya tükenmişlik çıkması muhtemeldir.

Adaletsizlik: Adalet, hakkın gözetilmesi ve yerine getirilmesi anlamına gelir. Bireyin kurumun adalet kavramına güvensizliğinin olması ve kendi hakkının korunmadığını düşünmesi iki farklı sonuca yol açmaktadır. Birinci sonuç olarak, haksızlığa uğradığını düşünen birey duygusal çöküntü yaşamakta, ikinci sonuç olarak ise birey çalışma ortamına ve işine karşı duyarsızlaşmaya başlamaktadır. Bu iki durum sonucunda ise tükenmişlik ortaya çıkmaktadır.

Değerlerin Çatışması: Değer kavramı, hangi davranışların doğru ve istenen davranışlar olduklarını anlatan, herkesçe kabul gören kriterler veya fikirler olarak tanımlanır. Çalışanların kabul ettiği değerler örgüt sayesinde şekillenmektedir. Eğer örgütün değerleri ile kişinin değerleri ters düşerse ortaya çatışma çıkmakta ve uyumsuzluk oluşmaktadır. Bu uyumsuzluk sonucunda ise tükenmişliğin her üç boyutu da ortaya çıkabilmektedir. Bu uyumsuzluk bireyi umutsuzluğa ve mutsuzluğa sürükler ve böylece performansı düşer. Böylelikle yapılan işin kalitesi düşer.

2.3.4 Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik sendromu sinsi başlangıçlı, sürekli ve çok yavaş ilerleyen kronik bir süreçtir. Bu nedenle farkındalık seviyesi düşüktür. Tükenmişliğin birçok belirtisi vardır. Bu belirtilerin dışa vurum şekli kişiden kişiye farklılık göstermekle beraber ortak noktaları da mevcuttur. Tükenmişlik ve ilgili olduğu semptomlar daha önceden psikolojik bozukluğu olmayan sağlıklı bireyleri etkilemektedir. Tükenmişlik sendromunun başlangıç alarm semptomları; duygusal stres ve iş ile ilgili hayal kırıklığıdır[70].

Tükenmişlik, fiziksel olarak kendisini çok hafif ve çoğu birey tarafından önemsenmeyecek belirtiler ile göstermektedir. Bu belirtiler basit bitkinlik, yorgunluk, baş ağrısı ve uyku problemleri ile başlamaktadır. İlerlemesi halinde ise bağışıklık sisteminde zayıflama, iyileşmeyen soğuk algınlığı, kilo alma veya verme ve gastrointestinal belirtiler gibi daha ileri semptomlar olarak ortaya çıkmaktadır[71]. Bu belirtilerin çok olması daha ciddi bir düzeyde tükenmişlik sendromunun habercisi olabilmektedir[72].

Tükenmişliğin psikolojik semptomları arasında hayal kırıklığı, sinirlilik, kararsızlık, anksiyete, çaresizlik, mutsuzluk, özsaygıda azalma, umutsuzluk ve başarısızlık hissi bulunmaktadır.

Tükenmişliğin davranışsal belirtileri; çabuk öfkelenme, sigara ve alkole başlama, alınganlık, yalnız kalma isteği, işe geç gitme ya da gitmeme, işyerinde işi yavaşlatma, evlilik çatışmaları, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, alaycı ve suçlayıcı olma gibi sıralanabilir. Davranışsal belirtilerin ortaya çıkması tükenmişliğin ileri boyutlara taşındığının göstergesidir. Psikolojik ve fiziksel belirtiler, bireyin tükenmişlik duygusunu içinde taşıyamayacak boyuta ulaştığında davranışsal belirtiler ortaya çıkmaktadır.

Tükenmişlik, daha çok doktorlar, hemşireler ve öğretmenler gibi, insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan ve stresli çalışma koşullarına sahip olan insanlarda daha fazla görülmektedir[73].

2.3.5 Doktorlarda Tükenmişlik

Tüm sağlık personelleri ve özellikle hekimler yüksek tükenmişlik seviyesi riskine sahiptir. Bu durum ise mevcut sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada tükenmişlik sendromuna sahip doktorlar tarafından tedavi edilen hastaların, memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu ve tedavi edilme sürelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir [74]. Bazı araştırmalarda ise doktorlarda bulunan tükenmişliğin alt yapısının tıp fakültesinde eğitim görülen yıllarda başladığı gösterilmiştir[75].

Hekimlerde yaşanan tükenmişlik bireyin kendisini etkileyen bireysel problemlere neden olduğu gibi mesleki problemlere de neden olabilmektedir. Yaşanan duygusal tükenmişlik sonucunda yoğun stres seviyesine ulaşılır ve fiziksel belirtiler de ortaya çıkabilmektedir. Yoğun stres altındaki birey, duygusal yıpranmanın da etkisiyle gerginlik hisseder; bu gerginlik hissinin de sonucu ile zaman zaman işe devam etmekte zorlanır. Oluşan stres ve gerginliğin neden olduğu fiziksel yıpranma hastalıklara karşı bireyi daha hassas kılar. Bazı hastalıkların süresi uzar ve bir takım psikosomatik belirtiler oluşabilir[63].

Tükenmişlik sendromu yaşayan hekimin hastalara verdiği hizmet olumsuz olarak etkilenmektedir. Hastalara karşı ilgide azalma ve hatta onların duygularına karşı duyarsızlaşma görülebilmektedir. Tükenmişlik yaşayan hekimler kurum değişikliği, branş değişikliği, şehir veya ülke değişikliği ve hatta meslek değişikliğini düşünebilmektedirler. Tükenmişlik yaşayan hekimler ekip arkadaşları ile çatışma

yaşamaktadırlar ve işler yavaşlamaktadır. Dolaylı olarak tükenmişlik yaşayan hekimin etrafında çalışanlar da tükenmişlikten etkilenmektedir. Böylece birçok çalışma arkadaşının da iş verimi düşmekte ve iş doyumu azalmaktadır[75].

2.4 İyilik Hali

DSÖ, sağlık terimini hastalığın olmaması durumundan ziyade fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sağlık kavramını daha geniş ve ayrıntılı anlama çabası, zihinsel ve fiziksel sağlık bileşenlerine eşit ağırlık verilmesini gerektirir [76].İyilik hali kavramı Cambridge sözlüğünde, "kendini sağlıklı ve mutlu hissetme durumu" olarak açıklanır. Bu kavramın içine akıl ve ruh sağlığı, yüksek yaşam doyumu, refah, anlam duygusu ve stresle başa çıkma becerileri girer. Bu kavram kısaca "kendini iyi hissetmek" olarak açıklanabilir.

Psikolojinin üç alt disiplini iyilik hali konusunda araştırma yapmaktadır:[77]

Gelişim psikolojisi*:* İyilik halinin hayat süresince geliştirilen bir özellik olarak değerlendirilmesi ve incelenmesiyle ilgilenir.

Kişilik psikolojisi: İyilik haline Maslow'un "kendini gerçekleştirme", Rogers'in "tam işlevsel kişi", Jung'un "bireycilik" ve Allport'un "olgunluk" kavramları çerçevesinde yaklaşır.

Klinik psikoloji: İyilik halini biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlar çerçevesinde açıklar.

İyilik halinin bileşenlerini ele alan farklı yaklaşım ve modeller mevcuttur.

Diener'in üçayaklı modeli: Bu model, kavranması kolay ve oldukça sade bir yaklaşım getirir. Kişinin hayatındaki zihinsel, duygusal ve bağlamsal koşulların değerlendirilmesi öznel iyilik halini belirler. Çoğunlukla olumlu duygu yaşanması, ender olarak olumsuz duygu yaşanması, kişisel değerlendirmede yüksek yaşam doyumu öznel iyilik halini yansıtır[78].

Carol Ryff'in altı faktör modeli: Bu model psikolojik iyilik halini oluşturan altı ögeyi tanımlar. Bu ögeler aynı zamanda, bireylerin tüm potansiyellerini kullanmaya ve yeteneklerini gerçekleştirmeye çalışırken karşılaştıkları zorlukları içine alır. Kendini kabul, kişisel gelişim, yaşam amacı, çevreyi kontrol, otonomi, insanlarla olumlu ilişkiler gibi [79].

Psikolojik iyilik kavramı Maloney tarafından normal, negatif ve pozitif model şeklinde açıklamıştır. Normal model, kişinin hayata olan uyum becerisini belirtirken, pozitif model kişinin hayata dair uyum becerisinin de ötesini belirtmektedir. Negatif

model ise iyilik halini ‘’psikopatolojik yokluk’’ olarak tanımlamıştır. Yani kaygı ve depresif duygu durum belirtilerinin görülmemesi psikolojik iyi oluşu göstermektedir.

2.4.1 Öznel İyilik Hali

İyilik hali; temel bileşenler olarak olumlu duyguları, psikolojik ve sosyal kaynakları içine alarak bireyin işlevselliğini sağlayan özelliklere odaklanır. Öznel iyilik hali ise bu özelliklerin nesnel göstergelerine kıyasla, kişisel olarak değerlendirilen öznel algıyla ilgilidir. Örneğin Kahneman, ‘’yaşanmakta olan güncel duygu durumunun öznel iyilik hali konusunda en belirleyici unsur olduğunu‘’ söylemiştir. Buna karşılık Seligman, ’kişinin zevk ve haz dolu bir hayat yaşayabileceği ancak sonunda hayatının boş ve anlamsız olduğunu söylemesinin mümkün olduğunu‘’ söylemiştir. Dolayısıyla öznel iyilik hali, zaman içinde gelişen olaylar ve koşullardan yola çıkarak, sonunda hayatın bir bütün olarak değerlendirilmesine uzanan bir süreç içinde ele alınmalıdır.

Öznel iyilik hali bir bakıma kişinin kendi hayatını, duygusal ve zihinsel açıdan değerlendirmesidir. Bu değerlendirme kişinin içinde bulunduğu durumun özel ve somut duygu durumu olduğu kadar, bütün hayatıyla ilgili genel ve soyut değerlendirmesini de içine alır[77].

2.4.2 Mesleki İyilik Hali

Mesleki iyilik hali, bireyin sağlığı ve işle ilgili çevresel, örgütsel ve psikososyal faktörler açısından yaşam kalitesini karakterize eden bütünleştirici bir kavramdır. İyilik hali, olumlu algıların deneyimi, işyerinde ve ötesinde çalışanların gelişimi, tam potansiyele ulaşmayı sağlayan yapıcı koşulların varlığıdır[80].

Mesleki iyilik hali, işle alakalı kavramsallaştırılan, bireyin işinden memnun olmasını, işinde anlam bulmasını, işteyken kendini meşgul hissetmesini, yüksek kaliteli çalışma hayatına sahip olmasını ve işinde profesyonel tatmin bulmasını yansıtan bir fonksiyonudur. Çeşitli göstergelerle ölçülebilmesine rağmen, işin motivasyonel yönleriyle ilintili olarak işe bağlılık ve profesyonel iyilik halinin ortak temsilcisidir. İşe adanmışlık, işle ilgili canlılık, kendini adama ve özümseme ile karakterize edilen olumlu, tatmin edici bir zihin durumudur. İşin fiziksel ve psikolojik yönlerinden etkilenebildiği bilinmesine rağmen mesleki iyiliğe katkı bakımından bilinirliği azdır [80].

2.4.3 Covid 19 Salgını ve İyilik Hali

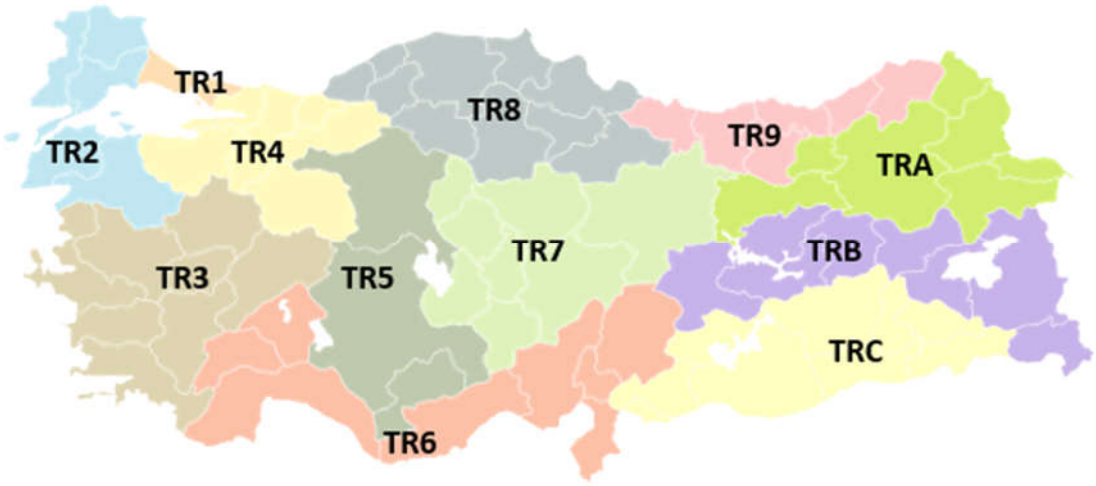
Pandemi esnasında sağlık personellerine yönelik talepler normalin üzerinde ve uzun süreli olmaktadır. Yaşanan sağlık sorunlarının üstesinden gelebilmek için sağlık çalışanları, maksimum potansiyel ile çalışmaktadırlar. Yaşanan pandemide tüm toplumun müdahalesine ihtiyaç duyulmasına karşın, en çok sağlık alanındaki iş gücüne ihtiyaç duyulmaktadır[81]. Sağlık çalışanları bu dönemde yaşanan problemlerin üstesinden gelmek adına özveriyle çalışmış, zaman zaman sevdiklerinden ayrı olmak zorunda kalmışlardır. Hastalarla uzun zaman baş başa kalmış, enfekte olma ve sevdiklerine virüs bulaştırma riskiyle karşı karşıya gelmişlerdir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının pandemiden önceki ve sonraki iyilik hallerini karşılaştırılmış ve beklenen anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır[82].

3 YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Yöntem ve Örneklem Seçimi

Araştırmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 23 Haziran 2021 tarihinde etik kurulu onayı alınarak başlanmıştır. Araştırmamız kesitsel ve analitik bir çalışma olarak planlanmış olup Türkiye genelinde 529 aile hekimine ulaşarak online anket yöntemi ile uygulanmıştır.

Bu çalışmanın evreni Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri olarak belirlenmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığının 2018'de yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre 26.252 aile hekimi görev yapmaktadır. Örneklem büyüklüğü; evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak [N=N.t2.p.q/d2 (N-1)+ t2.p.q] en az 379 kişi olarak belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi: %95, Hata payı: %5, Prevalans: %50 olarak alınmıştır. İnternet yoluyla veri toplarken maile dönüş oranını %10 olarak göz önünde bulundurarak en az 3790 aile hekimine mail gönderilmeliydi, bu sayının iki katını hedefleyerek en az 7580 mail gönderilmesi planlandı. Bu 7580 aile hekiminin tüm Türkiye'den dengeli bir dağılımla çalışmaya katılmasını sağlayabilmek amaçlanmıştır. Bu amaçla; Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması kullanılarak örneklemin bölgelere göre orantılı olarak dağıtılması planlanmıştır. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması, Eurostat (Avrupa İstatistik Ofisi) tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkiye İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması ise; Avrupa Birliği ülkelerinde 1970'ten bu yana kullanılmakta olan İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması'nın, Türkiye için Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde Devlet Planlama Teşkilatı ve Türkiye İstatistik Enstitüsü tarafından 2002'de hazırlanmış olan versiyonudur. Bu sınıflamaya göre Türkiye 1. düzeyde 12 adet istatistiki bölgeden, 2. düzeyde 26 adet alt bölgeden ve 3. düzeyde 81 ilden oluşmaktadır (Şekil 3). Bu istatistiki sınıflandırma oluşturulurken; illerin nüfusları, coğrafi özellikleri, bölgesel kalkınma planları, temel istatistiki göstergeleri ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri temel alınmıştır.



Şekil 3: Türkiye'nin İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması

TR1: İstanbul Bölgesi → İstanbul Alt Bölgesi (İstanbul)

TR2: Batı Marmara Bölgesi → Tekirdağ Alt Bölgesi (Tekirdağ, Edirne, Kırklareli) ve Balıkesir Alt Bölgesi (Balıkesir, Çanakkale)

TR3: Ege Bölgesi → İzmir Alt Bölgesi (İzmir), Aydın Alt Bölgesi (Aydın, Muğla, Denizli) ve Manisa Alt Bölgesi (Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak)

TR4: Doğu Marmara Bölgesi → Bursa Alt Bölgesi (Bursa, Eskişehir, Bilecik) ve Kocaeli Alt Bölgesi (Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova)

TR5: Batı Anadolu Bölgesi → Ankara Alt Bölgesi (Ankara) ve Konya Alt Bölgesi (Konya, Karaman)

TR6: Akdeniz Bölgesi → Antalya Alt Bölgesi (Antalya, Isparta, Burdur), Adana Alt Bölgesi (Adana, Mersin) ve Hatay Alt Bölgesi (Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye)

TR7: Orta Anadolu Bölgesi → Kırıkkale Alt Bölgesi (Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir) ve Kayseri Alt Bölgesi (Kayseri, Sivas, Yozgat)

TR8: Batı Karadeniz Bölgesi → Zonguldak Alt Bölgesi (Zonguldak, Karabük, Bartın), Kastamonu Alt Bölgesi (Kastamonu, Çankırı, Sinop) ve Samsun Alt Bölgesi (Samsun, Tokat, Çorum, Amasya)

TR9: Doğu Karadeniz Bölgesi → Trabzon Alt Bölgesi (Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin)

TRA: Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi → Erzurum Alt Bölgesi (Erzurum, Erzincan, Bayburt) ve Ağrı Alt Bölgesi (Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan)

TRB: Ortadoğu Anadolu Bölgesi → Malatya Alt Bölgesi (Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli) ve Van Alt Bölgesi (Van, Muş, Bitlis, Hakkari)

TRC: Güneydoğu Anadolu Bölgesi → Gaziantep Alt Bölgesi (Gaziantep, Adıyaman, Kilis), Şanlıurfa Alt Bölgesi (Şanlıurfa, Diyarbakır) ve Mardin Alt Bölgesi (Mardin, Batman, Şırnak, Siirt)

Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin sayısı, araştırmacılar tarafından her bir ilin Halk Sağlığı Müdürlüğü internet sitelerindeki aile hekimi listeleri ve/veya aile sağlığı merkezi nöbet listeleri kullanılarak oluşturulan listeden elde edilen veriye göre 20.361 olarak saptanmıştır. Türkiye'nin her bir ilindeki aile hekimi sayısı bilindiği için, bu sınıflamada mevcut olan 12 istatistiki bölgenin her birindeki aile hekimi sayısı da saptanabilmiştir. Bu sayede örneklemde yer alması hedeflenen 379 aile hekiminin, istatistiki bölgelere orantılı biçimde paylaştırılması mümkün olmuştur. Her bir istatistiki bölge için ulaşılması gereken en az katılımcı sayısı, doğru orantı ile hesaplanmıştır. Gönderilmesi hedeflenen 7580 mail, toplam ulaşılan mail sayısına oranlanarak her bölgede en az gönderilmesi gereken mail sayısı belirlendi. Her bölgeden il kurası çekildi, seçilen ildeki mail sayısı yeterli ise o ilin tamamına mail gönderildi yeterli değil ise aynı bölgenin farklı bir alt grubundan bir il kurası daha çekildi ve mail listesine dahil edildi. Toplamda 11.069 mail gönderilmiş olup 529 kişiye ulaşılarak bu araştırma gerçekleşmiştir (Tablo 1, Tablo 2).

Tablo 1: Türkiye'nin her bir istatistiki bölgesindeki aile hekimi sayıları ve bu sayılara göre hesaplanan örneklem sayıları

İstatistiki Bölge	Toplam Aile Hekimi Sayısı	E-posta Gönderilmesi Hedeflenen Aile Hekimi Sayısı (örneklem orantısı ile)
TR1	3.645	1.357
TR2	922	343
TR3	2.782	1.035
TR4	1.871	696
TR5	2.019	751
TR6	2.666	992
TR7	1.029	383
TR8	1.227	457
TR9	699	262
TRA	537	201
TRB	939	349
TRC	2.025	754
Toplam	20.361	7.580

Tablo 2: Mail gönderilen aile hekimi sayılarının bölgelere göre dağılımı

İstatistiki Bölge	Gönderilmesi Hedeflenen Mail Sayısı	Rastgele Seçilen İller	E-posta Gönderilen Aile Hekimi Sayısı
TR1	1.357	İstanbul	3.645
TR2	343	Kırklareli, Balıkesir	434
TR3	1.035	İzmir	1.149
TR4	696	Bilecik, Sakarya, Eskişehir, Bolu	746
TR5	751	Ankara	1.348
TR6	992	Antalya, Adana	1.186
TR7	383	Kayseri, Nevşehir	396
TR8	457	Zonguldak, Kastamonu, Tokat, Amasya	490
TR9	262	Ordu, Rize	291
TRA	201	Erzincan, Ağrı, Ardahan	225
TRB	349	Malatya, Tunceli, Muş, Hakkari	369
TRC	754	Adıyaman, Diyarbakır, Mardin	790
Toplam	7.580	29 il	11.069

Katılımcılara internet tabanlı anket toplama portalı olan Survey Monkey üzerinden 01.08.2021-31.12.2021 tarihleri arasında e-posta gönderilmiştir ve iletişim adresi olarak isim.soyisim@saglik.gov.tr uzantılı mail adresleri kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu, Pandemi ilişkili veri formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği- Sağlık Personeli Formu ve DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.2.1 Bağımlı Değişkenler

- MTÖ-SP: Anket olarak Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin sağlık personeli için düzenlenmiş 22 sorudan oluşan alt formu kullanılmıştır.
- DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği

3.2.2 Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk sahibi olma durumu
- Unvan
- Meslek süresi
- Meslekten memnuniyet
- Sigara kullanımı
- Psikiyatrik hastalık varlığı
- Covid+ hasta/temaslı takibi yapma durumu
- Pandeminin iş yüküne olan etkisi
- Kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşama durumu
- Pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklama durumu
- Covid 19 için test edilme
- Covid 19 nedeniyle karantinaya alınma
- Yakınlarından birinde Covid 19 tespit edilme
- Covid 19 nedeniyle bir yakını kaybetme
- Pandemiye ait endişeler
- İhtiyaç duyulan destek türleri

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak dört form kullanılmıştır. Bunlar:

1. Sosyodemografik veri formu (Ek-1),
2. Pandemi ilişkili veri formu (Ek-2),
3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Sağlık personeli formu (Ek-3),
4. DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği (Ek-4)

3.3.1 Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, 10 sorudan oluşan sosyodemografik bilgileri araştıran ankette katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, unvan, meslek süresi, aile hekimliğinden memnuniyet durumu, sigara kullanımı ve psikiyatrik hastalık varlığı sorgulanmıştır (Ek-1).

3.3.2 Pandemi ilişkili veri formu

Araştırmaya katılanların pandemiye yönelik bazı bilgilerini edinmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu form Covid+ hasta/temaslı takibi, pandeminin iş yüküne olan etkisi, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, pandemi sonrası ailesi ile ayrı konaklama, Covid 19 nedeniyle test edilme, Covid 19 nedeniyle karantinaya alınma, yakınlarından birinde Covid 19 tespit edilmesi, Covid 19 nedeniyle bir yakınını kaybetme, pandemiye ait endişeleri ve ihtiyaç duyduğu destek türleri ile ilgili görüşleri sorgulayan 11 sorudan oluşmuştur (Ek-2).

3.3.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Sağlık Personeli formu

MTÖ tükenmişliği ölçmek amacıyla 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş olup 2009 yılında sağlık çalışanları için özel olarak uyarlanmıştır. Ölçek maddeleri olarak orijinal Maslach tükenmişlik ölçeğindeki cevaplar ve puanlama sistemi kullanılmıştır. “0-hiçbir zaman” ve “6-her zaman” aralığında puanlanmaktadır. Üç faktörlü yapı duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalması hissinden oluşmaktadır. Katılımcıların yorgunluk ve duygusal yönden yıpranmışlık durumunu ölçen duygusal tükenme alt ölçeği 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı sorular ile değerlendirilmektedir. Katılımcının hizmet verdiği diğer bireylere karşı duygudan yoksun şekilde davranışlarını ölçen duyarsızlaşma alt ölçeği 5, 10, 11, 15, 22 numaralı sorular ile değerlendirilmektedir. Katılımcının işindeki yeterlilik duygularını ölçen kişisel başarı hissi alt ölçeği ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaraları sorular ile değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme (DT) alt ölçeği 9 sorudan oluşmakta olup alınacak en yüksek puan 54’tür. 27 puan ve üstü yüksek tükenme 16-27 puan arası orta düzey tükenme, 16 puan ve altı ise düşük düzey tükenme olarak değerlendirilmiştir. Duyarsızlaşma (DYS) alt ölçeği 5 sorudan oluşmakta olup alınabilecek en yüksek puan 30’dur. 13 puan ve üstü yüksek seviye duyarsızlaşma, 6-13 puan arası orta seviye duyarsızlaşma, 6 puan ve altı ise düşük seviye duyarsızlaşma olarak değerlendirilmiştir. Kişisel başarı hissi (KB) ise 8 soru ile değerlendirilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 48 olup, 21 puan ve altı yüksek seviye, 21-39 puan arası orta seviye 39 puan ve üzeri ise düşük seviye kişisel başarı azalması hissi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: MTÖ alt ölçek değerlerine göre tükenmişlik seviyeleri

Tükenmişlik seviyesi	DT	DYS	KB
Düşük	16 ve altı	6 ve altı	39 ve üzeri
Orta	17-26	7-12	22-38
Yüksek	27 ve üzeri	13 ve üzeri	21 ve altı

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan, kişisel başarı hissi alt ölçeğindeki düşük puan tükenmişliği göstermektedir. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır. Her biri tükenmişliğin bir boyutuna ait olmak üzere, her bir boyuttan 3 ayrı toplam puan elde edilmektedir. Ancak, genel tükenmişliği değerlendirmek üzere tek yönlü bir puan elde etmek için duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, kişisel başarı alt ölçeğindeki maddeler ise ters puanlanarak hesaplama yapılmaktadır. Genel tükenmişlik puanı arttıkça hekimlerin tükenmişlikleri artmaktadır. Böylece, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin puanlaması sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. (Ek-3)

3.3.4 DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği formu

DSÖ-5 İyilik hali ölçeği ilk olarak 1998 yılında DEPCARE projesinin bir parçası olarak birinci basamakta kullanılmak üzere geliştirilmiştir. DSÖ-5, katılımcıların derecelendirdiği beş ifadeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri olarak orijinal DSÖ-5 İyilik hali ölçeğindeki cevaplar ve puanlama sistemi kullanılmıştır. “0-hiçbir zaman” ve “5-her zaman” aralığında puanlanmaktadır. 0 ile 25 arasında değişen toplam ham puanda, 0 hayal edilebilecek en kötü yaşam kalitesini ve 25 ise hayal edilebilecek en iyi yaşam kalitesini temsil eder. Ham puan 13’ten düşük ise bu kötü yaşam kalitesine işaret eder ve depresyon testine gereksinim gösterir. Ölçek son 2 haftalık süreyi değerlendirir (EK-4).

Beş maddelik Dünya Sağlık Örgütü İyilik Hali Ölçeği (DSÖ-5), öznel psikolojik iyi oluşu değerlendiren en yaygın kullanılan anketler arasındadır. 1998'deki ilk yayınından bu yana, DSÖ-5 30'dan fazla dile çevrilmiştir. DSÖ-5, yanıt verenlerin öznel iyi oluşlarını araştıran beş basit ve müdahaleci olmayan sorudan oluşan kısa bir ankettir. Ölçek, hem depresyon için bir tarama aracı hem de klinik araştırmalarda bir sonuç ölçüsü olarak yeterli geçerliliğe sahiptir

ve çok çeşitli çalışma alanlarında başarıyla uygulanmıştır.[83] DSÖ-5'in depresyon taramasında ve klinik araştırmalarda sonuçları ölçmede yeterli geçerliliğe sahip olduğu bulunmuştur. Türkçe geçerlilik çalışması Erhan Eser tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

3.4 İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmamızın bağımlı değişkeni katılımcının MTÖ-SP ve DSÖ-5 ölçek verileri ile hesaplanan verilerdir. Bağımsız değişkenler ise bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen sosyodemografik veri anketi ve pandemi ilişkili veri anketinde toplanan verilerdir. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma ile birlikte minimum-maximum; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları kullanıldı. Parametrik veriler için One-Way ANOVA ve Independent Sample T testi, non-parametrik verilerde ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

3.5 Araştırmanın Bütçesi

Tezde kullanılan Survey Monkey veri toplama portalı için avantajlı/yıllık üyelik paketi (08.07.2021-08.07.2022) tutarı 948.00 TL'dir. Bu tutar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4 BULGULAR

4.1 Sosyodemografik veriler

Türkiye genelinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak görev yapan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri ve iyilik halinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışmaya 529 kişi katılmış olup katılımcıların ortalama yaşı 47,83 ± 8,61 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 75,4'ü (n=399) erkek, % 24,6'sı (n=130) ise kadındır. Katılımcıların % 84,5'inin (n=447) evli, %10'unun (n=53) bekar ve %5,5'inin (n=29) boşanmış/dul olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 84,7'sinin (n=447) çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %92,2'si (n=488) pratisyen aile hekimi, %7,8'i (n=41) aile hekimliği uzmanı olarak görev yapmaktaydı. Hekimlerin %65,2'si (n=345) 20 yıl ve üzeri meslek yılına sahipti. Hekimlerin %59,2'si (n=59,2) aile hekimliğinden kısmen memnun olduğunu, %21,4'ü (n=113) memnun olduğunu, %19,5'i (n=103) ise memnun olmadığını ifade etti. Katılımcıların %27,4'ü (n=145) sigara kullanıyordu. Katılımcıların %8,3'ü (n=44) psikiyatrik bir hastalığa sahipti. (Tablo 4).

Tablo 4: Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik veriler		Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş (ort=47,83±8,61 Min=25, max=69)	<45	164	31,0
	45-55	273	51,6
	>55	92	17,4
Cinsiyet	Erkek	399	75,4
	Kadın	130	24,6
Medeni durum	Evli	447	84,5
	Bekar	53	10,0
	Boşanmış/dul	29	5,5
Çocuk sahibi olma	Evet	448	84,7
	Hayır	81	15,3
Unvan	Aile hekimi	488	92,2
	Aile hekimliği uzmanlığı	41	7,8
Meslekteki yıl	<5 yıl	23	4,3
	5-<10 yıl	30	5,7
	10-<15 yıl	76	14,4
	15-<20 yıl	55	10,4
	20 yıl ve üzeri	345	65,2
Memnuniyet	Evet	113	21,4
	Kısmen	313	59,2
	Hayır	103	19,5
Sigara kullanımı	Evet	145	27,4
	Hayır	384	72,6
Psikiyatrik hastalık	Var	44	8,3
	Yok	485	91,7

Psikiyatrik hastalık ismi	Sayı(n)	Yüzde (%)
Anksiyete bozuklukları	18	3,4
Depresif bozukluk	17	3,2
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	6	1,1
Obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar	3	0,6

4.2 Pandemi ilişkili veriler

Katılımcıların %88,8'i (n=470) Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyordu, %96,2'si (n=509) pandeminin iş yükünü arttırdığını belirtti. Katılımcıların %59,7'si (n=316) kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşadığını belirtti. Pandemi sürecinde ailesi ile ayrı yerde konaklaması gereken hekim oranı %41 (n=217) olarak bulundu. Katılımcıların %70,7'si (n=374) Covid 19 için test edilmişti, %24,6'sı (n=130) Covid 19 nedeniyle karantinaya alınmıştı ve %62,2'sinin (n=329) yakınlarında Covid 19 tespit edilmişti. Katılımcıların %23,8'i (n=126) Covid 19 nedeniyle bir yakını kaybetmişti. (Tablo 5).

Tablo 5: Pandemi ilişkili veriler

Pandemi ilişkili veriler		Sayı(n)	Yüzde(%)
Covid(+) hasta/temaslı takibi	Evet	470	88,8
	Hayır	59	11,2
Pandemin iş yüküne etkisi	Arttı	509	96,2
	Değişmedi	13	2,5
	Azaldı	7	1,3
Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	Evet	316	59,7
	Hayır	213	40,3
Ayrı yerlerde konaklama	Evet	217	41,0
	Hayır	312	59,0
Covid 19 için test edilme	Evet	374	70,7
	Hayır	155	29,3
Karantinaya alınma	Evet	130	24,6
	Hayır	399	75,4
Yakınlarında Covid19 tespit edilme	Evet	329	62,2
	Hayır	200	37,8
Yakınını kaybetme	Evet	126	23,8
	Hayır	403	76,2

Pandeminin iş yükünü arttırdığını ifade eden hekimlerin %38,7'si aşılama çalışmalarının, %38,6'sı özellikli izlem çalışmalarının ve %22,7'si diğer çalışmaların iş yükünü arttırdığını belirtti. İş yükü verileri değerlendirilirken çoklu yanıt frekans

analizi kullanıldı. Bu soruya iş yüküm değişmedi veya azaldı diyenler içinden yanıt vermemesi gereken ancak yanıtlayan 7 kişinin yanıtları dışlanarak analiz uygulandı (Tablo 6).

Tablo 6: İş yükü verileri

İş yükü analizi*	Sayı(n)	Yüzde(%)
Özellikli izlem	474	38,6
Aşılama	475	38,7
Diğer	279	22,7
Toplam	1228	100
Yanıtlayan	509	97,5
Eksik bırakan	13	2,5
Toplam	522	100

*: Pandeminin iş yükünü arttırdığını düşünen hekimlerde

Covid 19'a yönelik endişe türlerini ''0-en az'', ''5-en çok'' olacak şekilde puanlamasını istediğimiz katılımcıların en çok endişe duyduğu durum 4,60 puan ortalaması ile ailesine bulaştırmaktı, ikinci sırada 4,18 puan ortalaması ile arkadaşlarına/iş arkadaşlarına bulaştırmak, üçüncü sırada 3,84 puan ortalaması ile hastalarına bulaştırmak geliyordu (Tablo 7).

Tablo 7: Endişe türü verileri

Endişe türü	Ortalama	Min.- Max.
Covid19 olmak	3,79	0-5
Aileme bulaştırmak	4,60	0-5
Arkadaşlarıma/iş arkadaşlarıma bulaştırmak	4,18	0-5
Hastalarıma bulaştırmak	3,84	0-5
Çocuk bakımımı yerine getirememek	3,33	0-5

Pandemiye yönelik ihtiyaç duyduğu destek türünü veya türlerini seçmesini istediğimiz katılımcıların %33,2'si takdir/saygı görmeye, %27,5'i tehlike ödemesi almaya, %16,1'i enfeksiyonu önlemeye yönelik eğitim almaya, %14,3'ü psikolojik danışmanlık almaya, %7,8'i çocuk bakım desteği almaya ihtiyaç duyduğunu belirtti. Katılımcıların%1,1'i bu destek türleri arasından hiçbirine ihtiyaç duymadığını belirtti. Destek türü verileri değerlendirilirken çoklu yanıt frekans analizi uygulandı (Tablo 8).

Tablo 8: Destek türü verileri

İhtiyaç duyulan destek türü	Sayı(n)	Yüzde(%)
Aşağıdakilerden hiçbiri	16	1,1
Takdir/saygı görmek	480	33,2
Tehlike ödemesi almak	397	27,5
Enfeksiyonu önlemeye yönelik eğitim	232	16,1
Çocuk bakım desteği	113	7,8
Psikolojik danışmanlık	207	14,3
Toplam	1445	100
Yanıtlayan	529	100
Eksik bırakan	0	0

4.3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği verileri

MTÖ verilerine bakıldığında, genel tükenmişlik (GT) puanları 2-126 arasında değişmekte olup ortalaması 63,00 ±21,99'dur (Tablo 9).

Tablo 9: Maslach tükenmişlik ölçeği toplam puan verileri

	Ortalama	Standart deviasyon	Min.	Max.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	63,00	21,99	2	126

Alt ölçek puanlarına bakıldığında ise Duygusal Tükenmişlik (DT) alt ölçeğinden alınan puanlar 0-54 arasında olup aritmetik ortalaması 34,38 ±13,19'dur. Duyarsızlaşma (DYS) alt ölçeğinden alınan puanlar 0-30 arasında olup, aritmetik ortalaması 10,91 ±6,90'dır. Kişisel Başarı (KB) alt ölçeğinden alınan puanlar 6-48 arasında olup aritmetik ortalaması 30,29 ±7,30'dur. Araştırma kapsamına giren hekimlerde üç alt ölçek puan arasında en yüksek puan ortalaması duygusal tükenme alt ölçeğinde izlenmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin MTÖ'nde alt ölçeklere göre cevapların frekans analizi tablo 10, tablo 11 ve tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 10: Duygusal tükenme alt ölçeği verileri

Duygusal Tükenme Alt Ölçeği	Ort±Sd
1-İşimden soğuduğumu hissediyorum.	4,86 ±1,78
2-İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	4,38 ±1,69
3-Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	3,60 ±1,94
6-Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.	3,85 ±1,84
8-Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.	4,24 ±1,86
13-İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	3,86 ±1,86
14-İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	4,41 ±1,54
16-Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	3,40 ±1,94
20-Yolun sonuna geldiğimi, her şeyin bittiğini hissediyorum.	2,57 ±2,06
Toplam(min0-max54)	34,38 ±13,19

Tablo 11: Duyarsızlaşma alt ölçeği verileri

Duyarsızlaşma Alt Ölçeği	Ort±Sd
5-Bazı hastalara sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.	1,26 ±1,59
10-Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.	2,67 ±1,94
11-Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.	3,22 ±2,08
15-Bazı hastalara ne olduğu umrumda değil.	1,29 ±1,66
22-Hastaların bazı sorunları için beni suçladığını hissediyorum.	2,47 ±1,83
Toplam(min0-max30)	10,91 ±6,90

Tablo 12: Kişisel başarı hissi alt ölçeği verileri

Kişisel Başarı Hissi Alt Ölçeği	Ort±Sd
4-Hastalarımın ne hissettiğini kolaylıkla anlarım.	4,58 ±1,14
7-Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	4,50 ±1,23
9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	4,51 ±1,48
12-Kendimi çok enerjik hissediyorum.	1,94 ±1,68
17-Hastalarımla aramda rahat bir hava yaratırım.	4,11 ±1,39
18-Hastalarımla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.	2,96 ±1,71
19-Bu işte çok değerli şeyler başardım.	3,94 ±1,56
21-İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.	3,75 ±1,48
Toplam(min6-max48)	30,29 ±7,30

Çalışmamıza katılan hekimlerin MTÖ alt ölçek verilerine göre tükenmişlik seviyelerine bakıldığında % 73,7'si (n=390) yüksek seviye duygusal tükenmişlik, % 39,5'i (n=209) yüksek seviye duyarsızlaşma, % 10,4'ü (n=55) yüksek seviye kişisel başarı azalması hissi alt ölçeklerinde tükenmişlik yaşamakta idi (Tablo 13). Her üç alt ölçekte birden yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan hekimlerin oranı %5,10'du.

Tablo 13: MTÖ alt ölçeklerine göre tükenmişlik seviyesi verileri

Tükenmişlik alt ölçeği	Tükenmişlik seviyesi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Duygusal Tükenme	Düşük	65	12,3
	Orta	74	14,0
	Yüksek	390	73,7
Duyarsızlaşma	Düşük	170	32,1
	Orta	150	28,4
	Yüksek	209	39,5
Kişisel Başarı Hissi	Düşük	76	14,4
	Orta	398	75,2
	Yüksek	55	10,4

4.4 İyilik Hali Ölçeği Verileri

İyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında, alınan puanlar 0-25 arasında değişmekte olup ortalaması 9,99 ±5,72'dir (Tablo 14). İyilik hali ölçeğinden alınan toplam puanı 13'ün altında olan ve kötü yaşam kalitesine işaret eden katılımcıların oranı %74,1 (n=392) olarak bulundu (Tablo 15).

Tablo 14: İyilik hali ölçeği toplam puan verileri

	Ortalama	Standart deviasyon	Min.	Max.
İyilik Hali Ölçeği	9,99	5,72	0	25

Tablo 15: İyilik hali ölçeğine göre kötü yaşam kalitesi verileri

	Sayı	Yüzde
İyilik hali ölçeğine göre kötü yaşam kalitesi (Toplam puan<13)	392	74,1

4.5 Sosyodemografik verilerin ölçekler ile karşılaştırılması

Yaşa göre tükenmişlik verileri incelendiğinde tüm alt ölçekler açısından yaş grupları arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde yaş arttıkça ölçek puanları anlamlı olarak azalırken, kişisel başarı hissi alt ölçeğinde yaş arttıkça ölçek puanı anlamlı olarak artmaktadır. Genel tükenmişlik puanlarına bakıldığında da yaş grupları arasında anlamlı olarak farklılık mevcuttur ($p<0,5$). Yaş arttıkça genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak azalmaktadır. Sonuç olarak, yaş ilerledikçe duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik puanları azalmakta, kişisel başarı hissi puanları artmaktadır (Tablo 16, Tablo 17).

Tablo 16: Yaş gruplarına göre tükenmişlik alt ölçek verileri(*: One-Way ANOVA)

Maslach alt ölçeği	Yaş grupları	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	<45	37,16 ±11,03	7-54	Düşük	8	4,9	**0,000**
				Orta	23	14,0	
				Yüksek	133	81,1	
	45-55	34,75 ±13,60	0-54	Düşük	37	13,6	
				Orta	34	12,5	
				Yüksek	202	74,0	
	>55	28,33 ±13,66	0-51	Düşük	20	21,7	
				Orta	17	18,5	
				Yüksek	55	59,8	
Duyarsızlaşma	<45	12,51 ±6,61	0-30	Düşük	36	22,0	**0,000**
				Orta	47	28,7	
				Yüksek	81	49,4	
	45-55	10,77 ±6,96	0-30	Düşük	90	33,0	
				Orta	81	29,7	
				Yüksek	102	37,4	
	>55	8,50 ±6,53	0-26	Düşük	44	47,8	
				Orta	22	23,9	
				Yüksek	26	28,3	
Kişisel başarı hissi	<45	28,51 ±6,54	11-46	Düşük	13	7,9	**0,000**
				Orta	132	80,5	
				Yüksek	19	11,6	
	45-55	30,58 ±7,54	6-48	Düşük	43	15,8	
				Orta	199	72,8	
				Yüksek	31	11,4	
	>55	32,64 ±7,12	16-47	Düşük	20	21,7	
				Orta	67	72,8	
				Yüksek	5	5,4	

Tablo 17: Yaş gruplarına göre genel tükenmişlik verileri (*: One-Way ANOVA)

	Yaş grupları	Ort±Sd	Min-Max	P*
Maslach tükenmişlik ölçeği	<45	69,16 ±18,30	17-115	**0,000**
	45-55	62,95 ±22,63	3-126	
	>55	52,18 ±22,07	2-95	

Yaş gruplarına göre iyilik durumu ölçeği verilerine bakıldığında, 45 yaş altı ve 45-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, 55 yaş üstü grupta iyilik durumu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 18).

Tablo 18: Yaşa göre iyilik hali verileri (*: One-Way ANOVA)

	Yaş grupları	Ort±Sd	Min-Max	P*
İyilik hali ölçeği	<45	9,70 ±5,30	0-25	**0,001**
	45-55	9,45 ±5,83	0-25	
	>55	12,08 ±5,72	1-25	

Cinsiyete göre tükenmişlik verileri karşılaştırıldığında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Erkeklerde duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanları sırasıyla 33,97, 11,03 ve 30,49 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda ise duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanları sırasıyla 35,65, 10,55 ve 29,70 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde genel tükenmişlik puanı 62,51 iken, kadınlarda ise 64,50 olarak bulunmuştur.

Cinsiyete göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$). Erkeklerin iyilik hali puanları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 19).

Tablo 19: Cinsiyete göre iyilik hali verileri (*:Independent Sample T test)

	Cinsiyet grupları	Ort±Sd	Min-Max	P*
İyilik hali ölçeği	Erkek	10,37 ±5,73	0-25	**0,007**
	Kadın	8,82 ±5,56	0-24	

Medeni duruma göre tükenmişlik verileri karşılaştırıldığında, yalnızca Duyarsızlaşma alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$). Bekarların duyarsızlaşma alt ölçek puanları, evlilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo20).

Tablo 20: Medeni duruma göre tükenmişlik alt ölçek verileri (*: One-Way ANOVA)

Maslach alt ölçeği	Medeni durum	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Evli	34,03 ±13,48	0-54	Düşük	58	13,0	0,319
				Orta	62	13,9	
				Yüksek	327	73,2	
	Bekar	35,83 ±10,98	14-54	Düşük	3	5,7	
				Orta	10	18,9	
				Yüksek	40	75,5	
	Boşanmış/dul	37,21 ±12,13	10-54	Düşük	4	13,8	
				Orta	2	6,9	
				Yüksek	23	79,3	
Duyarsızlaşma	Evli	10,56 ±6,83	0-30	Düşük	149	33,3	**0,014**
				Orta	134	30,0	
				Yüksek	164	36,7	
	Bekar	13,42 ±6,85	1-30	Düşük	11	20,8	
				Orta	10	18,9	
				Yüksek	32	60,4	
	Boşanmış/dul	11,72 ±7,27	0-26	Düşük	10	34,5	
				Orta	6	20,7	
				Yüksek	13	44,8	
Kişisel başarı hissi	Evli	30,46 ±7,45	6-48	Düşük	71	15,9	0,358
				Orta	329	73,6	
				Yüksek	47	10,5	
	Bekar	28,94 ±6,74	12-46	Düşük	4	7,5	
				Orta	42	79,2	
				Yüksek	7	13,2	
	Boşanmış/dul	30,17 ±5,70	20-44	Düşük	1	3,4	
				Orta	27	93,1	
				Yüksek	1	3,4	

Medeni duruma göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında, iyilik hali puan ortalamaları evlilerin 10,06, bekarların 10,28 ve boşanmış/dulların 8,34 olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre iyilik hali puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

Çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duygusal tükenme alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$). Çocuk sahibi olanlarda, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak düşük bulunurken, kişisel başarı hissi anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 21, Tablo 22).

Tablo 21: Çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Çocuk sahibi olma	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Evet	34,24 ±13,52	0-54	Düşük	60	13,4	0,514
				Orta	61	13,6	
				Yüksek	327	73,0	
	Hayır	35,16 ±11,22	10-54	Düşük	5	6,2	
				Orta	63	77,8	
				Yüksek	99	76,2	
Duyarsızlaşma	Evet	10,40 ±6,86	0-30	Düşük	156	34,8	**0,000**
				Orta	132	29,5	
				Yüksek	160	35,7	
	Hayır	13,75 ±6,46	1-30	Düşük	14	17,3	
				Orta	18	22,2	
				Yüksek	49	60,5	
Kişisel başarı hissi	Evet	30,66 ±7,40	6-48	Düşük	72	16,1	**0,007**
				Orta	332	74,1	
				Yüksek	44	9,8	
	Hayır	28,27 ±6,38	12-46	Düşük	4	4,9	
				Orta	66	81,5	
				Yüksek	11	13,6	

*: IndependentSample T test

Tablo 22: Çocuk sahibi olma durumuna göre genel tükenmişlik verileri

	Çocuk sahibi olma	Ort±Sd	Min-Max	P*
Maslach tükenmişlik ölçeği	Evet	61,98 ± 22,43	2-126	**0,005**
	Hayır	68,64 ±18,48	24-115	

*: IndependentSample T test

Çocuk sahibi olma durumuna göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktu. Çocuğu olanların iyilik hali puan ortalaması 9,95 iken çocuğu olmayanların puan ortalaması 10,20 olarak bulundu.

Unvana göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Yalnızca kişisel başarı hissi puanlarında unvana göre anlamlı farklılık mevcuttu (p<0,05). Pratisyen aile hekimlerinin, aile hekimliği uzmanlarına göre kişisel başarı hissi anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 23).

Tablo 23: Unvana göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Unvan	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Aile hekimi	34,35 ±13,27	0-54	Düşük	61	12,5	0,861
				Orta	70	14,3	
				Yüksek	357	73,2	
	Aile Hekimliği Uzmanı	34,73 ±12,33	10-54	Düşük	4	9,8	
				Orta	4	9,8	
				Yüksek	33	80,5	
Duyarsızlaşma	Aile hekimi	10,90 ±6,96	0-30	Düşük	158	32,4	0,877
				Orta	140	28,7	
				Yüksek	190	38,9	
	Aile Hekimliği Uzmanı	11,07 ±6,23	0-26	Düşük	12	29,3	
				Orta	10	24,4	
				Yüksek	19	46,3	
Kişisel başarı hissi	Aile hekimi	30,57 ±7,30	6-48	Düşük	74	15,2	**0,003**
				Orta	365	74,8	
				Yüksek	49	10,0	
	Aile Hekimliği Uzmanı	27,07 ±6,53	15-46	Düşük	2	4,9	
				Orta	33	80,5	
				Yüksek	6	14,6	

*: Independent Sample T test

Unvana göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında pratisyen aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanları arasında anlamlı farklılık yoktu. Aile hekimlerinin iyilik hali puan ortalaması 9,97 iken aile hekimliği uzmanlarının puan ortalaması 10,17 olarak bulundu.

Meslekteki yıla göre tükenmişlik verilerine bakıldığında her üç alt ölçekte ve genel tükenmişlik puanında gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu (p<0,05). Duygusal tükenme alt ölçeğinde 10-<15 yıl meslek süresi olanların alt ölçek puanları, 5 yıl altında ve 20 yıl üzerinde meslek süresi olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksekti. Duyarsızlaşma alt ölçeğinde 5-<10 yıl ve 10-<15 yıl meslek süresi olanların alt ölçek puanları, 20 yıl ve üzeri meslek süresine sahip olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kişisel başarı alt

ölçeğinde 5-<10 yıl ve 10-<15 yıl meslek süresi olanların alt ölçek puanları, 20 yıl ve üzeri meslek süresine sahip olanların puanlarından anlamlı olarak daha düşük bulundu. Genel tükenmişlik puanlarında 5-<10 yıl ve 10-<15 yıl meslek süresi olanların tükenmişlik puanları, 20 yıl ve üzeri meslek süresine sahip olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 24, Tablo 25).

Tablo 24: Meslekteki yıla göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Meslekteki yıl	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	<5 yıl	29,78 ±7,28	17-43	Düşük	0	0,0	**0,003**
				Orta	8	34,8	
				Yüksek	15	65,2	
	5-<10 yıl	38,03±11,23	12-54	Düşük	1	3,3	
				Orta	4	13,3	
				Yüksek	25	83,3	
	10-<15 yıl	38,70±10,46	12-54	Düşük	4	5,3	
				Orta	7	9,2	
				Yüksek	65	85,5	
	15-<20 yıl	35,45±12,24	7-54	Düşük	5	9,1	
				Orta	9	16,4	
				Yüksek	41	74,5	
	20 yıl ve üzeri	33,25±14,05	0-54	Düşük	55	15,9	
				Orta	46	13,3	
				Yüksek	244	70,7	
Duyarsızlaşma	<5 yıl	11,70 ±5,31	2-21	Düşük	3	13,0	**0,006**
				Orta	8	34,8	
				Yüksek	12	52,2	
	5-<10 yıl	13,83 ±6,78	1-30	Düşük	6	20,0	
				Orta	5	16,7	
				Yüksek	19	63,3	
	10-<15 yıl	12,63 ±6,95	0-27	Düşük	19	25,0	
				Orta	20	26,3	
				Yüksek	37	48,7	
	15-<20 yıl	11,24 ±6,52	0-29	Düşük	15	27,3	
				Orta	18	32,7	
				Yüksek	22	40,0	
	20 yıl ve üzeri	10,18 ±6,94	0-30	Düşük	127	36,8	
				Orta	99	28,7	
				Yüksek	119	34,5	
Kişisel başarı	<5 yıl	27,91 ±6,09	15-41	Düşük	1	4,3	**0,000**
				Orta	19	82,6	
				Yüksek	3	13,0	
	5-<10 yıl	27,03 ±6,43	12-39	Düşük	1	3,3	
				Orta	24	80,0	
				Yüksek	5	16,7	
	10-<15 yıl	28,33 ±7,30	11-46	Düşük	8	10,5	
				Orta	57	75,0	

hissi				Yüksek	11	14,5	
	15-<20 yıl	29,18 ±6,45	12-42	Düşük	4	7,3	
				Orta	46	83,6	
				Yüksek	5	9,1	
	20 yıl ve üzeri	31,35 ±7,37	6-48	Düşük	62	18,0	
				Orta	252	73,0	
				Yüksek	31	9,0	

*: One- Way ANOVA

Tablo 25: Meslekteki yıla göre genel tükenmişlik verileri

	Meslekteki yıl	Ort±Sd	Min-Max	P*
Maslach tükenmişlik ölçeği	<5 yıl	61,57 ±12,74	36-81	**0,000**
	5-<10 yıl	72,83 ±17,70	39-115	
	10-<15 yıl	71,0 ±18,92	25-114	
	15-<20 yıl	65,51 ±18,83	17-107	
	20 yıl ve üzeri	60,08 ±23,22	2-126	

*: One-Way ANOVA

Meslekteki yıla göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. 5 yıl altında meslek süresi olanların puan ortalaması 12,22, 5-<10 yıl olanların 10,27, 10-<15 yıl olanların 9,09, 15-<20 yıl olanların 9,33, 20 yıl ve üzeri meslek süresi olanların iyilik durumu puan ortalaması 10,12 olarak bulundu.

Meslekten memnuniyete göre tükenmişlik verileri incelendiğinde tüm alt ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0.05$). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde memnuniyet arttıkça ölçek puanları anlamlı olarak azalırken, kişisel başarı hissi alt ölçeğinde memnuniyet arttıkça ölçek puanı anlamlı olarak artmaktadır. Genel tükenmişlik puanlarına bakıldığında da gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,5$). Memnuniyet arttıkça genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak azalmaktadır. Sonuç olarak, memnuniyet arttıkça

Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Genel Tükenmişlik puanları azalmakta, Kişisel Başarı Hissi puanları artmaktadır (Tablo 26, Tablo 27).

Tablo 26: Meslekten memnuniyete göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Aile hekimliğinden memnuniyet	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Evet	21,89 ±13,03	0-54	Düşük	43	38,1	**0,000**
				Orta	31	27,4	
				Yüksek	39	34,5	
	Kısmen	35,68 ±11,17	0-54	Düşük	21	6,7	
				Orta	42	13,4	
				Yüksek	250	79,9	
	Hayır	44,14 ±7,62	11-54	Düşük	1	1,0	
				Orta	1	1,0	
				Yüksek	101	98,1	
Duyarsızlaşma	Evet	6,88 ±6,07	0-26	Düşük	72	63,7	**0,000**
				Orta	19	16,8	
				Yüksek	22	19,5	
	Kısmen	11,48 ±6,65	0-29	Düşük	78	24,9	
				Orta	101	32,3	
				Yüksek	134	42,8	
	Hayır	13,60 ±6,67	0-30	Düşük	20	19,4	
				Orta	30	29,1	
				Yüksek	53	51,5	
Kişisel başarı hissi	Evet	33,81 ±8,01	14-48	Düşük	37	32,7	**0,000**
				Orta	69	61,1	
				Yüksek	7	6,2	
	Kısmen	29,60 ±7,05	6-48	Düşük	35	11,2	
				Orta	243	77,6	
				Yüksek	35	11,2	
	Hayır	28,55±5,91	11-42	Düşük	4	3,9	
				Orta	86	83,5	
				Yüksek	13	12,6	

*: One-Way ANOVA

Tablo 27: Meslekten memnuniyete göre genel tükenmişlik verileri

	Aile hekimliğinden memnuniyet	Ort±Sd	Min-Max	P*
Maslach tükenmişlik ölçeği	Evet	42,97 ±21,40	2-96	**0,000**
	Kısmen	65,57 ±16,10	7-126	
	Hayır	77,18 ±14,72	27-114	

*: One-Way ANOVA

Meslekten memnuniyet durumuna göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında, gruplar arası anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,05). Meslekten memnuniyet arttıkça iyilik hali puanları anlamlı olarak artmaktadır (Tablo 28).

Tablo 28: Meslekten memnuniyete göre iyilik hali verileri

	Aile hekimliğinden memnuniyet	Ort±Sd	Min-Max	P*
İyilik hali ölçeği	Evet	14,35 ±5,43	0-25	**0,000**
	Kısmen	9,41 ±5,28	0-25	
	Hayır	6,96 ±4,52	0-18	

*: One-Way ANOVA

Sigara kullanımına göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Duygusal tükenme ve genel tükenmişlik puanlarında sigara kullanımına göre anlamlı farklılık mevcuttu (p<0,05).Sigara içenlerin, içmeyenlere göre duygusal tükenme ve genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 29, Tablo30).

Tablo 29: Sigara kullanımına göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Sigara kullanımı	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Evet	36,90±12,61	2-54	Düşük	14	9,7	**0,007**
				Orta	16	11,0	
				Yüksek	115	79,3	
	Hayır	33,43±13,29	0-54	Düşük	51	13,3	
				Orta	58	15,1	
				Yüksek	275	71,6	
Duyarsızlaşma	Evet	11,70 ±6,75	0-30	Düşük	35	32,4	0,106
				Orta	52	28,7	
				Yüksek	58	38,9	
	Hayır	10,61 ±6,94	0-30	Düşük	135	35,2	
				Orta	98	25,5	
				Yüksek	151	39,3	
Kişisel başarı hissi	Evet	29,47 ±7,19	6-48	Düşük	16	11,0	0,110
				Orta	109	75,2	
				Yüksek	20	13,8	
	Hayır	30,61 ±7,32	11-48	Düşük	60	15,6	
				Orta	289	75,3	
				Yüksek	35	9,1	

*: Independent Sample T test

Tablo 30: Sigara kullanımına göre genel tükenmişlik verileri

	Sigara kullanımı	Ort±Sd	Min-Max	P*
Maslach tükenmişlik ölçeği	Evet	67,13 ± 19,98	11-126	**0,005**
	Hayır	61,44 ±22,53	2-115	

*: Independent Sample T test

Sigara kullanımına göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında, sigara içenler ve içmeyenler arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,05). Sigara içenlerin iyilik hali puanları içmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 31).

Tablo 31: Sigara kullanımına göre iyilik hali verileri

	Sigara kullanımı	Ort±Sd	Min-Max	P*
İyilik hali ölçeği	Evet	8,63 ±5,28	0-23	**0,001**
	Hayır	10,50 ±5,80	0-25	

*: Independent Sample T test

Psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre tükenmişlik verileri karşılaştırıldığında, psikiyatrik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında duygusal tükenme, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanları açısından anlamlı farklılık yoktu. Yalnızca duyarsızlaşma alt ölçek puanları psikiyatrik hastalığı bulunanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 32).

Tablo 32: Psikiyatrik hastalık durumuna göre tükenmişlik alt ölçek verileri

Maslach alt ölçeği	Psikiyatrik hastalık	Ort±Sd	Min-Max	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (n)	Yüzde(%)	P*
Duygusal tükenme	Var	36,84 ±12,22	8-54	Düşük	4	9,1	0,197
				Orta	6	13,6	
				Yüksek	34	77,3	
	Yok	34,16 ±13,26	0-54	Düşük	61	12,6	
				Orta	68	14,0	
				Yüksek	356	73,4	
	Var	13,20 ±6,97	0-29	Düşük	10	22,7	**0,021**
				Orta	11	25,0	
				Yüksek	23	52,3	

Duyarsızlaşma	Yok	10,71 ±6,86	0-30	Düşük	160	33,0	
				Orta	139	28,7	
				Yüksek	186	38,4	
Kişisel başarı hissi	Var	29,55 ±6,39	17-47	Düşük	5	11,4	0,478
				Orta	34	77,3	
				Yüksek	5	11,4	
	Yok	30,36 ±7,38	6-48	Düşük	71	14,6	
				Orta	364	75,1	
				Yüksek	50	10,3	

Psikiyatrik hastalık varlığına göre iyilik hali ölçeği verilerine baktığımızda gruplar arasında iyilik hali puanları açısından anlamlı farklılık yoktu. Psikiyatrik hastalığı olanların iyilik hali puan ortalaması 8,89 ±6,91, hastalığı olmayanların puan ortalaması 10,09 ±5,60 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik hastalık ismine göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

İyilik hali ölçeği verilerine göre psikiyatrik hastalık ismine göre iyilik hali puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

4.6 Pandemi ilişkili verilerin ölçekler ile karşılaştırılması

Pandemi ilişkili veriler ile duygusal tükenme alt ölçeği karşılaştırıldığında pandeminin iş yüküne olan etkisi arttı ve değişmedi diyenler arasında duygusal tükenme alt ölçeği puanlarında anlamlı farklılık mevcuttu, iş yükünü arttırdığını düşünenlerin duygusal tükenme puanı iş yükünün değişmediğini düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşayanların duygusal tükenme puanları, KKE eksikliği yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekenlerin duygusal tükenme puanları ayrı yerde konaklaması gerekmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 33).

Tablo 33: Duygusal tükenme alt ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması

Soru	Yanıt	Ort±Sd	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (Yüzde%)	p
Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyor musunuz?	Evet	34,05 ±13,35	Düşük	62 (13,2)	0,102*
			Orta	66 (14,0)	
			Yüksek	342 (72,8)	
	Hayır	37,03 ±11,53	Düşük	3 (5,1)	
			Orta	8 (13,6)	
			Yüksek	48 (81,4)	
Pandeminin iş yükünüze olan etkisi	Arttı	34,71 ±13,07	Düşük	61 (12,0)	**0,009****
			Orta	69 (13,6)	
			Yüksek	379 (74,5)	
	Değişmedi	23,77 ±15,85	Düşük	4 (30,8)	
			Orta	3 (23,1)	
			Yüksek	6 (46,2)	
	Azaldı	30,57 ±7,85	Düşük	0 (0)	
			Orta	2 (28,6)	
			Yüksek	5 (71,4)	
Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	Evet	38,33 ±11,43	Düşük	20 (6,3)	**0,000***
			Orta	27 (8,5)	
			Yüksek	269 (85,1)	
	Hayır	28,53 ±13,46	Düşük	45 (21,1)	
			Orta	47 (22,1)	
			Yüksek	121 (56,8)	
Pandemi sonrası aileniz ile ayrı konaklamanız gerekti mi?	Evet	38,00 ±11,33	Düşük	13 (6)	**0,000***
			Orta	18 (8,3)	
			Yüksek	186 (85,7)	
	Hayır	31,87 ±13,81	Düşük	52 (16,7)	
			Orta	56 (17,9)	
			Yüksek	204 (65,4)	
Covid19 için test edildiniz mi?	Evet	34,51 ±13,21	Düşük	48 (12,8)	0,726*
			Orta	48 (12,8)	
			Yüksek	278 (74,3)	
	Hayır	34,07 ±13,17	Düşük	17 (11)	
			Orta	26 (16,8)	
			Yüksek	112 (72,3)	
Covid19 nedeniyle karantinaya alındınız mı?	Evet	33,95 ±13,77	Düşük	19 (14,6)	0,669*
			Orta	15 (11,5)	
			Yüksek	96 (73,8)	
	Hayır	34,52 ±13,01	Düşük	46 (11,5)	
			Orta	59 (14,8)	
			Yüksek	294 (73,7)	
Yakınlarınızdan birinde Covid 19 tespit edildi mi?	Evet	34,66 ±12,97	Düşük	39 (11,9)	0,542*
			Orta	47 (14,3)	
			Yüksek	243 (73,9)	
	Hayır	33,94 ±13,55	Düşük	26 (13)	
			Orta	27 (13,5)	
			Yüksek	147 (73,5)	
Covid19 nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	36,37 ±12,06	Düşük	9 (7,1)	0,052*
			Orta	19 (15,1)	
			Yüksek	98 (77,8)	
	Hayır	33,76 ±13,47	Düşük	56 (13,9)	
			Orta	55 (13,6)	
			Yüksek	292 (72,5)	

*: IndependentSample T test
**: One-Way ANOVA

Tablo 34: Duyarsızlaşma alt ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması

Soru	Yanıt	Ort±Sd	Tükenmişlik düzeyi	Sayı (Yüzde%)	p
Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyor musunuz?	Evet	10,63 ±6,87	Düşük	159 (33,8)	**0,009***
			Orta	135 (28,7)	
			Yüksek	176 (37,4)	
	Hayır	13,14 ±6,75	Düşük	11 (18,6)	
			Orta	15 (25,4)	
			Yüksek	33 (55,9)	
Pandeminin iş yükünüze olan etkisi	Arttı	10,98 ±6,91	Düşük	160 (31,4)	0,131**
			Orta	147 (28,9)	
			Yüksek	202 (39,7)	
	Değişmedi	7,31 ±5,55	Düşük	9 (69,2)	
			Orta	1 (7,7)	
			Yüksek	3 (23,1)	
	Azaldı	12,71 ±6,89	Düşük	1 (14,3)	
			Orta	2 (28,6)	
			Yüksek	4 (57,1)	
Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	Evet	12,38 ±6,93	Düşük	73 (23,1)	**0,000***
			Orta	98 (31)	
			Yüksek	145 (45,9)	
	Hayır	8,73 ±6,27	Düşük	97 (45,5)	
			Orta	52 (24,4)	
			Yüksek	64 (30)	
Pandemi sonrası aileniz ile ayrı konaklamanız gerekti mi?	Evet	12,51 ±6,46	Düşük	44 (20,3)	**0,000***
			Orta	65 (30)	
			Yüksek	108 (49,8)	
	Hayır	9,80 ±6,99	Düşük	126 (40,4)	
			Orta	85 (27,2)	
			Yüksek	101 (32,4)	
Covid19 için test edildiniz mi?	Evet	11,15 ±6,91	Düşük	114 (30,5)	0,221*
			Orta	102 (27,3)	
			Yüksek	158 (42,2)	
	Hayır	10,34 ±6,86	Düşük	56 (36,1)	
			Orta	48 (31)	
			Yüksek	51 (32,9)	

Covid19 nedeniyle karantinaya alındınız mı?	Evet	11,20 ±6,84	Düşük	41 (31,5)	0,586*
			Orta	31 (23,8)	
			Yüksek	58 (44,6)	
	Hayır	10,82 ±6,93	Düşük	129 (32,3)	
			Orta	119 (29,8)	
			Yüksek	151 (37,8)	
Yakınlarınızdan birinde Covid19 tespit edildi mi?	Evet	11,35 ±7,20	Düşük	104 (31,6)	0,560*
			Orta	83 (25,2)	
			Yüksek	142 (43,2)	
	Hayır	10,20 ±6,32	Düşük	66 (33)	
			Orta	67 (33,5)	
			Yüksek	67 (33,5)	
Covid19 nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	11,60 ±7,02	Düşük	35 (27,8)	0,199*
			Orta	38 (30,2)	
			Yüksek	53 (42,1)	
	Hayır	10,70 ±6,85	Düşük	135 (33,5)	
			Orta	112 (27,8)	
			Yüksek	156 (38,7)	

*: IndependentSample T test
**: One-Way ANOVA

Pandemi ilişkili veriler ile kişisel başarı hissi alt ölçeği karşılaştırıldığında hiçbir durum için anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Pandemi ilişkili veriler ile genel tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında, Covid+ hasta/temaslı takibi yapanlar ve yapmayanlar arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanların genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksekti. KKE eksikliği yaşayanların yaşamayanlara göre genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekenlerin, ayrı konaklaması gerekmeyenlere göre genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Covid19 nedeniyle bir yakınını kaybedenlerin genel tükenmişlik puanı, yakınını kaybetmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35: Genel tükenmişlik verileri ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması

Soru	Yanıt	Ort±Sd	Min-Max	p
Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyor musunuz?	Evet	62,20 ±22,00	2-126	**0,017***
	Hayır	69,41 ±21,02	4-115	
Pandeminin iş yükünüze olan etkisi	Arttı	63,36 ±21,94	2-126	0,069**
	Değişmedi	49,08 ±23,54	4-100	
	Azaldı	63,14 ±16,26	41-84	
Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	Evet	68,76 ±20,24	5-126	**0,000***
	Hayır	54,46 ±21,73	2-105	
Pandemi sonrası aileniz ile ayrı konaklamanız gerekti mi?	Evet	68,73 ±19,04	3-126	**0,000***
	Hayır	59,02 ±23,03	2-115	
Covid19 için test edildiniz mi?	Evet	63,40 ±22,35	3-126	0,514*
	Hayır	62,03 ±21,11	2-115	
Covid19 nedeniyle karantinaya alındınız mı?	Evet	62,92 ±23,15	4-126	0,963*
	Hayır	63,03 ±21,63	2-115	
Yakınlarınızdan birinde Covid19 tespit edildi mi?	Evet	64,13 ±22,15	3-126	0,131*
	Hayır	61,15 ±21,65	2-106	
Covid19 nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	66,60 ±21,33	4-126	**0,035***
	Hayır	61,88 ±22,10	2-115	

*: IndependentSample T test
**: One-Way ANOVA

Pandemi ilişkili veriler ile iyilik hali ölçeği karşılaştırıldığında, KKE eksikliği yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında anlamlı farklılık mevcuttu. KKE eksikliği yaşamayanların iyilik hali puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekmeyenlerin, ayrı konaklaması gerekenlere göre iyilik durumu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Covid19 nedeniyle bir yakınını kaybetmeyenlerin iyilik hali puanları, yakını kaybedenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36: İyilik hali ölçeği ile pandemi ilişkili verilerin karşılaştırılması

Soru	Yanıt	Ort±Sd	Min-Max	p
Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyor musunuz?	Evet	10,08 ±5,75	0-25	0,276*
	Hayır	9,22 ±5,50	0-23	
Pandeminin iş yükünüze olan etkisi	Arttı	9,88 ±5,70	0-25	0,075**
	Değişmedi	13,46 ±6,35	0-23	
	Azaldı	11,00 ±4,69	5-17	
Kişisel koruyucu ekipman eksikliği	Evet	8,82 ±5,39	0-25	**0,000***
	Hayır	11,71 ±5,78	0-25	
Pandemi sonrası aileniz ile ayrı konaklamanız gerekti mi?	Evet	9,16 ±5,50	0-25	**0,006***
	Hayır	10,56 ±5,81	0-25	
Covid19 için test edildiniz mi?	Evet	9,95 ±5,79	0-25	0,828*
	Hayır	10,07 ±5,56	0-25	
Covid19 nedeniyle karantinaya alındınız mı?	Evet	10,20 ±5,59	0-25	0,625*
	Hayır	9,92 ±5,77	0-25	
Yakınlarınızdan birinde Covid19 tespit edildi mi?	Evet	9,69 ±5,53	0-25	0,130*
	Hayır	10,47 ±6,00	0-25	
Covid19 nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?	Evet	9,03 ±5,39	0-24	**0,032***
	Hayır	10,29 ±5,79	0-25	

*: IndependentSample T test
**: One-Way ANOVA

5 TARTIŞMA

İnsanlarla birebir ilişki içerisinde ve stres seviyesi yüksek ortamlarda çalışılan mesleklerde tükenmişlik çok sık ortaya çıkar. Bu meslekler içinde hekimlik çoğunlukla ilk sıralarda yer almaktadır. Yoğun çalışma saatleri, problemleri daha fazla olan hasta ve hasta yakınları ile sürekli yakından çalışmak, tükenmişliği artıran en önemli faktörlerden bir tanesidir.

2020 yılında başlayan Covid 19 pandemisi nedeniyle hekimlere büyük sorumluluk düşmüştür. Böylelikle zaten tükenmişlik düzeyi birçok çalışmada yüksek bulunan hekimlerin iş yükü ve stres seviyesi artmaktadır. Bu çalışma Covid 19 pandemisinin aile hekimlerindeki tükenmişlik düzeyleri ve iyilik hali ile ilişkisinin belirlenip ortaya konmasını amaçlanmıştır.

Covid 19 pandemisi hala yaşadığımız bir durum olduğundan aile hekimleri üzerinde etkilerini araştıran çalışmalar henüz yeteri kadar mevcut değildir. Gelecek yıllarda bu çalışmalar muhtemelen yapılacaktır ancak literatürde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerine ilişkin çeşitli çalışmalar mevcuttur.

2020 yılında Brezilya'da yapılan kesitsel bir çalışmada, Fumis ve arkadaşları[84], yoğun bakım ünitesinde çalışan51 hekimin tükenmişlik düzeylerini incelemiş olup%51'inde yüksek düzeyde duyarsızlaşma ve %51'inde yüksek düzeyde duygusal tükenme%96,1'inde düşük düzeyde kişisel başarı azalması bulunmuştur. Katılımcıların üçte birine Covid 19 teşhisi konmuştu ve %15,7'si Covid 19 pandemisine bir yakınını kaybettiğini bildirdi. Katılımcılar, salgın öncesi döneme kıyasla hayatlarının en çok değişen yönünün sevdiklerine bulaştırma korkusu olduğunu söylediler.

2020 yılında İspanya'da yapılan başka bir çalışmada, Seda-Gombau ve arkadaşları [85] birinci basamak hekimlerinin Ocak 2019 ve Ekim 2020'de (pandeminin yedinci ayı) aldıkları Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarını karşılaştırdılar. Ocak 2019'da birinci basamak hekimlerinin %10'u tüm tükenmişlik alanlarında yüksek puan alırken Covid 19 salgınının yedinci ayında bu oran %50'ye yükseldi. Birinci basamak hekimlerinin %55'ini zaten etkileyen duygusal tükenme, pandemi ile %77'ye yükseldi.

İtalya'da pandemi sırasında ön safhada çalışan sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada [86], katılımcıların büyük bir yüzdesi MTÖ alt ölçeklerinden en az birinde yüksek puanlar bildirdi, %30'undan fazlası yüksek duygusal tükenme gösterdi ve %25'inden fazlası yüksek düzey duyarsızlaşma bildirdi, yaklaşık %15'iyüksek düzeyde kişisel başarı azalması bildirmiştir. Duygusal tükenme düzeyleri, normatif

değerlerden daha yüksek görünüyordu ve yüksek tükenmişlik düzeyine sahip çalışanların yüzdesi, Covid salgını öncesindeki diğer İtalyan örneklerinde veya diğer sağlık hizmeti ortamlarında bulunandan önemli ölçüde daha yüksekti.

Pandemiden önce 2014 yılında Tok ve arkadaşlarının [87] Sakarya ilindeki aile hekimlerine yaptığı çalışmada, hekimlerin %71,9'u düşük düzeyde duygusal tükenme, %85,9'u düşük düzeyde duyarsızlaşma ve %72'si yüksek düzey kişisel başarı azalması göstermiştir . Cinsiyet ile duygusal tükenme; yaş ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı; medeni durum ve çalışılan aile sağlığı merkezi ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada aile hekimlerinin düşük tükenmişlik düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

Çalışmamız sonucunda katılımcıların, MTÖ genel tükenmişlik (GT) puanları 2-126 arasında değişmekte olup ortalaması 63,00 ±21,99'dur. Duygusal tükenme alt ölçeğinden alınan ortalama puan 34,38 ±13,19, duyarsızlaşma alt ölçeğinde alınan ortalama puan 10,91 ±6,90 ve kişisel başarı azalması hissi alt ölçeğinden alınan ortalama puan ise 30,29 ±7,30 olarak tespit edilmiştir. Yüksek derecede duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalması hissi yaşayan kişilerin oranı sırasıyla %73,7, % 39,5 ve % 10,4'tür. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalması hissi alt ölçeklerinin her üçünde birden yüksek düzey tükenmişlik yaşayanların oranı ise % 5,1'dir.

Çalışma sonuçlarımız ve literatür verileri paralellik göstermektedir. Daha önceden yapılmış çeşitli çalışmalarda hekimlerde benzer sonuçlar ortaya konmuştur. Pandemi döneminden önce aile hekimlerinde tükenmişliği araştıran çalışmalarda nispeten daha düşük düzey tükenmişlik tespit edilmiştir. Bunun nedeni pandemiyle birlikte aile hekimlerine yüklenen sorumluluk ve iş yükü artışı olabilir. Bu sonuçlara göre hekimlerin yaklaşık yarısı yüksek seviye tükenmişlik yaşamaktadır. Bu durum çalışma hayatına özgü olmayıp henüz tıp fakültesi yıllarında yüksek tükenmişlik saptanan çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamızdan elde edilen yaş verilerine baktığımızda daha genç yaş gruplarında daha fazla tükenmişlik gözlenmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt ölçeklerinin her üçünde birden yaş yükseldikçe tükenmişlik anlamlı olarak azalmaktadır. Çalışma sonucunda yaş ile ilgili elde ettiğimiz veriler literatür bilgisi ile örtüşmektedir. Daha önceden yapılmış birçok çalışma bu bilgileri doğrulamaktadır. Tükenmişlik için en büyük risk faktörlerinden bir tanesi genç yaş olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle genç yaşlarda daha sık

görülen tükenmişlik, yaşın artmasıyla gelişen olgunlukla beraber azalmaya başlamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %75,4'ünü erkekler oluşturmaktaydı. Cinsiyet verileri ile tükenmişlik verileri kadınlar ve erkekler arasında tükenmişlik açısından herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında cinsiyet ile tükenmişliğin ilişkisi tartışmalı bir konudur. Birçok çalışmada kadınlarda daha fazla tükenmişlik görüldüğüne dair sonuçlar bulunmasına rağmen cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmayan çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda da anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Bu durum meslek gruplarına göre cinsiyetlerin farklılaşmasından kaynaklanıyor olabilir[65].

Çalışmamıza katılanların %84,%'ini evliler oluşturmakta idi. Medeni duruma göre tükenmişlik verileri karşılaştırıldığında, yalnızca duyarsızlaşma alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Bekarların duyarsızlaşma alt ölçek puanları, evlilerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Çocuk sahibi olmak ise yine tükenmişliği azaltan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında duygusal tükenme alt ölçeğinde anlamlı farklılık yoktu, ancak duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinde tükenmişlik ile genel tükenmişlik puanları çocuk sahibi olmayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Daha önceden yapılmış çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Evli olmak ve çocuk sahibi olmak tükenmişlik açısından koruyucu faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Unvana göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Yalnızca kişisel başarı hissi puanlarında unvana göre anlamlı farklılık mevcuttu. Aile hekimliği uzmanlarının, pratisyen aile hekimlerine göre kişisel başarı hissi alt ölçeğinde tükenmişliği anlamlı olarak daha yüksekti. Bu durum eğitim seviyeleri yükseldikçe tükenmişlik düzeylerinin artmasından kaynaklanıyor olabilir. Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe meslekten beklentileri yükselmektedir ve bunun da artan detaycılık düzeyiyle birlikte tükenmişlik oranlarını arttırdığı düşünülmektedir [67]. Ayrıca aile hekimliği uzmanlarının yaş ortalamasının daha düşük olması da tükenmişlik için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır.

Meslekteki yıla göre tükenmişlik verilerine bakıldığında her üç alt ölçekte ve genel tükenmişlik puanında gruplar arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Duygusal tükenme alt ölçeğinde 10-<15 yıl meslek süresi olanların alt ölçek puanları, 5 yıl altında ve 20 yıl üzerinde meslek süresi olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksekti. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeğinde tükenmişlik 5-<10 yıl ve 10-<15 yıl meslek süresi olanlarda, 20 yıl ve üzeri meslek süresine sahip olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Genel tükenmişlik puanlarında da 5-<10 yıl ve 10-<15 yıl meslek süresi olanların tükenmişlik puanları, 20 yıl ve üzeri meslek süresine sahip olanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar sonucunda çalışma yılı ile tükenmenin azaldığı bulgusu çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir[88,89]. Çalışma yılı arttıkça tükenmişliğin azalması, bireylerin deneyimle elde ettikleri başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasına bağlanabilir.

Meslekten memnuniyete göre tükenmişlik verileri incelendiğinde her üç alt ölçek için meslekten memnuniyet azaldıkça tükenmişlik anlamlı olarak artmaktaydı. Kişi, kendisini çalışma ortamına ait hissetmezse oluşan çatışma sonucunda ortaya tükenmişlik çıkması muhtemeldir. Bulgularımız daha önceki çalışmalar ile uyumluydu.

Çalışmamızda sigara kullanımına göre tükenmişlik verilerine bakıldığında duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ancak sigara içenlerin, içmeyenlere göre duygusal tükenme ve genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Geçmişte yapılan birçok çalışma tükenmişlik yaşayanların daha fazla sigara ve alkol tükettiğini ortaya koymuştur. Sigara içmek, sağlık çalışanları için işle ilgili sorunlarla ilgili bitkinlik duygularıyla başa çıkmak için bir seçenek olarak görülebilir[9091] .Bu noktada sigara içenlerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı değil, daha fazla tükenmişlik yaşayanların sigara ve alkole yönelme oranının daha fazla olduğunu düşünmek daha akıllıca bir yaklaşım olacaktır. Çalışma sonuçlarımız da bunu göstermektedir.

Psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre tükenmişlik verileri karşılaştırıldığında, psikiyatrik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında duygusal tükenme, kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanları açısından anlamlı farklılık yoktu. Yalnızca duyarsızlaşma alt ölçek puanları psikiyatrik hastalığı bulunanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bunun nedeni duyarsızlaşmanın çeşitli nöropsikiyatrik durumlarla ilişki veya birincil bozukluk olarak ortaya çıkmasından kaynaklanıyor olabilir [92] .

Çalışmamızda pandemi ilişkili durumlar ile tükenmişlik verileri incelendiğinde, pandeminin iş yükünü arttırdığını ifade edenlerin, kke eksikliği yaşayanların ve pandemi nedeniyle ailesi ile ayrı konaklaması gerekenlerin duygusal tükenmişlikleri anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Duyarsızlaşma alt ölçeğinde Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanların, kke eksikliği yaşayanların ve ailesi ile ayrı konaklaması gerekenlerin tükenmişlikleri anlamlı olarak daha yüksekti. Hiçbir durum için kişisel başarı alt ölçeğinde anlamlı farklılık tespit edilmedi. Genel tükenmişlik puanlarına bakıldığında ise Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanların, pandeminin iş yükünü arttırdığını düşünenlerin, kke eksikliği yaşayanların, pandemi sonrası ailesi ile ayrı konaklaması gerekenlerin ve pandemi nedeniyle bir yakını kaybedenlerin genel tükenmişlik puanları anlamlı olarak daha yüksekti.

Çalışma şartları tükenmişlik üzerindeki en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Kötü çalışma şartlarına sahip olanlar daha fazla tükenmişlik yaşamaktadırlar. İş yükü artışı tükenmişlik için bilinen bir risk faktörüdür [68] . Bu doğrultuda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur. KKE eksikliği yaşayanların daha fazla tükenmişlik göstermeleri çalışma şartlarının yetersizliğine bağlı tükenmişliğin artmasından kaynaklanıyor olabilir. Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanların duyarsızlaşma alt ölçeğinde daha yüksek puan almalarını ise hekimin yaşadığı duyarsızlaşma sonucunda işini yerine getirmekte zorluk çekmesi olarak yorumlamak daha doğru olacaktır[63,75].

Çalışmamızda iyilik durumu ölçeği verilerine göre, alınan puanlar 0-25 arasında değişmekte olup ortalaması 9,99'dur. İyilik durumu ölçeğinden alınan toplam puanın 13'ün altında olması kötü yaşam kalitesine işaret etmektedir ve kötü yaşam kalitesi gösteren katılımcıların oranı %74,1'dir.

Yaş gruplarına göre iyilik durumu ölçeği verilerine bakıldığında, 45 yaş altı ve 45-55 yaş grupları arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, 55 yaş üstü grupta iyilik hali puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara baktığımızda yaşlı yetişkinler, genç yetişkinlere göre duygusal düzenleme ve problem çözme yeteneklerini daha fazla kullanma eğilimindedir[93]. Carstensen ve arkadaşları[94] yaptığı bir çalışmada olumsuz duygulanım sıklığının yaşla birlikte azaldığını bulmuştur. Bu bağlamda sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Cinsiyete göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında erkeklerin iyilik durumu puanları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Literatürde kadınlar ve erkekler arasındaki iyi oluş farklılıkları hakkındaki çalışmalar tutarlı sonuçlar

vermemiştir[95] Çalışmalar, kadınların erkeklerden daha sık ve yoğun bir şekilde olumlu ve olumsuz duygular deneyimlediklerini bildirmelerine rağmen, bazı psikolojik iyi oluş boyutlarında kadınlar ve erkekler arasında farklılıklar göstermiştir. Bu tür farklılıklar genellikle yaş, kültür veya oynanan roller gibi diğer faktörlere bağlı olarak değişir[96,97].

Sigara kullanımına göre iyilik hali ölçeği verilerine bakıldığında, sigara içenlerin iyilik hali puanları içmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının 2004' te üniversite öğrencilerinin iyilik hallerini araştırdığı bir çalışmada toplam 936 üniversite öğrencisine ulaşılmış, analizler sonucunda erkek öğrencilerin iyilik halinin serbest zaman boyutunda kız öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan alırken kız öğrenciler de iyilik halinin arkadaşlık ve sevgi boyutlarında erkek öğrencilere göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bunun yanında, karşı cinsten arkadaşı olan, fiziksel egzersiz yapan, sigara ve alkol kullanmayan ya da düşük düzeyde kullanan, dengeli beslenen, geleceğe yönelik olumlu düşünen, aile ve arkadaşlarından sosyal destek alan öğrencilerin iyilik hali düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur[98].

Meslekten memnuniyet arttıkça iyilik hali puanları anlamlı olarak artmaktadır. Pandemi ilişkili veriler ile iyilik durumu ölçeği karşılaştırıldığında, KKE eksikliği yaşamayanların, pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekmeyenlerin ve Covid19 nedeniyle bir yakınını kaybetmeyenlerin iyilik durumu puanları anlamlı olarak daha yüksekti.

Bu sonuçlar iyilik halinin sosyal, çevresel ve mesleki boyutları ile açıklanabilir. Sosyal ve çevresel boyutu; çevreye ve topluma katkıda bulunmayı, etrafımızdaki bireylerle kurulan iletişimi tanımlar. İyi iletişim kurmak, kişisel ilişkilere uyum içinde yaşamak, daha iyi bir yaşam alanı güvenli ve temiz çevrede yaşama yeteneğidir. Sevilen birinin kaybıyla baş etmek son derece üzücü bir deneyimdir. Mesleki boyutu; iş yaşantısındaki çalışma performansı, keyif, mutluluk ve başarıyı bir arada yürütebilme yeteneğidir[99].

Son olarak pandeminin iş yükünü arttırdığını ifade eden hekimlerin oranı %96,2 idi. %38,7 oranında aşılama çalışmalarının, %38,6 oranında özellikli izlem çalışmalarının ve %22,7 oranında diğer çalışmaların iş yükünü arttırdığını belirttiler. KKE eksikliği yaşayan hekimlerin oranı %59,7 idi. Covid 19'a yönelik endişe türlerini puanlamasını istediğimiz katılımcıların en çok endişe duyduğu durum ailesine bulaştırmaktı, ikinci sırada arkadaşlarına/iş arkadaşlarına bulaştırmak, üçüncü

sırada hastalarına bulaştırmak geliyordu. Pandemiye yönelik ihtiyaç duyduğu destek türünü veya türlerini seçmesini istediğimiz katılımcıların %33,2'si takdir/saygı görmeye, %27,5'i tehlike ödemesi almaya, %16,1'i enfeksiyonu önlemeye yönelik eğitim almaya, %14,3'ü psikolojik danışmanlık almaya, %7,8'i çocuk bakım desteği almaya ihtiyaç duyduğunu belirtti.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler genel olarak literatür ile uyumlu sonuçlara sahiptir. Covid 19 pandemisi özelinde değerlendirdiğimiz zaman, pandeminin stres seviyesini artırarak tükenmişlik yaşayan bireylerin tükenmişlik seviyelerini artırdığı ve iyilik hallerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Tükenmişlik, tüm hekimleri olduğu gibi aile hekimlerini de etkileyen önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerde yaşanan tükenmişlik, kişinin meslek hayatında daha çok hata yapmasına, iş veriminin düşmesine ve hastalara karşı ilgi düzeyinin azalmasına neden olmaktadır. Bu yüzden tükenmişlik yaşayan ve iyilik halinde azalma olan hekimlerin tespit edilmesi ve altta yatan sorunların düzeltilmesi hayati önem taşımaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; internet üzerinden uygulanan anket ile veri toplanması,%75,4 ile erkek katılımcılar ile cinsiyet dağılımdaki yüksek farklılık, pandemi süresince aynı kişilere sürekli anket uygulamaları ile progresyon takibinin yapılamaması, kişinin tükenmişliğine ve iyilik halinde azalmaya yol açabilecek nedenlerin nispeten az sorgulanması, depresyon ve stres seviyelerinin ölçülmemesi olarak sıralanabilir.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılan hekimlerin % 73,7'si yüksek seviye duygusal tükenmişlik, % 39,5'i yüksek seviye duyarsızlaşma, % 10,4'ü yüksek seviye kişisel başarı azalması hissi alt ölçeklerinde tükenmişlik yaşamaktaydı.
2. Her üç alt ölçekte birden yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan hekimlerin oranı %5.1'di.
3. İyilik durumu ölçeğine göre hekimlerin%74,1'i kötü yaşam kalitesine işaret ediyordu.
4. Covid 19 pandemisi aile hekimlerinin mevcut olan tükenmişlik düzeylerini arttırmış ve iyilik hallerini olumsuz etkilemiştir.
5. Yaş arttıkça tükenmişlik düzeyleri azalmaktadır.
6. Cinsiyet ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki bulunamamıştır.
7. Bekarlarda duyarsızlaşma alt ölçeğinde tükenmişlik daha yüksektir.
8. Çocuk sahibi olanlarda tükenmişlik daha az görülmektedir.
9. Aile hekimi uzmanlarının kişisel başarı alt ölçeğinde tükenmişlikleri pratisyen aile hekimlerine göre daha yüksektir.
10. Çalışma süresi arttıkça tükenmişlik azalmaktadır.
11. Meslekten memnuniyet arttıkça tükenmişlik azalmaktadır.
12. Sigara içenler daha yüksek tükenmişlik seviyesine sahiptiler.
13. Covid+ hasta/temaslı takibi yapmayanlarda, pandeminin iş yükünü arttırdığını düşünenlerde, kke eksikliği yaşayanlarda, pandemi sonrası ailesi ile ayrı konaklaması gerekenlerde ve pandemi nedeniyle bir yakını kaybedenlerde daha yüksek oranda tükenmişlik gözlenmiştir.
14. 55 yaş üstü grupta iyilik hali puanları anlamlı olarak daha yüksektir.
15. Erkeklerin iyilik hali puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.
16. Sigara içenlerin iyilik hali puanları içmeyenlere göre daha düşüktür.
17. Meslekten memnuniyet arttıkça iyilik hali puanları artmaktadır.
18. KKE eksikliği yaşamayanlarda, pandemi sonrası ailesi ile ayrı yerde konaklaması gerekenlerde ve Covid 19 nedeniyle bir yakınını kaybedenlerde iyilik hali puanları daha düşüktür.

Çalışmamızın sonuçlarına göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada yüksek düzeyde, kişisel başarı hissinde orta düzeyde tükenmişlik seviyelerine sahip olan aile hekimlerinin çoğunluğu kötü yaşam kalitesine sahiptir. Bilimsel ve mesleki alanlarda kendilerini geliştirebilmeleri ve tükenmişlikten korunabilmeleri için, durumun farkında olmaları yanında iş doyumunu yükseltecek ve iyilik halini devam ettirici koşulların hazırlanmasına yönelik kurumsal düzenlemeler yapmak önemli görünmektedir. Araştırmamız bu alanda yapılacak düzenleme çalışmaları için örnek olabilir.

7 KAYNAKLAR

1. Peiris JSM, Guan Y, Yuen KY. Severe acute respiratory syndrome. Nature Medicine 2004 10:12. 2004;10(12):S88-S97.
2. MohZaki A, VanBoheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus ADME, Fouchier RAM. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. N Engl J Med. 2012;367:1814-1834.
3. WHO. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Published 2019. https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome
4. WHO. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Published 2019. https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers
5. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, et al. Thespecies severe acutere spiratory syndrome-related coronavirus: Classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. doi:10.1038/s41564-020-0695-z
6. WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. Published 2022. https://covid19.who.int/
7. Sağlık Bakanlığı. Covid19. Published 2022. https://covid19.saglik.gov.tr/
8. Chan JFW, To KKW, Tse H, Jin DY, Yuen KY. Inter species transmission and emergence of novel viruses: Lessons from bats and birds. Trends Microbiol. 2013;21(10):544-555.
9. Paim FC, Bowman AS, Miller L, et al. Epidemiology of deltacoronaviruses (δ-CoV) and gammacoronaviruses (γ-CoV) in wild birds in the United States. Viruses 2019, Vol 11, Page 897. 2019;11(10):897.
10. Su S, Wong G, Shi W, et al. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. Trends Microbiol. 2016;24(6):490-502.
11. Chan JFW, Kok KH, Zhu Z, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):221.
12. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: Implications for virüs origins and receptor binding. Lancet. 2020;395(10224):565-574.

13. Guimarães PO, Quirk D, Furtado RH, et al. Features, Evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). New England Journal of Medicine. 2022;385(5):406-415.
14. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019;17(3):181-192.
15. Gao WH, Lin XD, Chen YM, et al. Newly identified viral genomes in pangolins with fatal disease. VirusEvol. 2020;6(1).
16. Chang D, Lin M, Wei L, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of novel coronavirus infections involving 13 patients outside Wuhan, China. JAMA. 2020;323(11):1092-1093.
17. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. N Engl J Med. 2020;382(13):1199.
18. WHO. WHO Media Briefing. Published 2020. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
19. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. There productive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. J Travel Med. 2020;27(2):1-4.
20. Guan W jie, Ni Z yi, Hu Y, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. medRxiv. Published online February 9, 2020. doi:10.1101/2020.02.06.20020974
21. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. J MedVirol. 2020;92(4):441-447.
22. Graham Carlos W, dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. COVID-19 Disease due to SARS-CoV-2. Novel Coronavirus. 2020;201(4):P7-P8.
23. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020;395(10223):497-506.
24. Lei J, Li J, Li X, Qi X. CT Imaging of the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) pneumonia. Radiology. 2020;295(1):18.
25. Assiri A, Al-Tawfiq JA, Al-Rabeeah AA, et al. Epidemiological, demographic, and clinical characteristics of 47 cases of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus disease from Saudi Arabia: A descriptive study. Lancet Infect Dis. 2013;13(9):752.

26. Lee N, Hui D, Wu A, et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. N Engl J Med. 2003;348(20):1986-1994.
27. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. JAMA. 2020;323(13):1239-1242.
28. Bhadra S, Jiang YS, Kumar MR, Johnson RF, Hensley LE, Ellington AD. Real-time sequence-validated loop-mediated isothermal amplification assays for detection of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). PLoSOne. 2015;10(4):e0123126.
29. Chan JFW, Choi GKY, Tsang AKL, et al. Development and evaluation of novel real-time reversetranscription-PCR assays with locked nucleic acid probes targeting leader sequences of human-pathogenic Coronaviruses. J Clin Microbiol. 2015;53(8):2722.
30. Zhang W, Du RH, Li B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: Implication of multiple shedding routes. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):386.
31. Fang Y, Zhang H, Xie J, et al. Sensitivity of chest CT for COVID-19: comparisonto RT-PCR. Radiology. 2020;296(2):E115-E117.
32. Huang P, Liu T, Huang L, et al. Use of chest CT in combination with negative RT-PCR assay for the 2019 novel coronavirus but high clinical suspicion. Radiology. 2020;295(1):22-23.
33. Xie X, Zhong Z, Zhao W, Zheng C, Wang F, Liu J. Chest CT for typical 2019-nCoV Pneumonia: Relationship to negative RT-PCR testing. Radiology. 2020;296(2):E41-E45.
34. Shi H, Han X, Jiang N, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. Lancet Infect Dis. 2020;20(4):425.
35. Wang Y, Kang H, Liu X, Tong Z. Combination of RT-qPCR testing and clinical features for diagnosis of COVID-19 facilitates management of SARS-CoV-2 outbreak. J Med Virol. 2020;92(6):538.
36. Wen W, Chen C, Tang J, et al. Efficacy and safety of three new oral antiviral treatment (molnupiravir, fluvoxamine and Paxlovid) for COVID-19 : A meta-analysis. Ann Med. 2022;54(1):516.

37. NIH. Clinical Management of Adults Summary | COVID-19 Treatment Guidelines. Published 2022. https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management-of-adults/clinical-management-of-adults-summary/
38. Rawat D, Roy A, Maitra S, Gulati A, Khanna P, Baidya DK. Vitamin C and COVID-19 treatment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes Metab Syndr. 2021;15(6):102324.
39. Prof. Dr. Mustafa Özdoğan. Uğur Şahin ve Özlem Türeci'nin keşfi olan Biontech-Pfizer aşısı nedir, nasıl etki eder? | Prof. Dr. Mustafa ÖZDOĞAN. https://www.drozdogan.com/ugur-sahin-ve-ozlem-turecinin-kesfi-olan-biontech-pfizer-asisi-nedir-nasil-etki-eder/
40. İstanbul Tabip Odası. Ülkemizdeki COVID-19 aşısı-1: CoronaVac . https://www.istabip.org.tr/6233-ulkemizdeki-covid-19-asisi-1-coronavac.html
41. Aile Hekimliği Wonca Tanımı. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. Published online 2011.
42. ABFM. Definition of Family Medicine.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekiminin Tanımı. Published 2017. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html
44. Ungan M, Yaman H. The development of family medicine as a discipline in Turkey. Gero Fam. Published online 2011.
45. Rakel RE. Textbook of Family Medicine. 9th ed.; 2016.
46. Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiyede Aile Hekimliği. In: Aile Hekimliği Kurs Notları. 2004:23.
47. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını. Published online 1985:115-116.
48. Aksakoğlu G. Çağdaş sağlık anlayışı ve aile hekimliği modeli. Published 2010. https://www.sdplatform.com/Dergi/396/Cagdas-saglik-anlayisi-ve-aile-hekimligi-modeli.aspx
49. WHO, WONCA. Making medical practice and education more relevant to people's needs. Published 1994. https://apps.who.int/iris/handle/10665/62364
50. Algin K, Şahin İ, Top M, Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3).

51. T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Published 2018. https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36134/0/siy2018trpdf.pdf
52. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: training psychologists in professional life span perspectives. Prof Psychol Res Pr. 1985;16(6):741-752.
53. Freudenberger HJ. StaffBurn-Out. Journal of SocialIssues. 1974;30(1):159-165.
54. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. Vol 3.;1977.
55. Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO. Comparing the Maslach Burnout Inventory to other well-being instruments in emergency medicine residents. J Grad Med Educ. 2018;10(5):532.
56. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52(1):397-422.
57. Sahin S, Guler H. The Effects of the levels of burnout midwives working in Ağrı on the job satisfaction and empathic tendencies of them. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(2):141.
58. Tanrıverdi H, Sarıhan M. İşe bağlılığın tükenmişlik ve depresyon üzerindeki etkileri: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. Business and Management Studies: An International Journal. 2014;1(2):206.
59. Etzion D, Eden D, Lapidot Y. Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite. Journal of Applied Psychology. 1998;83(4):577-585.
60. Wright TA, Bonett DG. The contribution of burnout to work performance. J Organ Behav. 1997;18(5):491-499.
61. Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. John Wiley&Sons; 2008.
62. Croucher R, Osborne D, Marcenes W, Sheiham A. Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom. Communuty Dental Health. Published online 1998.
63. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
64. Okray Z, Abatay B. Birinci basamak temel sağlık ve yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin tükenmişlik sendromu ve iş doyumlarının karşılaştırılması. Turkish International Journal of Special EducationandGuidance&Counseling. 2015;4(2).

65. Greenglass E, Burke R. Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. SexRoles. 1988;18(3):215-229.
66. Yatkın Ö, Yılmazer M. The Evaluation of Burnout Syndrome and Job Satisfaction in Tourism and Food and Beverages Departments. International Journal of Contemporary Tourism Research. 2017;1:8-16.
67. Sen HT, Yilmaz FT, Unuvar OP, Demirkaya F. Emphatic skill levels of primary health care workers. J Psychiatr Nurs. 2012;3(1):6-12.
68. Leiter MP, Maslach C. Six areas of work life: a model of the organizational context of burnout. J Health Hum Serv Adm. 1999;21(4):472-489.
69. Maslach C, Leiter M. A Mediation Model of Job Burnout.; 2005.
70. Reed T. Burn-Out: Stages of disillusionment in the helping professions. by Jerry Edel which and Archie Brodsky. New York: Human Sciences Press, 1980. NASSP Bulletin. 2016;65(445):106-106.
71. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
72. Beverly Potter. Overcoming Job Burnout: How to Renew Enthusiasm for Work. Ronin Publishing; 2009.
73. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Applied and Preventive Psychology. 1998;7(1):63-74.
74. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health Care Manage Rev. 2008;33(1):29-39.
75. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: A cross-sectionalstudy. Psychol Health Med. 2012;17(2):188-195.
76. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, et al. Dünya Sağlık Örgütü-5 İyilik Hali Endeksi geçerliği: Annenin iyilik hali ve bununla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2015;26(1):48-55.
77. Baltaş Acar. İyilik Haline Derinlemesine Bir Bakış. Published 2021. https://www.acarbaltas.com/iyilik-haline-derinlemesine-bir-bakis/
78. Diener E, Suh EM. Culture and Subjective Well-Being.; 2003.
79. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-1081.

80. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. National Academies Press; 2019.
81. Gavin B, Hayden J, Adamis D, McNicholas F. Caring for the psychological Well-Being of healthcare professionals in the Covid-19 pandemic crisis. IrMed J. 2020;113(4):51.
82. Çankaya M. COVID-19 pandemisi ve sağlık çalışanlarının iyilik hali değişimi. In: International Congress on Social Sciences 7. ; 2020:446-460.
83. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being index: A systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2015;84(3):167-176.
84. Fumis RRL, Costa ELV, Dal'Col SVC, Azevedo LCP, PastoreJunior L. Burnout syndrome in intensive care physicians in time of the COVID-19: A cross-sectional study. BMJ Open. 2022;12(4):e057272.
85. Seda-Gombau G, Montero-Alía JJ, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Impact of the COVID-19 Pandemic on burnout in primary care physicians in Catalonia. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(17):9031.
86. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline health care professionals at thepeak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020;290:113129.
87. Tok Ş, Şerik B, Ekerbiçer HÇ, et al. Sakarya'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Sakarya Medical Journal. 2017;7(1):1-1.
88. Aslan S, Aslan R, Alparslan Z. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1997;2:132-136.
89. Aslan H, Gürkan B, Alparslan N. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7:39-45.
90. Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyễn TTC, Grappasonni I. Public health and burnout: A survey on life style changes among workers in the healthcare sector. Acta Biomed. 2019;90(1):24-30.
91. Alqahtani AM, Awadalla NJ, Alsaleem SA, Alsamghan AS, Alsaleem MA. Burnout Syndrome among emergency physicians and nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, South western SaudiArabia. Scientific World Journal. 2019;2019.

92. Sierra M, Gomez J, Molina JJ, Luque R, Mu??oz JF, David AS. Depersonalization in psychiatric patients. J Nerv Ment Dis. 2006;194(5):356-361.
93. Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. Int J GeriatrPsychiatry. 2012;27(3):262-270.
94. Carstensen LL, Fung HH, Charles ST. Socioemotional celectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. Motiv Emot. 2003;27(2):103-123.
95. Ferguson LJ, Gunnell KE. Eudaimonic Well-being: A gendered perspective. Published online 2016:427-436.
96. Karasawa M, Curhan KB, Markus HR, et al. Cultural perspectives on aging and well-being: A comparison of Japan and the United States. 2011;73(1):73-98.
97. Chrouser Ahrens CJ, Ryff CD, C Ahrens CJ, Ryff CD. Çoklu roller ve esenlik: Sosyodemografik ve psikolojik moderatörler. Springer. 1995;55(11-12):801-815.
98. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi;2004.
99. Karaduman S. Wellness nedir? Neden Önemlidir? 2018.

8 EKLER

8.1 Ek-1:Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyetiniz?
    A. Erkek
    B. Kadın
3. Medeni Durumunuz?
    A. Evli
    B. Bekar
    C. Boşanmış/Dul
4. Çocuğunuz var mı?
    A. Evet
    B. Hayır
5. Unvanınız:
    A. Aile Hekimi
    B. Aile Hekimliği Uzmanı
6. Meslekteki Yılınız:
    A. 0-<5 Yıl
    B. 5-<10 Yıl
    C. 10-<15 Yıl
    D. 15-<20 Yıl
    E. 20 Yıl ve üzeri
7. Aile Hekimliğinden memnun musunuz?
    A. Evet
    B. Kısmen
    C. Hayır
8. Sigara içiyor musunuz?
    A. Evet
    B. Hayır
9. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
    A. Var (Varsa hastalık isimlerini belirtiniz.)…….……
    B. Yok

8.2 Ek-2: Pandemi İlişkili Veri Formu

1. Covid+ hasta/temaslı takibi yapıyor musunuz?

A. Evet.

B. Hayır.

2. Pandeminin iş yükünüze olan etkisini nasıl yorumlarsınız? (Cevabınız değişmedi veya azaldı ise 12. Soruya geçiniz.)

A. Arttı.

B. Değişmedi.

C. Azaldı.

3. İş yükünüzü arttırdığını düşündüğünüz çalışma nedir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

D. Özellikli izlem çalışmaları

E. Aşılama çalışmaları

F. Diğer

4. Kişisel Koruyucu Ekipman eksikliği yaşıyor musunuz?

A. Evet

B. Hayır

5. Pandemi sonrası aileniz ile ayrı yerlerde konaklamanız gerekti mi?

G. Evet

H. Hayır

6. Covid 19 için test edildiniz mi?

İ. Evet

J. Hayır

7. Covid 19 nedeniyle karantinaya alındınız mı?

A. Evet

B. Hayır

8. Yakınlarınızdan birisinde Covid 19 tespit edildi mi?

A. Evet
B. Hayır

9. Covid 19 nedeniyle bir yakınınızı kaybettiniz mi?

A. Evet
B. Hayır

10. Pandemiye ait endişelerinizi puanlayınız.

(0,1,2,3,4,5 0=en az ; 5=en çok)

A. Covid 19 olmak: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
B. Aileme bulaştırmak: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
C. Arkadaşlarıma/iş arkadaşlarıma bulaştırmak: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
D. Hastalarıma bulaştırmak: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
E. Çocuk bakımımı yerine getirememek: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

11. İhtiyaç duyduğunuz destek türlerini işaretleyiniz, birden fazla işaretleyebilirsiniz.

A. Aşağıdakilerden hiçbirisi
B. Takdir/saygı görmek
C. Tehlike ödemesi almak
D. Enfeksiyon önlemeye yönelik eğitimlerin sağlanması
E. Çocuk bakım desteği
F. Psikolojik danışmanlık

8.3 Ek-3: MTÖ-SP Formu

Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Sağlık Personeli Formu:

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. (0=hiçbir zaman, 1=çok nadir, 2=nadir, 3=bazen, 4=sıklıkla, 5= fazla sıklıkla, 6=her zaman)

	Ne sıklıkla bu şekilde hissediyorsunuz?	0	1	2	3	4	5	6
1.	İşimden soğuduğumu hissediyorum.							
2.	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.							
3.	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.							
4.	Hastalarımın ne hissettiğini kolaylıkla anlarım.							
5.	Bazı hastalara sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.							
6.	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.							
7.	Hastalarımın 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 giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.							
12.	Kendimi çok enerjik hissediyorum.							
13.	İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.							
14.	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.							
15.	Bazı hastalara ne olduğu umrumda değil.							
16.	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.							
17.	Hastalarımla aramda rahat bir hava yaratırım.							
18.	Hastalarımla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.							
19.	Bu işte çok değerli şeyler başardım.							
20.	Yolun sonuna geldiğimi her şeyin bittiğini hissediyorum.							
21.	İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.							
22.	Hastaların bazı sorunları için beni suçladığını hissediyorum.							

8.4 Ek-4: DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği

DSÖ-5 İyilik Hali Ölçeği:

Aşağıdaki beş tanımlamadan her biri için, son iki hafta süresince kendinizi nasıl hissettiğinize en yakın olan yanıtı veriniz. Daha büyük sayıların daha iyi bir iyilik hali anlamına geldiğine dikkat ediniz.
(5=Her zaman, 4= çoğu zaman, 3= geçen zamanın yarısından çoğunda, 2=geçen zamanın yarısından daha azında, 1=bazen, 0=hiçbir zaman)

	Son iki hafta boyunca	Her zaman	Çoğu zaman	Geçen zamanın yarısından çoğunda	Geçen zamanın yarısından daha azında	Bazen	Hiçbir zaman
1	**Kendimi neşeli ve keyifli hissettim**	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1	☐0
2	**Kendimi sakin ve gevşemiş hissettim**	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1	☐0
3	**Kendimi aktif ve dinç hissettim**	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1	☐0
4	**Sabahları kendimi taze ve dinlenmiş hissederek uyandım**	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1	☐0
5	**Günlük yaşantım beni ilgilendiren şeylerle dolu**	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1	☐0

8.5 Ek-5: Etik Kurul Onay Yazısı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/19-20	Tarih:23.06.2021
	Prof.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"Covid 19 Pandemisinin Aile Hekimlerindeki Tükenmişlik Düzeyi ve İyilik Hali İle İlişkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒