

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



COVID-19 PANDEMİSİ SÜRESİNCE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İKİNCİL  
TRAVMATİZASYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ RİSK  
FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. NESLİHAN DURAN

**TEZ DANIŞMANI**

Doç.Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2022

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRESİNCE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İKİNCİL  
TRAVMATİZASYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ RİSK  
FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. NESLİHAN DURAN

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. HÜLYA ERTEKİN

## TEŞEKKÜR

Tezimin tasarlanması ve ortaya konması sürecince destekleri ve önerileriyle bana yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Hülya ERTEKİN'e

Mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerinden faydalandığım, uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Demet Güleç Öyekçin'e, Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik'e, Dr. Öğr. Üyesi Erhan Akıncı'ya ve hastanemiz eski öğretim üyesi Doç. Dr Halil İbrahim Taş'a, zor ve zahmetli istatistik hesaplamaları sürecinde destek ve ilgisini hissettiren aynı zamanda canım arkadaşım Uzm. Dr. Buse Yüksel'e,

Asistan hekimlik sürecinde çalışmaktan keyif aldığım, her zorluğu birlikte aştığımız güzel dostlukları ile yaşamımı güzelleştiren meslektaşlarım Dr. Berke BETİN ve Dr. İlhan Ahmet ÇETİNER'e ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, ekip olmanın anlamını hissettiren psikiyatri hemşire, personel ve sekreter arkadaşlarıma,

Hayatın her alanında bana yol gösteren, her zaman arkamda olan ablam Nurcihan DURAN HASANÇEBİ ve abim Özgür HASANÇEBİ' ye; eğitim hayatım boyunca ve özellikle tez yazma sürecinde mesleki deneyimlerini benden esirgemeyen aynı zamanda meslektaşlarım olan ablam Uzm. Dr. Nagihan DURAN YAKAR ve abim Uzm. Dr. Mehmet Nuri YAKAR' a; koşulsuz sevgileri ile her daim desteklerini arkamda hissettiğim, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan canım annem ve canım babama en içten teşekkürlerimle....

Dr. Neslihan DURAN

ÇANAKKALE - 2022

## ÖZET

### COVID-19 PANDEMİSİ SÜRESİNCE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İKİNCİL TRAVMATİZASYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Giriş- Amaç:** COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünde ikincil travmatik stres ve tükenmişlik belirtileri gelişmektedir. Hekimlerin tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi, hemşirelerin ise İkincil travmatik stres belirtileri en yüksek düzeydedir. Henüz önüne geçilememiş olan COVID-19 enfeksiyonunu tespit ve tedavi etmekle sorumlu olan, hem fiziksel hem de psikolojik baskı altında kritik kararlar vermek zorunda kalan sağlık çalışanları, mesleklerinin doğası gereği enfekte olan hastalarla yoğun iletişime maruz kalmaktadırlar. COVID-19 pandemisinden dolayı sağlık çalışanlarının arasında; genel topluma göre daha fazla enfeksiyon kapma-hatta hayati risk, çalışma koşulları ile nedeniyle yaşanan yoğun baskı ve stres ve bununla beraber tükenmişlik belirtileri gösterme riskinde artış gözlemek muhtemeldir. Bu çalışmamızda COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarında oluşabilecek tükenmişlik ve ikincil travmatik stres düzeyi ile ilgili risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Şubat 2021 - Temmuz 2021 tarihleri arasında aktif olarak çalışmakta olan asistan hekim, hemşire ve temizlik-hasta bakım personelinin katılımıyla 379 kişi ile tamamlanmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik veri formu, Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği, İkincil travmatik stres ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif olarak çalışan hekim, hemşire ve sağlık personeli olarak görevli 379 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmaya %60,2'si (n=228) kadın, %39,8'i (n=151) erkek olmak üzere 379 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 30,2±6,1 yıl, ortancası 29,0 (min: 18,0-55,0) yılıdır. Çalışanlarda yaş, cinsiyet, mesleki deneyim ve haftalık mesai saati faktörleri; tükenmişlik,

İkincil travmatik stres ve yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmamıştır. Aşırı iş yükü ve damgalanma, tükenmişliği olumsuz yönde etkilediği; yeterli eğitim, ekonomik ve psikolojik destek faktörlerinin tükenmişliği olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Yapılan logistik regresyon analizinde; hekim olmanın tükenmişliğin alt ölçekleri duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı hemşire ve sağlık personeline kıyasla ( OR sırasıyla 3,3; 3,2 ve 2,15;2,16) daha fazla yordadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırmamızda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmış ve bulgulara dayalı olarak; ikincil travmatik stres düzeyi arttıkça eş duyum yorgunluğunun ve tükenmişlik düzeyinin arttığı ve mesleki tatmin düzeyinin azaldığı görülmektedir. Güçlü bir sağlık hizmetine ihtiyacımız olan bu COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi önlemek ya da azaltmak için bu değişkenlerin dikkate alınması, buna göre önlemler alınması ve sağlık politikaları düzenlenmesi yararlı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** COVID -19, Sağlık çalışanları, Tükenmişlik, İkincil travmatik stres, Çalışanlar için yaşam kalitesi, Pandemi

## ABSTRACT

### ANALYSIS OF THE RISK FACTORS RELATED TO THE SECONDARY TRAUMATIZATION AND BURNOUT IN HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING COVID-19 PANDEMIC.

**Introduction- Aim:** During the Covid-19 pandemic, traumatic stress and burnout symptoms have been developing a big part of healthcare workers. Among physicians, emotional exhaustion and depersonalization, which are the sub divisions of burnout, are the highest level while secondary traumatic stress symptoms are the highest level among nurses. Healthcare workers, who are responsible for detecting and treating the COVID-19 infection which has not yet been mitigated and who have to make critical decisions under both physical and psychological pressure, are exposed to intense communication with infected patients due to the nature of their profession. It is possible to observe increasing of infection and mortality rate, intense pressure and stress due to working conditions and the risk of showing signs of burnout in healthcare workers compared to the general population owing to COVID-19 pandemic. In this study, it was aimed to determine the risk factors related to burnout and secondary traumatic stress level that may occur in healthcare workers during the COVID-19 pandemic.

**Method:** Our study was completed with 379 people, with the participation of assistant physicians, nurses and cleaning-patient care personnel who actively worked at Çanakkale Onsekiz Mart University Research and Application Hospital between February 2021 and July 2021. Sociodemographic data form, Quality of life scale for employees, Secondary traumatic stress scale, Maslach burnout scale were applied to the participants.

**Results:** It consists of 379 participants working as physicians, nurses and health personnel actively working at Çanakkale Onsekiz Mart University Research and Application Hospital. A total of 379 people, including 60.2% (n=228) women and 39.8% (n=151) men, were included in the study. The mean age of the participants was 30.2±6.1 years, and the median was 29.0

(min: 18.0-55.0) years. It is observed that there is no statistically significant effect of age, gender, professional experience and weekly working hours of the participants on burnout, secondary traumatic stress and quality of life. It was concluded that; excessive workload and stigma have negative effect on burnout, adequate education, economic and psychological support factors have positive effect on burnout nevertheless. In the logistic regression analysis; It was found that being a physician aggravated emotional exhaustion and depersonalization which are the subscales of burnout, compared being a nurse or health personnel (OR was 3.3;3.2 and 2.15;2,16, respectively).

**Conclusion:** The findings of our research were discussed in the light of the literature and based on the findings; It is observed that as the level of secondary traumatic stress and burnout increases, the level of empathy fatigue and burnout also increases and the level of professional satisfaction decreases. In this COVID-19 pandemic that we need a strong health service, it may be beneficial to take these variables into account and take precautions accordingly, and regulate health policies in order to prevent or reduce burnout and secondary traumatic stress in health care workers.

**Key words:** COVID-19, Healthcare workers, Burnout, Secondary traumatic stress, Quality of life for employees, Pandemic

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
EKLER.....	xi
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xii
TABLolar .....	xiii
1- GİRİŞ – AMAÇ .....	1
2 –GENEL BİLGİLER .....	2
2. 1 PANDEMİ.....	2
2.1.1 Pandemi Kavramı.....	3
2.1.2 Pandeminin Özellikleri.....	3
2.1.3 Pandemide Riskli Gruplar .....	4
2. 2 CORONAVİRÜSLER	
2.2.1 Coronavirüs Ailesi .....	5
2.2.2 Coronavirüs Yapısı .....	6
2.2.3 COVID-19 Bulaş Yolları.....	6
2.2.4 COVID-19 Klinik Bulguları .....	7
2.2.5 COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi .....	9
2. 3 TÜKENMİŞLİK	
2.3.1 Tükenmişlik nedir? .....	9
2.3.2 Tükenmişlik Nedenleri.....	11
2.3.3 Tükenmişlik Risk Etkenleri .....	13
2.3.4 Tükenmişlik Belirtileri.....	14



2.3.5 Tükenmişliğin Evreleri .....	14
2.3.6 Tükenmişliğin Dereceleri .....	15
2.3.7 Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme stratejileri .....	16
<b>2. 4 İKİNCİL TRAVMATİK STRES</b>	
2.4.1 Travma ve İkincil Travmatik Stres Kavramı .....	17
2.4.2 İkincil Travmatik Stres Belirtileri .....	18
2.4.3 İkincil Travmatik Stres Risk Faktörleri .....	20
2.4.4 İkincil Travmatik Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri .....	21
2. 5 Tükenmişlik ve İkincil Travmatik Stres İlişkisi .....	22
2. 6 COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik- İkincil Travmatik Stres .....	23
<b>3- GEREÇ – YÖNTEM</b> .....	25
3. 1 Etik İzin.....	25
3. 2 Evren ve Örneklem.....	25
3. 3 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri .....	26
3. 4 Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu .....	26
3.4.2 İkincil Travmatik Stres Ölçeği .....	26
3.4.3 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	27
3.4.4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	28
3. 5 İstatistiksel Veri Analizi.....	29
<b>4- BULGULAR</b> .....	30
<b>5- TARTIŞMA</b> .....	85
5. 1 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçek puanları ile bulgularımızın karşılaştırılması.....	85
5. 2 Maslach Tükenmişlik Ölçek puanları ile bulgularımızın karşılaştırılması.....	89

5.3 İkincil Travmatik Stres Ölçek puanları ile bulgularımızın karşılaştırılması.....	95
5.4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Korelasyon Karşılaştırılması .....	98
5.5 Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt ölçek Yordayıcılarının Karşılaştırılması .....	100
<b>6. SINIRLILIKLAR .....</b>	<b>101</b>
<b>7. SONUÇ – ÖNERİLER.....</b>	<b>101</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	
<b>EKLER</b>	

## EKLER

EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

EK 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

EK 4: İkincil Travmatik Stres Ölçeği

EK 5: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği



## KISALTMALAR VE SİMGELER

Bilgisayarlı tomografi	BT
Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği	ÇİYKÖ
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması 11	ICD-11
İkincil travmatik stres ölçeği	İTSÖ
Maslach tükenmişlik ölçeği	MTÖ
Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü	MERS-CoV
Polimeraz zincir reaksiyonu	PCR
Reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu	RT- PCR
Akut solunum sendromu koronavirüsü	SARS-CoV

## TABLULAR

- Tablo 1 Travmatik stres bozukluğu ve ikincil travmatik stres belirtileri
- Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve fiziksel/ruhsal hastalık varlığı
- Tablo 4.2 Katılımcıların alışkanlık profili
- Tablo 4.3 Katılımcıların mesleki özellikleri
- Tablo 4.4 Katılımcıların ailesel özellikleri
- Tablo 4.5 Pandemi döneminde çalışma koşulları
- Tablo 4.6 Sosyoekonomik faktörlerin değerlendirilmesi
- Tablo 4.7 Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.8 Mesleki deneyime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.9 Haftalık mesai saatine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.10 Eğitime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.11 Meslek grubuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.12 Ruhsal hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.13 Fiziksel hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.14 COVID-19 servislerinde çalışma süresine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.15 COVID-19 servislerinde çalışma düzenine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.16 COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü/sorumluluklara maruz kalma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 4.17 COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.18 COVID-19 servislerinde çalışmak için sağlanan eğitime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.19 COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.20 Ekonomik anlamda destek görme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.21 Ülke pandemi yönetimi değerlendirilmesine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.22 Psikolojik destek ihtiyacına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.23 Yaş İle Ölçek Puanlarının Korelasyonları

Tablo 4.24 Hekim meslek grubunda yaş İle ölçek alt puanlarının korelasyonları

Tablo 4.25 Hemşire meslek grubunda yaş İle ölçek alt puanlarının korelasyonları

Tablo 4.26 Sağlık personeli meslek grubunda yaş İle ölçek alt puanlarının korelasyonları

Tablo 4.27 Tüm katılımcıların yaş İle ölçek alt puanlarının korelasyonları

Tablo 4.28 Duygusal Tükenme Alt Ölçek puanını etkileyen risk faktörleri

Tablo 4.29 Duyarsızlaşma Alt Ölçek puanını etkileyen risk faktörleri

## 1- GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmişten günümüze pandemiler, çok sayıda can kaybına, fiziksel ve ruhsal problemlere neden olan ciddi halk sağlığı sorunudur(1). Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019'da ortaya çıkan COVID-19 virüsü, tüm dünyaya yayılmış ve ülkelerin sağlık sistemlerini sarsmıştır. Salgınlar gibi kitlesel travmalara sebep olan durumlarda en yüksek risk taşıyan ve en çok etkilenen grup, sağlık sistemin en önemli parçalarından biri olan sağlık çalışanlarıdır (2).

Sağlık çalışanlarının travma mağdurlarıyla çalışması ikincil travmatik stres yaratmakta ve yaşadıkları stres nedeniyle sağlık çalışanlarının tükenmişlik belirtileri gösterdiği görülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinden travmatize edici olayı hatırlatan faktörlerden kaçınma belirtileri, travma mağdurlarında olduğu gibi mağdurlarla çalışan kişilerde de görülebilir. Dominguez- Gomez ve ark. (2009) acil servis biriminde çalışan hemşireler ile yaptığı bir çalışmada hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeylerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin %54'ünde aşırı uyarılma, %52'sinde kaçınma ve %46'sında istemsiz girici düşünce belirtilerinin bulunduğu saptanmıştır (3). Erdoğan ve Hocoğlu (2020), COVID-19 pandemisi devam ederken sağlık çalışanlarının bir kısmının, hastaların takip ve tedavisini yaparken enfekte olma endişesi nedeniyle işe gitmemeyi tercih ettikleri ve kaçınma davranışı sergilediklerini vurgulamıştır (4). Zara ve İçöz (2015)'ün örneleyici durumlarla karşılaşmış kişilere müdahale eden hemşirelerle yaptığı çalışmada; hemşirelerin %44.9' nun yüksek düzeyde eşduyum yorgunluğu belirtileri gösterdiği, %25.4'ünün çok yüksek düzeyde eşduyum yorgunluğu belirtileri gösterdiği saptanmıştır (5).

COVID-19 pandemisi sırasında iş yükünün artması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin stresli koşullar altında uzun saatler çalışmak zorunda kalması, bulaş korkusu ve aile üyelerine hastalık taşıma kaygısının hekimlerde travmatik strese ve psikolojik baskıya neden olabileceği öngörülmektedir (6). Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında genel topluma göre daha fazla enfeksiyon kapma ve hayati risk ile beraber tükenmişlik belirtileri görülme

olasılığı yüksektir (7). Bu çalışmamızda; pandemi sürecinin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini görmek ve risk faktörlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## 2- GENEL BİLGİLER

### 2.1.1 Pandemi Kavramı

Bir enfeksiyon etkeninin; belirli bir zaman diliminde belirli bir popülasyonda, doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi ile çok sayıda canlıda hastalık oluşturması salgın hastalık olarak tanımlanır. Salgın hastalıklar, çağlar öncesinden beri yaşamı tehdit eden küresel krizlerdir. Salgın hastalıklar günümüzde, geçmişe nazaran çok daha hızlı yayılım göstermeleri nedeniyle tüm dünyayı kısa zamanda etkisi altına almaktadır (8).

Pandemi kelimesi (eski Yunan dilinde: pan: tüm, demos: insanlar), bir kıta, hatta tüm dünyayı etkisi altına alan salgın hastalıkların genel adıdır (9) .

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre hastalıkların pandemiye neden olması için;

- a) İnsanlık tarihinde daha önce rastlanmamış bir hastalığın ortaya çıkışı,
- b) Enfeksiyon etkeninin insanları kolayca enfekte edebilme özelliği,
- c) Enfeksiyon etkeninin insandan insana hızlıca yayılım göstermesi,
- d) Enfeksiyon etkenine karşı çok az sayıda insanda immünitinin olması ve hastalığın yayılım gösterdiği zaman diliminde henüz aşısının olmaması gerekmektedir (10).

Bulaşıcı hastalıkların salgın haline gelmesi için belirli bir seyir göstermesi gerekir. Bir hastalık etkeninin, pandemiye sebep olması için çok yaygın görülmesi ve çok sayıda ölüme neden olmasının yanında bulaşıcılık özelliğinin de olması gerekmektedir. Örnek olarak kanser, ölümlere sebep olabilen bir hastalık olmasına rağmen bulaşıcı bir hastalık olmadığı için pandemilere sebep olmamaktadır. Hastalık etkenin sağlıklı bireylere hızlıca bulaşması akut ve şiddetli seyretmesi, bu hastalığa yakalananların ölmesi ya da tamamen iyileşmesi, iyileşen hastalarda kalıcı veya uzun süreli bağışıklık



geliştirmesi bulaşıcı hastalıkların tipik özelliğidir. Salgın hastalıkların geçmişine baktığımızda, veba, kolera, ebola, çiçek, sifiliz, sıtma, tüberküloz, grip ve AIDS gibi farklı ve pek çok bulaşıcı hastalığın pandemilere sebep olduğu görülmüştür (8).

Dünyanın herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan salgın; ülkeler arasındaki hızlı ve modern ulaşım olanakları ile çok hızlı bir şekilde yayılarak bütün ülkeler için ciddi bir halk sağlığı tehdidi yaratmaktadır (11).

Pandemi döneminde, sağlık sistemini zorlayan kronik hastalıklara, salgına bağlı hasta sayısındaki artışın da eklenmesi ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri olumsuz etkilenmektedir (12).

### **2.1.2 Pandeminin Özellikleri**

1. Pandemiler tüm dünyayı farklı şekillerde farklı şiddetlerde etkileyen ve etkileyebilme olasılığı yüksek olan örseleyici bir durumdur.
2. Canlı veya cansız organizmalarla ortaya çıkmıştır fakat insan eliyle şiddeti artan bir afettir.
3. Salgınların beklenmedik zamanlarda ve hızlı yayılım gösteren bir tablo ortaya çıkarması nedeniyle afeti önleme müdahalelerinde ilgili kurumlar gereken önlemleri almakta geç kalmışlardır.
4. Süreğen olması, ne kadar süreceğinin öngörülememesi, belirsizliğin hakim olması nedeniyle diğer kitlesel travmalardan ayrılır.
5. Salgın hastalıkların bulaşma yollarını en aza indirmek amacıyla uygulanan sosyal izolasyon ve karantina bireylerin özel hayatlarını, sosyal hayatlarını ve hatta meslek hayatlarını değiştirmiş ve psikososyal olumsuz etkileri olmuştur (13).
6. Pandemi; bireylere hayatın tüm alanlarında olduğu gibi sosyal alanda da; sokağa çıkma yasakları, şehirler arası ulaşım kısıtlamaları gibi çeşitli zorluklar yaşatmıştır. Çalışma düzenleri değişmiş ve çeşitli meslek gruplarının (sanatçı, esnaf, kuaför, müzisyen gibi) mesleklerini sürdürmeleri engellenmiş ve bu da bireylerin ekonomik zorluklar yaşamasına neden olmuştur.

7. Uygulanan sosyal izolasyon ve karantina her türlü şiddet türünde artışa neden olmuştur (14).

8. Pandemi birçok kayba yol açmaktadır. Yaşamını yitirenlerin ardından cenaze törenleri alışıldık şekilde yapılamamakta, toplu halde yas tutulması mümkün olmamaktadır. Bu kayıpların ardından olağan şekilde yas tutmak mümkün olmadığı için uzun vadede gerektiği gibi tutulamayan yaslarla ilgili karmaşık yas tepkilerinin görülmesi beklenebilir (15).

### **2.1.3 Pandemide Riskli Gruplar**

Pandemi tüm dünyayı ilgilendiren bir durum olsa da her bireyde aynı etkiyi göstermemektedir. Bazı kişiler ilk günlerde yoğun sıkıntılar yaşayıp günler içinde uyum sağlarken, ilk günlerde hiç etkilenmemiş gibi görünen ve travma çalışmaları sırasında sıkça alışık olduğumuz gibi ruhsal desteği reddeden kişiler zaman içinde ruhsal belirtiler geliştirebilmektedir. Bu kişiler ruhsal hastalıklar için daha büyük risk altındadır. Hayatımıza yeni girmiş olan COVID-19 virüsü henüz tam bir netlik kazanmamış olması nedeniyle ruh sağlığı sorunları ve öncelikli müdahalesi gereken risk grupları da yeni tanımlanmaktadır (15).

Dünya Sağlık Örgütü (2014) :

1. Enfekte olma riski altındaki kişileri (hastalarla teması olmuş ya da sağlık çalışanları gibi işi nedeniyle sürekli temasta olması gerekenler),
2. Virüs nedeniyle hayatını kaybedenlerin yakınlarını,
3. Göçmenleri,
4. Yaşamını kendi başına sürdüremeyecek olanları salgın hastalıklarda dezavantajlı gruplar olarak tanımlar (16).

Çin Ulusal Sağlık Komisyonu COVID-19 pandemisi sırasında ruh sağlığı müdahaleleri için farklı öncelikli gruplar tanımlanmıştır.

1. Doğrulanmış ve şüphelenilen enfeksiyonları olan hastalar,
2. Sağlık personeli,
3. Hastalarla yakın temasta bulunanlar (örneğin, aile üyeleri, meslektaşlar)
4. Tıbbi tedavi almayı reddedenler,

5. Duyarlı gruplar (örneğin, yaşlılar, çocuklar ve hamile kadınlar),
6. Genel halk (17).

Jiang ve arkadaşları (2020) ise Şangay'da COVID-19 salgını sırasında etkilenen kişilere psikolojik kriz yönetimi için 4 riskli grup derecesi belirlemişlerdir:

1. Şiddetli COVID-19 belirtileri olan hastalar, doğrudan COVID-19 servis ve polikliniklerinde çalışan sağlık personeli, COVID-19 araştırmacıları ve idari personel,
2. Hafif COVID-19 belirtileri olan hastalar, yakın temasta bulunanlar, şüpheli hastalar veya tedavi için hastaneye gelen ateşli hastalar
3. Birinci ve ikinci grupta yer alan kişilerin aile üyeleri, meslektaşları veya arkadaşları gibi ilişkide bulunduğu kişiler; yöneticiler, idari personel veya gönüllüler gibi yardım hizmeti verenler
4. Etkilenen bölgelerdeki insanlar, duyarlı gruplar veya genel halk (18)

## **2.2 Coronavirüsler**

### **2.2.1 Coronavirüs Ailesi**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre viral hastalıklar halk sağlığı için ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Yakın zamanda kaydedilen viral enfeksiyonlar; 2002-2003 yılları arasında şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV), 2009'da H1N1 influenza virüsü ve ilk olarak 2012'de Suudi Arabistan'da Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) ortaya çıkmış ve salgınlara neden olmuştur.

En yakın zamanda ise; Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019 tarihinde sebebi bilinmeyen solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiştir. Etiyolojik ajan kısa bir süre içinde anlaşılamadığı için ilk vakalar "nedeni bilinmeyen pnömoni" olarak sınıflandırılmıştır. Gerekli araştırmalar

neticesinde, hastalık etkeninin koronavirüs (CoV) ailesine ait yeni bir virüs olduğu bildirilmiştir. DSÖ Genel Müdürü Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 11 Şubat 2020' de, yeni CoV' un neden olduğu hastalığı, "koronavirüs hastalığı 2019" un kısaltması olan "COVID-19 hastalığı" olarak açıklamıştır. COVID-19 virüsü, Ocak 2020 sonlarına doğru Avrupa ve Amerika ülkelerinde varlığını göstermiş ve sonununda birçok ülkeye yayılmış, 10 Mart 2020'de Türkiye'de ilk vaka tespit edilmiş ve yine 10 Mart 2020 itibariyle DSÖ COVID-19 salgınına "Pandemi" olarak değerlendirmiştir (19).

### **2.2.2 Coronavirüs Yapısı**

Koronavirüsler, insanlar ve hayvanlar (memeliler, kuşlar) arasında dağılan; solunum, bağırsak, karaciğer ve nörolojik hastalıklara neden olan tek sarmallı pozitif kutuplu zarflı RNA virüsleridir (20). Zarfları üzerinde bulunan ve konakçı hücreye girmek için kullanılan S proteinlerinin, taç benzeri (Latince'de korona: Taç) bir görünümünde olması nedeniyle bu virüslere coronavirüsler denilmektedir (21).

Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi'ne göre Nidovirales takımının, Coronaviridae familyasının, Coronavirinae alt familyası içerisinde yer almaktadır (22). Altı koronavirüs türünün insanda hastalığa neden olduğu bilinmektedir. Özellikle şiddetli SARS-CoV ve MERS-CoV virüsü hayvansal kaynaklı ve zaman zaman ölümcül olabilmektedir (23).

### **2.2.3 COVID-19 Bulaş Yolları**

COVID-19 virüsünün; konuşma, öksürük, hapşırık gibi doğrudan damlacık yoluyla ya da bu damlacıklara temas sonucu hastalığa yakalanmış kişilerden bulaşabildiği tespit edilmiştir. SARS-CoV-2 ayrıca hava yoluyla (zaman ve mesafe içinde havada kalan parçacıkların solunması yoluyla) daha uzun mesafelere bulaşabilir ancak bu bulaşma biçiminin pandemiye ne ölçüde katkıda bulunduğu belirsizdir (23).

COVID-19 virüsüne yakalanmış fakat asemptomatik bireylerinde bulaştırma özelliği bulunduğu dair kanıtlar bulunmaktadır (24).

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun ilk zamanlarda bir hayvan konakçıdan insanlara yayılım gösterdiği düşünülmektedir, ancak hayvan (evcil hayvanlar dahil) teması yoluyla devam eden bulaşma riski belirsiz olmasının yanında insanlarda önemli bir viral hastalık kaynağı olduğuna dair kanıt yoktur (25).

COVID-19 virüsü tespit edilmiş kişilerden başka bir kişiye bulaşma riski, maruziyet şekline ve birlikte geçirilen süreye, bulaşı engelleyici önlemlerin alınmasına ve muhtemel kişisel faktörlere göre değişmektedir (26).

Yeni tip koronavirüs olarak bilinen COVID-19 hastalığının inkübasyon süresi 14 gün olarak tespit edilmiş ve genellikle temas sonrası bulgular 2-5 gün içinde görülmektedir (27).

#### **2.2.4 COVID-19 Klinik Bulguları**

Hastalığın klinik spektrumuna bakıldığında mekanik ventilasyon gerektiren respiratuar yetmezlik, sepsis, septik şok, multiorgan yetmezliğine giden ölümcül tabloların yanında asemptomatik izleyen vakalarda görülebilmektedir. Hafif vakalar; genellikle hafif ateş, kuru öksürük, boğaz ağrısı, nazal konjesyon, halsizlik, baş ağrısı, myalji gibi üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları bulunan hastalardır. Pnömoni varlığında öksürük ve nefes darlığı görülebilir. Klinik tablolar şöyle özetlenebilir;

1. Hafif seyirli: Ateş, boğaz ağrısı, öksürük, myalji gibi semptomların olduğu, akciğer tutulumunun olmadığı tablo.
2. Hafif/orta pnömoni: Öksürük ve nefes darlığının yanında ciddi pnömoni bulgularının bulunmadığı durumlardır. Akciğer tutulumu  $<50$  ve oda havasında oksijen saturasyonu  $>90$  olan olgular.
3. Ciddi pnömoni: Ateş, solunum sıkıntısı, taşipne ( $>30$ / dk) ve hipoksi ( $SpO_2 < 90$  ) olan olgular. Ciddi olgularda ateş hafif olabilir veya hiç saptanmayabilir. Tanı klinik olarak konulur, radyoloji komplikasyonları dışlamada kullanılır (28).

DSÖ iyileşme süresini ise hafif olgularda 2 hafta, ciddi olgularda ise 3-6 hafta olarak bildirmektedir (14).

Ciddi pnömoni varlığında , COVID-19 virüsü ile enfekte olan bir kişiyi bekleyen durumlar ;

- Hastaneye yatış,
- Yoğun bakım,
- Nefes almalarına yardımcı olacak bir vantilatör,
- Ya da ölüm ile sonuçlanabilir.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC); COVID-19 nedeniyle hastalığın seyrini şiddetlendirebilecek komorbid hastalıklar ve ilişkili durumları; kanser, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, organ nakline bağlı immunsupresyon, obezite, ciddi kardiyak hastalıklar (kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, kardiyomiopatiler vb.), orak hücreli anemi, gebelik, sigara kullanımı olarak sıralamaktadır (29).

Yaşlı bireylerin COVID-19'dan ciddi şekilde etkilenme olasılığı daha yüksektir. COVID-19 ölümlerinin %80'inden fazlası 65 yaşından büyük kişilerde ve COVID-19 ölümlerinin %95'inden fazlası 45 yaş ve üzeri kişilerde meydana gelir (29).

COVID-19 için öncelikli tanı kriteri olarak kabul edilen yöntemler “reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR)” ve radyolojik görüntülemelerdir. PCR örnekleme yönteminde bireylerden nazofarengeal, orofarengeal ya da kombine sürüntü örnekleri alınmaktadır. Bu örneklerin %50-62 güvenilirlik oranı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehberde; testin negatif çıkmasına neden olabilecek durumlar sıralanmıştır;

- Kişilerden alınan örneğin çok az olması,
- Örneğin bulaş sonrası çok erken ya da çok geç bir döneminde alınması
- Alınan örneğin işlenmesinde ve/veya gönderilmesinde uygun prosedürlere uyulmaması,

- Çeşitli teknik nedenler,
- Virüsün vakalarda dalgalı bir dağılım göstermesi.

Kesin tanı yöntemlerinden biri olmasına rağmen viral RNA'nın RT-PCR ile gösterilememesi COVID-19 hastalığını ekarte ettiremez. PCR testi negatif gelen hastalarda diğer bir tanısal yöntem; Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT), bulaşın erken döneminde daha duyarlıdır (30). Radyolojik görüntülemelerden; direkt grafi yönteminin tanılama oranı %30-60 olup BT en kesin tanı yöntemi olarak gösterilmiştir (31, 32).

### **2.2.5 COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi**

COVID-19 pandemisi ile birlikte COVID-19'un anlaşılması zaman alacaktı ve tedavi yönetimi tam olarak bilinmiyordu ve deneysel tedaviler ve ilaçların yeniden kullanılmasıyla bu yeni viral hastalığın önüne geçmek hedeflendi (23). Antiviral ajanlar, anti-SARS-CoV-2 monoklonal antikorlar (örn. bamlanivimab/etesevimab, casirivimab/imdevimab), anti-inflamatuar ilaçlar (örn. deksametazon) gibi birçok seçenek bulunmaktadır. İmmünomodülatör ajanlar (örneğin, baricitinib, tocilizumab ), FDA tarafından COVID-19 yönetiminde değerlendirilmektedir (33). Antiviral ajanlar, COVID-19'un klinik ilerlemesini ve komplikasyonlarını engellemek için faydalıdır. Plazma ve hiperimmünoglobulinlerle tedavi edilen hastalarda klinik anlamda mortalite ve morbiditeyi azaldığı gösterilmiştir (34).

## **2.3 TÜKENMİŞLİK**

### **2.3.1 Tükenmişlik Nedir?**

Tükenmişlik, ilk defa Freudenberger tarafından; gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, beklentilerinin karşılanmaması ve mesleklerine devam edememe ile karakterize bir durumu tanımlamak için kullanılmıştır. İlk kez 1974'te Alman psikolog Herbert Freudenberger tarafından 'stres yada fazla çalışma nedeniyle yaşanan fiziksel veya zihinsel çöküş' olarak tanımlanmış ve ilerleyen vakitte bu kavram Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (35).

Maslach ve arkadaşları ise tükenmişliği 3 alt boyut ile tanımlar ; (36)

**1-Duygusal tükenmişlik:** Duygusal tükenme sürekli yorgunluk ve iş hayatında bitkinlik yaşama duygusudur. Bu duyguyu yaşayan kişide; hem çalışma isteği hem de yaşama isteği körelmiştir. Bu durumda birey, çalışma hayatında eskisi kadar verim gösteremediği ve işe yaramadığı hissine kapılmaktadır (37). Duygusal tükenme yaşayan birey; motivasyonel anlamda tutunduğu kaynakların azaldığını hisseder ve enerji kaybı, halsizlik, aşırı yorgunluk ve isteksizlik gibi fiziksel belirtiler göstermeye başlar (38).

**2-Hastaları ile ilgili negatif algı ve duygular:** Bu evre iletişim problemlerini beraberinde getiren kişiler arası iletişimin etkilendiği duyarsızlaşma dönemdir. Çalışma ortamında ekip arkadaşlarına karşı olumsuz, iş yaşamını etkileyecek düzeyde mesafeli tutum ve davranışlarda bulunur. Yoğun stresten kurtulmak isteyen kişi, çözümünü ilişkilerini en aza indirmekte bulur ve giderek insanlardan uzaklaşır (39).

Duyarsızlaşma belirtileri arasında; hizmet verdiği kişiye karşı aşağılayıcı ve kaba davranma, isteklerini göz ardı etme, gereken ilgiyi ve yardımı göstermede başarısızlık, insanlara sanki birer nesneymiş gibi davranma sayılabilir (40).

**3-Profesyonel anlamda yetersizlik:** Bireyin kendini yaptığı işte yetersiz ve eksik hissetmesidir. Kendisine karşı çok yoğun eleştirel düşünceleri bulunur. Yetersizlik hissi nedeniyle kimse tarafından sevilmediğini düşünme, sorumlu olduğu kişi ve görevler ile yetersiz kaldığını hissetme sonucu suçluluk duygusu baskın gelmeye başlar (41).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Burn-out / Tükenmişlik Sendromu'nu Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırmasının 11. Gözden Geçirmesinde (ICD-11), mesleki deformasyon olarak tanımlanmakta ve tükenmişlik ICD-11 sınıflandırma sisteminde QD85 kodu ile "İş veya işsizlikle ilgili problemler" başlığı altında yer almaktadır. ICD-11'e göre tükenmişlik,



başarıyla yönetilemeyen kronik işyeri stresinin sonucu olarak kavramsallaştırılan bir sendromdur . Üç boyutla karakterize edilir:

- 1) Enerji tükenmesi veya bitkinlik duyguları,
- 2) Kişinin işine olan zihinsel mesafesinin artması veya işiyle ilgili olumsuzluk veya sinizm duyguları,
- 3) Etkisizlik ve başarı eksikliği hissi.

Tükenmişliğin başlıca özellikleri ;

- 1- Enerji,
- 2- İlgi ve Motivasyon eksikliği,
- 3- Diğer insanlara karşı olumsuz tutum,
- 4- İnanılardan uzak durmak için çok fazla çaba göstermeyi içerir. (42)

### **2.3.2 Tükenmişlik Nedenleri**

Tükenmişlik; birden fazla etmenin sebep olduğu bir süreç sonunda ortaya çıkar. Bu sebepleri bilmek; hem kişiyi hem çalışma ortamını olumlu anlamda etkileyecektir. Var olan nedenleri bilmek çeşitli önlemler alınmasına fayda sağlar.

#### **A-Bireysel Tükenmişlik Nedenleri**

Bireyler aynı şartlar altında aynı olaylara benzer tepkiler vermeyebilirler. Bu farklılıklar bireylerin farklı kişilik özellikleri ve farklı başa çıkma yöntemleri gibi çeşitli faktörler nedeniyle oluşabilir.

#### **Kişilik örüntüsü:**

Bireyin kişilik yapısı; özel hayatını büyük oranda etkilediği gibi kişinin iş yaşamı gibi birçok alanda hayatını etkilemektedir. Öz saygısı az olan, aşırı duyarlı ve duygusal bireyler, benmerkezci konuşan, iletişimde sorunlar yaşayan, çekingen ve anksiyetesi yüksek olan bireyler stresle başa çıkma konusunda sıkıntılar yaşamaktadır.

Stresli meslekler arasında sayacağımız hemşire, doktor, polis gibi mesleklere sahip bireyler; meslekleri gereği sürekli mağdur ve hasta kişiler ile

birliktedirler. Bu meslek grubunda çalışan bireylerin empati yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir. Empati yapma yeteneği oldukça fazla olan bireyler, kendilerini daha yorgun ve bitkin hissederler (43).

#### **Beklentiler, istekler ve ihtiyaçlar :**

Bireyler yaptıkları iş neticesinde para, mesleki tatmin, huzurlu bir iş ortamı, yıllık izin gibi beklentiler içindedir ve bunların yeteri kadar karşılanmadığı durumlarda olur. Bu beklentiler yeteri kadar karşılanmadığı durumlarda; iş ortamında huzursuz ve mutsuz olmaya başlar ve bu durum beraberinde tükenmişliği getirebilir (39).

#### **Sosyal destek eksikliği :**

Daha önce evlenmemiş olmak, kişinin destek alacağı herhangi bir yakınının olmayışı tükenmişliği şiddetlendirebilir (44).

#### **B- Çalışma Ortamı İle İlgili Tükenmişlik Nedenleri;**

##### **Aşırı İş yükü:**

Bireyin bilgi ve becerisinden fazla iş yüküne maruz kalması; bireyin hem özel hayatına hem de beden ve ruh sağlığına olumsuz etki etmektedir. Birey yeteri kadar dinlenemez, ailesi ve yakınlarına yeterli ilgiyi gösterecek zaman bulamaz. Bu gibi durumlar tükenmişliğe zemin hazırlamaktadır (45).

##### **Kontrol eksikliği:**

Çalışma ortamında; gereğinden fazla kontrol, baskı ve eleştiriler gibi olumsuz durumlara maruz kalma; huzursuzluk ve çatışma ortamı yaratır. Bu durum bireyde; mesleki tatminsizlik yaratabilir, yöneticilerine karşı güvensizlik ve ekip arkadaşları tarafından dışlanma kaygısı oluşturabilir (46).

##### **Ödüllendirilmeme:**

Kişinin mesleği için gösterdiği çabanın başkaları tarafından takdir edilmemesi, değer görmemesi ve yeterli ekonomik kazancı elde edememesi; yapılan işe duyulan saygının azalmasına, ekip ortamının işleyişinin ve huzurunun bozulmasına, ayrımcılıkların artmasına, kendisini yönetenlerin sorunların kaynağı olarak görülmesine ve bunların sonucunda da yorgunluk, alaycılık ve bireyin kendisini yetersiz ve değersiz hissetmesine yol açmaktadır (47).

### **Adil Muamele Görememek :**

Adil olunmadığı durumlarda kişide duygusal olarak öfkelenme ve ruhsal yıpranmışlık gibi durumlar tükenmişliğe zemin hazırlar. Kişinin çalıştığı kuruma karşı olumsuz duygular beslemesi iş yerinde huzursuzluk ve çatışma yaratır ve sonucunda tükenmişlik görülebilir (48).

### **Rol Çatışması :**

Birden çok görev ve sorumluluk alan bireyler, yapmakta oldukları iş üzerinde verimli ve yeterli bir kontrol sağlayamazlar. Bireyin asıl işi dışında üstlendirilen sorumluluklar, bireyin tam anlamıyla esas işlerine veya öncelikli olan işlerine bağlanmasını ya da işinde öncelikli olan işleri yapabilmesini engeller (49).

### **Aidiyet Duygusu:**

Maslow'un ihtiyaçlar piramidinde de yer alan, bir yere/gruba ait olma hissi; kabul görme ve takdir edilme duyguları gibi gereksinimlerin doyuma ulaşması kişinin çalışma istek ve arzusunu artırır (50). Bu kazanım bireyin yaptığı işi sahiplenmesine ve fiziksel ve ruhsal yorgunluğun üstesinden daha kolay gelmesine fayda sağlar. Ross, Altmaier ve Russell, çalışan ve iş ortamı arasında aidiyet açısından yaşanan uyumsuzluğun, çalışanda tükenmenin alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini artıracığını bildirmiştir (51)

### **2.3.3 Tükenmişlik Risk Etkenleri**

DSÖ'nün afetlerde görev alan sağlık çalışanları için tanımladığı stres nedenlerinden bazıları şunlardır;

1. Afetin etkileri nedeniyle kendisinin, aile bireylerinin yada çalışma arkadaşlarının iyiliğinden endişe etme;
2. Zaman kısıtlılığı, uzun çalışma süreleri ve genellikle farklı kültür ve disiplinlerden gelen büyük ekiplerle iletişim zorlukları gibi çalışma kaynaklı baskılar;
3. Yüksek riskli bölgelerde çalışanların damgalanmasının aile yada toplum tarafından dışlanmaya, hatta şiddete maruz kalmaya yol açabilmesi;

4. Sosyal destek sistemlerine erişememe;
5. Güvenlik protokolleri ile insanlara destek olma arzusu arasında çatışma yaşama;
6. Kültürel inanç sistemlerini yeterince kavrayamıyor olma;
7. Egzersiz, iyi beslenme ve dinlenme gibi kişisel ihtiyaçları karşılamada güçlük (52)

#### 2.3.4 Tükenmişlik Belirtileri

**Fiziksel Belirtileri;** kronik yorgunluk, enerji ve güç kaybı, yıpranma, kolay hastalanma, sık baş ağrıları, mide bulantısı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları içerir.

**Davranışsal Belirtiler;** çabuk sinirlenme, mesleğinden soğuma ve işe gitmek istememe, birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme, öz saygı ve öz güvende azalma, kuruma yönelik ilginin kaybını içerir.

**Duygusal Belirtiler;** depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışma artışı, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma içermektedir.

**Zihinsel Belirtiler;** tatmin olamama, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı olumsuz tutumlar içerebilir. Sonuçta işi bırakma, boşvermişlik gibi davranışlar görülebilir (53).

#### 2.3.5 Tükenmişliğin Evreleri

Edelwich ve Brodsky tükenmişliği; bir süreç olarak değerlendirmiştir. Kişinin bir aşamadan diğerine geçmesi neticesinde ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Birbirini izleyen dört evre ile tanımlanmıştır (54).

**1.Evre: İdealistik ve Coşku Evresi (Enthusiasm):** İlk aşamada kişi yaptığı iş için yüksek motivasyon duymaktadır. Gerçekçi olmayan düzeyde mesleki beklentileri vardır ve umudu oldukça yüksektir.

**2. Evre: Durağanlaşma Evresi ( Stagnation ):** Mesleği ile ilgili yoğun çaba gösteren ve beklentiye giren kişi; gereken ilgiyi ve emeklerinin karşılığını göremedikçe hayal kırıklığı yaşamaya başlar. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlükler, kurallar ve önyargılar nedeniyle mesleğine olan ilgisini kaybeder (39).

**3. Evre: Engellenme Evresi (Frustration):** Kişinin mesleğini ve yaşamını sorguladığı bir evredir. Kişi 2 türlü engellenme hissederek; ilki yöneticilerin beklentilerini, isteklerini yerine getirmede eksik kalma nedeniyle hissedilen engellenme, ikincisi ise mesleğinde kendisinden istenen performansı göstermeye çabalarken kendi isteklerini yerine getiremediği için engellenme (55). Bu evreden bir sonraki evreye geçebilmek için 3 yöntemden biri devreye girer. Bunlardan ilki adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, ikincisi maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği iletme, son olarak da durumdan kendini çekme veya kaçınmadır (54).

**4. Evre: Umursamazlık Evresi (Apathy):** Kişi bu aşamada mesleğinden keyif alamamakta ve umutsuz bir yaşam sürmektedir. Mesleğini sadece maddi kazanç için devam ettirir (54).

### 2.3.6 Tükenmişliğin Dereceleri

Tükenmişlik düzeyi kişiden kişiye değişebilmektedir ve üç derecede tükenme belirtileri görülebilir;

**1-Hafif düzeyde tükenme;** kısa süreli sinirlilik, isteksizlik ve kaygı belirtileri görülür.

**2-Orta düzeyde tükenme;** tükenme belirtilerinin şiddetinin giderek arttığı

**3-Şiddetli düzeyde tükenme;** migren , ülser , yüksek tansiyon gibi stres ile tetiklenen fiziksel hastalıkları oluşmaya başlamaktadır (56).

### **2.3.7 Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme stratejileri**

Tükenmişliği önleme ve tükenmişlik ile başa çıkabilmek için bireysel düzeyde ve örgütsel düzeyde yapılması gerekenler ile ilgili çalışmalar yürütmek gerekmektedir.

#### **A.Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler:**

1- Kişinin fiziksel ve ruhsal açıdan isteklerini fark etmesi gerekir. Uyku, beslenme kalitesi, yorulduğunda kendine dinlenme fırsatı vermesi, fiziksel semptomlar gösterdiğinde bunları takip etmesi gerekir (15).

2- Çalışanın; stres ile mücadele ederken kullandığı başa çıkma şekillerini fark etmesi, bu yöntemleri geliştirmeye gerekirse destek almaya açık olmalıdır (57).

3- Çalışanların bireysel özelliklerine göre yaşadıkları sıkıntılar ile ilgilenmek gerekebilir.

4- Sosyal anlamda moral ve motivasyon sağlayıcı spor aktiviteleri, müzik çalışmaları gibi etkinliklere katılım, tatil ve dinlenme olanaklarının artırılması, sigara ve alkol alımının kontrol edilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, kişisel bakımına dikkat etmesi önemlidir (42) .

5-Kişinin kendi sınırlarını bilerek, bilgi ve becerisine uygun sorumlulukların altına girmesi, sistemsal yönetsel aksaklıkların kendi sorumluluğunda olmadığı bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmemesi gerekir.

6-Başta çıkma yöntemlerinden biri olarak mizahı kullanmalı ve duygusal zekasını ön plana çıkarmalıdır (58 ,59)

#### **B.Kurumsal Düzeyde Yapılması Gerekenler:**

1- Kişinin hizmet verebileceği oranda sağlık personeli ve hasta sayısı belirlenmelidir.

2- Akran süpervizyonu veya işlerini yaparken karşılaştıkları sorunları anlatmak ve çözüm üretmeleri konusunda fikir ve yardım alabilecekleri kurum-kuruluş veya kişilerin olması gerekir (57).

- 3- Çalışanların çalışma motivasyonlarını artırmak adına izin istekleri veya çalışırken molalara izin veren bir çalışma düzeni oluşturulması gerekir (53).
- 4- Çalışanların mesai saatleri esnek tutulabilir. Belirli aralıklarda kongreler, seminerler gibi eğitimsel aktiviteler ile desteklenmelidir.
- 5- Görev tanımları net olmalıdır (60).
- 6- Çalışanın ekonomik anlamda emeğinin karşılığı olan desteğin sağlanması gerekmektedir (61).

DSÖ 2018 yılında kurumsal anlamda çalışanlar için stresten korunma önerilerinde bulunmuştur ; (52)

1. İletişim; sağlıklı iletişim ağı oluşturma stresi azaltmada hızlı sonuç veren unsurlardan biridir.
2. Ekip toplantıları; ekiplerin olumlu-olumsuz tüm sorunları paylaşmak ve çözümler konusunda fikir alışverişi yapmak amaçlanır.
3. Badi sistemi; çalışanları birbirleriyle eşleştirme prensibine dayanan sistemde badilerin; iş yükünü, uyku düzenini, bedensel ve zihinsel sağlıklarını koruma konusunda birbirlerine destek olurlar.
4. Rotasyon; iş yükü fazla olan bölümlerde çalışanları aralıklı olarak yerlerinin değiştirilmesi gerekmektedir.

## **2.4 İkincil Travmatizasyon ( İkincil Travmatik Stres )**

### **2.4.1 Travma ve İkincil Travmatik Stres Kavramı**

Travma; çoğu zaman olağandışı, beklenmedik şekilde gerçekleşen, kişiyi korkutan, dehşet içinde bırakan, çaresizlik yaratan, bireyin ruhsal ve beden sağlığı üzerinde büyük öneme sahip tecrübelerdir (62).

Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre travmatik olay; bireyin ölüm ve ölüm tehdidi yaşaması, yaralanması, şiddete maruz kalması, hayatını riske

edecek bir tehdide maruz kalması ve/veya bir yakınının bu deneyimleri yaşadığına şahit olması sonucunda yaşadığı korku, dehşet, panik ve çaresizlik duygularını ortaya çıkaran durumlara verilen addır (63).

Birey; doğrudan örseleyici bir olay yaşamasa da böyle bir olaya şahitlik ederek ve/veya travmatik bir olayın detaylarını dinleyerek, olaya ilişkin haberleri takip ederek travmaya bağlı stres tepkileri geliştirebilir (63).

Kişinin doğrudan maruz kalmayıp, dolaylı yollardan stres tepkisi oluşturmasına ikincil travmatik stres denilmektedir. İkincil travmatik stres kavramını ilk kullanan araştırmacılardan Figley; bir başkasının yaşadığı travmatik olayı bilmenin, bu olaydan haberdar olmanın sonucunda yada travmatik bir olaya maruz kalan bireye yardım etmeye / veya yardım etme isteği amacıyla etkileşimde bulunan kişinin yaşadığı duygu ve davranışlar olarak tanımlamıştır. Travmaya doğrudan maruz kalmış kişilerde görülen belirtiler; aşırı zorlayıcı tecrübelerin, örseleyici yaşantıların detaylarını dinleme, kabul edilmesi zor olan bilgiler edinme, video görüntüleri izlemek zorunda kalma gibi dolaylı yoldan maruz kalan kişilerde de benzer belirtiler görülebilmektedir (64, 65).

#### **2.4.2 İkincil Travmatik Stres Belirtileri**

Travma sonrası stres bozukluğu ile ikincil travmatik stres tepkileri, benzer belirti gruplarını (kaçınma, aşırı uyarılma, yeniden yaşama) içermektedir.

Örseleyici olaylara maruz kalmış kişilerle çalışan meslek grupları; girici düşünceleri, uyku ile ilgili güçlükleri ve işlevsellikte bozulmayı travmaya maruz kalan bireyin anlattığı olayları rüyada görme, istemsizce hatırlama gibi yeniden yaşama belirtileri gösterebilir veya kaçınma davranışları geliştirebilir ve mutsuzluk-umutsuzluk, sosyal geri çekilme, kaygı gibi tepkiler gösterebilir (66)(67). Aynı zamanda bu meslek gruplarında çalışanların iş hayatları olumsuz etkilenebilmekte mesleğine karşı ilgisizlik, hastalar ile iletişim kuramama, onların duygu ve düşüncelerini anlamakta zorlanma, işe gelmek istememe/gelmeme gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilir (68). The National



Institute of Mental Health, umutsuzluk, korku, suçluluk, strese bağlı fiziksel rahatsızlıkların; başlıca ikincil travmatik stres belirtileri olduğunu belirtmiştir (69).

Figley (1995) tarafından doğrudan travmatik olayı doğrudan yaşayan bireylerin gösterdiği belirtiler ile travma mağdurlarına hizmet eden bireylerde görülen stres tepkileri arasındaki benzerlik ve farklılıkları göstermiştir (67).

Tablo.1 Travmatik stres bozukluğu ve ikincil travmatik stres belirtileri

<b>Travmatik stres bozukluğu</b>	<b>İkincil travmatik stres</b>
<p><b>A. Etken:</b> Birçok kişi tarafından stresli kabul edilen, kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen, sıradışı bir durum yaşamış olmak</p> <p>1. Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması, kendini tehdit altında hissetmesi 2. Kişinin hayatında ani bir yıkım</p>	<p><b>A. Etken:</b> Birçok kişi tarafından stresli kabul edilen, kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen, sıradışı bir durum yaşamış olmak</p> <p>1. Travmatize olmuş bireyin ciddi bir tehdit yaşaması, tehdit altında hissetmesi 2. Travmatize olmuş bireyin hayatında ani bir yıkım</p>
<p><b>B. Yeniden yaşantılama</b></p> <p>1. Olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Olayın rüyalarda görülmesi 3. Olayın aniden ve yeniden yaşantılandığı hissi 4. Olaya ilişkin karşılaşma durumunda sıkıntı yaşanması</p>	<p><b>B. . Yeniden yaşantılama</b></p> <p>1. Travmatize olan bireyin veya olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Travmatize olan bireyin veya olayın rüyalarda görülmesi 3. Travmatize olan bireyin yaşadığı olayın yeniden yaşantılanması 4. Olaya ilişkin, travmatize bireyin hatırlatan uyaranlarla karşılaşma durumunda psikolojik sıkıntı yaşanması</p>
<p><b>C. Hatırlatıcı faktörlerden kaçınma ve uyuşukluk</b></p> <p>1. Düşünce ve duygulardan kaçınma 2. Aktivitelerde azalma 3. Psikojenik amnezi 4. Olaylara/durumlara azalmış ilgi 5. Başka insanlardan uzaklaşma 6. Duygulanımda azalma 7. Geleceği görememe duygusu</p>	<p><b>C. Hatırlatıcı faktörlerden kaçınma ve uyuşukluk</b></p> <p>1. Düşünce ve duygulardan kaçınma 2. Aktivitelerde azalma 3. Psikojenik amnezi 4. Olaylara/durumlara azalmış ilgi 5. Başka insanlardan uzaklaşma 6. Duygulanımda azalma 7. Geleceği görememe duygusu</p>
<p><b>D. Aşırı Uyarılma</b></p> <p>1. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluklar</p>	<p><b>D. Aşırı Uyarılma</b></p> <p>1. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluklar</p>

2. Öfke kontrol problemleri ya da aşırı sinirlilik 3. Dikkat ve odaklanmada problem yaşama 4. Uyarılmışlıkta artış 5. Uyarılara karşı aşırı irkilme tepkisi 6. Hatırlatıcı faktörlere fizyolojik tepkiler	2. Öfke kontrol problemleri ya da aşırı sinirlilik 3. Dikkat ve odaklanmada problem yaşama 4. Uyarılmışlıkta artış 5. Uyarılara karşı aşırı irkilme tepkisi 6. Hatırlatıcı faktörlere fizyolojik tepkiler
---	---

### 2.4.3 İkincil Travmatik Stres Risk Faktörleri

İkincil travmatik stresin olumlu ve olumsuz risk etmenlerinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ludick dokuz faktörlü bir model oluşturmuştur, bu modele göre;

1-İkincil travmatik stres, örseleyici olaya maruz kalan bireylere hizmet eden çalışanların bu olayları dinlemeleri,şahit olmaları ile oluşan kaçınılmaz bir süreçtir.

2-İkincil travmatik stres; travmatik olaya yineleyici ve birçok kez maruz kalma ile ortaya çıkar. Her bireyde etkileri farklıdır. Doğrudan temas ile etki gösterebileceği gibi dolaylı yollardan da kişide ruhsal ve bedensel belirtilere sebep olabilir.

3-Mağduriyet yaşamış bireylere destek olmak ve onlara yardım etme isteği ve fazlaca empati kurmak ikincil travmatik stresi artırabilir.

4-Örseleyici yaşantıyı parçalara ayırması gerektiğinde ikincil travmatik stresi artar.

5-Çalışanlarda, mesleklerini yaparken olayı hatırlatan işaretlerin varlığı ikincil travmatik stresi artırır.

6-Daha önce yaşamış olduğu örseleyici deneyimlerin yeniden yaşantılamak ikincil stresi artırır.

7-Mesleği ile ilgili gerekli ihtiyaçların ve beklentilerinin karşılanması büyük oranda ikincil travmatik stresi azaltır.

8-Çalışma arkadaşları ve yöneticilerinden hissedilen olumlu destekler, kişide ikincil travmatik stres oluşumunu engeller.

9-İkincil travmatik stres kişinin iş hayatının yanında sosyal hayatını olumsuz etkiler. (70)

Yılmaz ve ark. tarafından 2016 yılında yardım çalışanları ile yapılan bir çalışmada; belirli bir inanca sahip, sabırlı, yardım etmeyi seven ve kabul edici olma gibi kişisel özelliklerin; aile ve yakın çevreden sosyal destek sağlanmasının, görev tanımlarının net, ekip içi dayanışmanın olduğu, meslek içi süpervizyon olanağı bulunan, gerekli ekipman sağlayabilen kurumların; destekleyici ve anlayışlı, alanında yetkin yöneticilerin varlığı, stres ile baş etmeyi kolaylaştırdığı; ekip dışı sosyal destek ağlarının zayıf olduğu; meslek içi eğitimin ve birimler arası koordinasyon eksikliğinin, görevle ya da meslekle ilgili kuralların önceden belirlenmemiş olmasının başa çıkmayı güçleştiren faktörler olduğu gösterilmiştir. (71)

#### **2.4.4 İkincil Travmatik Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri**

Stresi ile başa çıkma, sıkıntı yaratan olumsuz duyguları fark etmek ve onları anlamak için çaba sarf etmektir. Yaşanan stres ile yeterince baş edememe, bedensel, ruhsal ya da toplumsal açıdan farklı şekillerde sorunlara yol açar (72).

İkincil travmatik stres ile ilgili risk faktörlerini önleme ve/veya başa çıkmayı kolaylaştırmada çeşitli yöntemler vardır. Bunlar; travma sonrasında ortaya çıkan belirtilerini en aza indirmeyi amaçlayan psikoeğitim, bireysel ve grup psikoterapileri, psikolojik bilgilendirme ve destek eğitimleri, sağlıkta mizahın kullanılması, çeşitli bedensel yöntemler, çalışanların kişisel ve öz bakımlarına daha fazla önem vermeleridir (73 , 74).

Literatürde Bride ve Figley; ikincil travmatik stres yaşayan çalışanlar içinde daha hafif belirtiler gösteren bireylerin, aktif baş etme stratejisi olarak sosyal destek almayı ve mizahı yaygın olarak kullandıkları; daha şiddetli ikincil travmatik stres yaşayan çalışanların ise psikoaktif madde/alkol kullanımı, disosiyatif belirtiler, başkalarına karşı dürtüsel ve agresif davranma ve sosyal geri çekilme gibi olumsuz baş etme stratejilerini kullandığını göstermiştir (75).

Stres ile başa çıkma yöntemlerinden bir diğeri de; fiziksel egzersiz, beden duruşunun kontrolü, diyafram nefesi, aşamalı kas gevşetme ve doğru beslenme gibi bedensel yöntemlerdir (71).

## 2.5 Tükenmişlik ve İkincil Travmatik Stres İlişkisi

İnsanlar ile direkt temas halinde çalışan ve mesleğini yaparken temas halinde bulunduğu kişilerle yüz yüze ilişki içinde olunan mesleklerde, mesleki tatmin düzeyi yüksektir fakat hizmet verilen grubun özellikleri çalışanlarda belirli ruhsal sıkıntılar yaratabilmektedir. Bu sıkıntılar hizmet veren grupta tükenmeye ve birçok psikopatolojiye neden olabilir (76). Bu şekilde hizmet veren çalışanlardan sağlık çalışanlarının tükenmişlik nedenlerine baktığımızda süreğen, ilerleyici ve ölümcül hastalığı olan bireylerle çalışıyor olmanın etkisi oldukça büyüktür (57). Hizmet verdikleri hastaların acı verici ve ölümcül hastalık süreçlerine tanık olmak sağlık çalışanları için ruhsal açıdan travmatik olaylardır. Travmatik durumlara maruz kalmak kişide ikincil bir etkilenme yaratarak ikincil stres tepkilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (77).

Tükenmişlik ve ikincil travmatik stres arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. İkincil travmatik stres belirtileri kişiyi derinden etkileyecek sadece bir durumda bile ortaya çıkabiliyorken, tükenmişlik belirtileri zorlayıcı durumların uzun bir süre devam etmesi sonucunda birikerek ortaya çıkmaktadır (66)(67). İkincil travmatik stres, örseleyici bir olaya müdahale eden veya örseleyici olaylar ile karşı karşıya kalan meslek gruplarında görülür, tükenmişlik ise tüm meslek gruplarında görülebilmektedir (78). İkincil travmatik stres için travmatik olayı yaşayan kişilerle temas kurmak ve travmatik yaşantıları olması gerekmektedir. Tükenmişlik ise daha çok çalışma koşullarındaki problemler nedeniyle ortaya çıkmaktadır (79). İkincil travmatik stres belirtilerinden korku, üzüntü, çaresizlik duyguları tükenmişlik yaşayanlara göre genellikle daha yoğun yaşanmaktadır (67). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında tükenmişlik arttıkça ikincil travmatik stres belirtileri ve genel psikopatolojik belirtilerin artmakta olduğu görülmektedir (76 ,80). Devilly ve arkadaşları (2009) ikincil

travmatik stres ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin oldukça yüksek olduğu ve kesin farklar ortaya konamayacağını bildirmiştir (81). Adams ve arkadaşlarının (2006) sosyal hizmet uzmanları arasında yaptığı araştırmasında çalışmamızla turtalı olarak; travmatik olay yaşayan mağdurlarla çalışanlarda ikincil travmatik stres belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü ve ikincil travmatik stresin tükenmişliği yordadığı sonucuna varılmıştır (82). Bulgularımızdan farklı olarak Birinci ve Erden'in (2016) yardım çalışanları ile yaptığı çalışmada, katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri düşük bulunurken, tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (6).

## **2.6 COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik- İkincil Travmatik Stres**

Salgınlar gibi küresel kriz ile mücadelede en büyük pay; henüz önüne geçilememiş olan COVID-19 enfeksiyonunu tespit ve tedavi etmekle sorumlu olan, hem fiziksel hem de psikolojik baskı altında kritik kararlar vermek zorunda kalan sağlık çalışanlarına aittir. COVID-19 pandemisinden en çok etkilenen ve hayatını kaybeden meslek grupları içinde en ön sırada sağlık çalışanları yer almaktadır (83). Uluslararası Af Örgütü'nün önderliğinde yapılan bir çalışmada 70'e yakın ülkede, salgının başlangıcından 5 Mart 2021'e kadar 17.000'den fazla sağlık çalışanı, COVID-19 hastalığı ve ilişkili sebepler nedeniyle hayatını kaybetmiştir (84). Sağlık çalışanları, mesleklerinin doğası gereği hastalarla, hasta yakınları, meslektaşları ile idari personel gibi birçok kişi ile yoğun iletişime maruz kalmaktadırlar. Yaşanan bu yoğun iletişim, çalışanlarda yoğun baskı ve stres yaratmaktadır. İş stresinin geleceği en son nokta ise tükenmişlik (burnout) olarak tanımlanmaktadır (85). Sağlık çalışanları; fiziksel ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kronik stres, aşırı iş yükü ve sorumluklar ve eşduyum yorgunluğu gibi birçok sebepten tükenmişliğin en sık görüldüğü gruplar arasındadır (86).

Dünya genelinde 60 ülkeden katılım sağlayan 2.707 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yüzde %51'inde tükenmişlik bildirilmiştir (87). Çin'de 1257 sağlık çalışanının katılımıyla yapılan bir

araştırmada, %50.4' ünün depresyon, %44' ünün anksiyete, % 34'ünün uykusuzluk, %72'sinin duygusal sıkıntı semptomları gösterdiği saptanmıştır (88). COVID-19 pandemisinden önce tükenmişlik ile ilgili yapılan birçok çalışma incelendiğinde, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (89 , 90). Tükenmişlikle ilgili COVID-19 pandemisi döneminde yapılmış olan çalışmalara bakıldığında da yine tükenmişlik düzeylerinin artmış olduğu görülmektedir (2 , 91 , 92). Salgın dönemi dışında yapılmış çalışmalarda hem ölkemizde hem de dünyada sağlık çalışanları arasında yine yüksek düzeyde tükenmişlik oranları bildirilmiştir (93). Amerika Hekimleri Uygulama Örüntüleri ve Perspektifleri 2018 Anketinde, 2016 yılından 2018'e kadar yaptıkları çalışmada, hekimlerin %78'inin tükenmişlik sendromu yaşadığını ve diğer senelere göre de bu oranda %4 artış saptandığını göstermiştir. Yine İngiliz Tabipler Birliği'nin 2019 yılında tükenmişlik üzerine yaptığı anketinde, hekimlerin %80'inde yüksek veya çok yüksek tükenmişlik sendromu riski olduğu bildirilmiştir.

Medscape doktor yaşam tarzı ve mutluluk raporu'nda (2021); 2.000'den fazla hekimin katıldığı araştırmada, salgın öncesinde; doktorların yaklaşık %80'inin özel hayatlarında mutlu olduğu, salgın nedeniyle iş yaşamlarındaki sıkıntılarını özel hayatlarına da yansımaları sonucunda hekimlerin yarısından çoğu, kendilerini mutsuz hissettiklerini belirtmiştir. Buna sebep olarak stresli iş yaşamları, sosyal mesafe ve belirsizlikler gösterilmiştir (94).

Medscape 2021 ulusal hekim tükenmişlik ve özkıyım raporuna göre hekimlerde tükenmişlik oranı %42 olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan katılımcılar; tükenmişlik düzeylerinin hayatlarının birçok alanında azımsanmayacak derecede etkilendiğini bildirmiştir.

Sağlık alışanlarında görülen tükenmişlik nedenleri ;

- Fazlaca bürokratik görev: %58
- Aşırı iş yükü: %37
- Ekip arkadaşlarından ve yöneticilerden gereken itibarı görememe: %37
- Yeterli ilgi ve alakanın olmaması ve ekonomik destek eksikliği: %32

- KontROLSÜZLÜK ve DÜZENSİZLİK: %28
- Hastalardan saygı görememe: %17
- Bulaşı önlemek amacıyla karantina ve sosyalizasyon ve bunların getirdiği stres: %16
- Devlet politikaları: %14
- COVID-19 hastalarını tedavi ederken enfekte olma endişesi: %8
- Diğer sebepler: %9 olarak tespit edilmiştir (95)

### **3- GEREÇ - YÖNTEM**

#### **3.1 Etik İzin**

Araştırmamızda sağlık çalışanlarında salgın sürecinde ortaya çıkan tükenmişlik ve ikincil travmatik stres faktörlerini ve yordayıcılarını belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformuna 09.10.2020 tarihinde yapmış olduğumuz başvuru ile bu çalışmayı yapmamız Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülmüştür. Çalışmamız için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (18.01.2021-28 no'lu) etik kurul onay alınmıştır.

#### **3.2 Evren ve örneklem**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif olarak çalışan kadın ve erkek personel araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü araştırma yapıldığı dönemde hastanemiz COVID-19 servislerinde hekim-hemşire-sağlık personeli (hasta bakım ve temizlik personeli ) olarak çalışan 572 kişi üzerinden hata payı % 80 düşünülerek optimum örneklem büyüklüğü 458 kişi olarak belirlenmiştir.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okutulduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 460 kişiye ulaşılmış olup, 50 kişi çalışmaya katılmak istememiş, 31 kişi eksik bilgi nedeniyle çalışma dışı bırakılmış, 379 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.3 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri Dahil olma kriterleri**

#### **Dahil olma kriterleri;**

Çalışmanın yapıldığı tarihte hastanemizde hekim-hemşire-sağlık personeli olarak aktif olarak görev yapmak.

#### **Dışlama Kriterleri;**

1. İntern doktor ve stajyer doktor olmamak,
2. Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak,
3. Çalışmaya katıldığı halde anket veya ölçekleri doldurmamak ve/veya eksik doldurmak

### **3.4 Veri Toplama Araçları :**

#### **3.4.1 Sosyodemografik veri formu**

Katılımcıların demografik özellikleri olan bireysel ve ailesel özelliklerinin, çalışma koşulları özelliklerinin ve sosyoekonomik özelliklerinin belirlenebilmesi için araştırmacı tarafından 49 sorudan oluşan Sosyodemografik Bilgi Formu hazırlanmıştır.

#### **3.4.2 İkincil Travmatik Stres Ölçeği**

İkincil Travmatik Stres Ölçeği; 2004 yılında Bride ve ark. tarafından travmatize olmuş bireylerle çalışan meslek elemanlarının, ikincil olarak geliştirdikleri travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 2018 yılında Yıldırım ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (Secondary Traumatic Stress Scale), 17 madde ve 3 alt boyuttan oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçek bireyin yaşamındaki son yedi gün içindeki durumunu ve bu durumu ne sıklıkla yaşadığını değerlendirmektedir. Ölçek 17 madden oluşmaktadır ve bu maddeler, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının B ölçütü (yeniden yaşama), C ölçütü (kaçınma) ve D ölçütü (aşırı uyarılmışlık) temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçeğin istemsiz etkilenmeler



(intrusion), kaçınma (avoidance) ve uyarılmışlık (arousal) olarak adlandırılmış üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin 2, 3, 6, 10 ve 13. maddeleri istemsiz etkilenmeler (intrusion), 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeleri kaçınma (avoidance), 4, 8, 11, 15 ve 16. maddeleri uyarılmışlık (arousal) belirtilerini ölçmektedir. Her bir maddeden alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Ölçekten alınabilecek puan 17 ile 85 arasındadır. Belirlenmiş bir kesme puan değeri bulunmamaktadır, puanın artması etkilenme düzeyinin arttığını göstermektedir (96).

### 3.4.3 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Stamm (2005) 'in hazırladığı " Professional Quality Of Life Scale' isimli ölçek 30 maddeden oluşan 6'li likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcıların ölçekte bulunan durumları son 1 ay içerisinde bulunduğu durumu ne sıklıkta yaşadığı ile ilgili 0 ile 5 arasında kendilerini değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar Tükenmişlik, Mesleki tatmin ve Eş duyum yorgunluğudur. Mesleki tatmin (compassion satisfaction) alt ölçeğinde, çalışanların kendi mesleğiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olanlara yaptığı yardım ve hizmet sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyeti ifade eder. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmin ile ilgilidir. Tükenmişlik (burn out) alt ölçeği, iş yaşamında ortaya çıkan sorunlarla başa çıkmada zorluk, umutsuzluk ve tükenmişlik duygusunu ölçer. Ölçeğin 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeleri tükenmişlik ile ilgilidir. Eş duyum yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşılan durumda ortaya çıkan belirtileri ölçer. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 150 arasında değişmektedir. Ölçeğin 1. 4. 15. 17. ve 29. maddeleri ters kodlanmıştır. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler merhamet yorgunluğu alt ölçeklerini gösterir. Türkçe'ye Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından sağlık alanında çalışan örneklem grubu ile geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (97).

### 3.4.4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Christina Maslach ve Susan Jackson (1986) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 22 maddeden oluşmakta ve beşli likert tiptedir. 3 alt boyutu vardır. ( Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması ). Ölçek, Ergin ve ark. (1992), tarafından geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, tükenmişlik şiddetini ölçmek üzere yapılandırılmıştır. Toplam 22 maddeden oluşan ölçek özgün şeklinde "Hiçbir zaman- Yılda Birkaç Kere- Ayda Birkaç Kere -Ayda Bir- Haftada Birkaç Kere- Haftada Bir- Her gün" seçeneklerinden oluşan 7'li likert tipte olan ölçek, Ergin (1992) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçesi ile beş seçeneğe indirilmiştir. Bu sebeple; 1- Hiçbir Zaman, 2- Çok Nadir, 3- Bazen, 4- Çoğu Zaman, 5- Her Zaman şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre; duygusal tükenme alt ölçeği 9 maddeden oluşur; bu maddeler 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.maddelerdir. Yorgunluk ve duygusal yönden yıpranmışlık durumunu ölçer. Duyarsızlaşma alt ölçeği 5 maddeden oluşur ve bu maddeler 5, 10, 11, 15, 22.maddelerdir; diğer bireylere karşı hissedilen olumsuz duyguların şiddetini ölçer. Son olarak Kişisel başarı alt ölçeği ise 8 maddeden oluşur ve bu maddeler 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.maddelerdir. Kişilerin meslek anlamında yeterliliklerini ölçer. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için sınır değer olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamakta; düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenme puanları 0-16 arası düşük, 17-26 arası orta, 27 ve üzeri yüksek; duyarsızlaşma puanları 0-6 arası düşük, 7-12 arası orta, 13 ve üzeri yüksek; kişisel başarı puanları 39 ve üzeri düşük düzey, 32-38 arası orta düzey, 0-31 arası yüksek düzey olarak sınıflandırılmıştır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeği için toplam puan arttıkça tükenmişlik artar şeklinde yorumlanırken, kişisel başarı alt ölçeği için toplam puan düştükçe tükenmişlik artar şeklinde yorumlanmaktadır (98).

**Bu çalışmada aşağıdaki hipotezlerin sınanması düşünülmektedir:**

1. COVID-19 sürecinde sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı ikincil travmatik stres ve tükenmişlik belirtileri geliştirebilirler.
2. Çalışanların meslek farklılıkları tükenmişlik düzeyinde ve ikincil travmatik stres düzeylerinde farklılıklar gösterebilir.
3. Sağlık çalışanlarında yaş ,cinsiyet, geçmişte veya aktif devam eden ruhsal rahatsızlıklar, aile ruhsal hastalık hikayesi, kronik fiziksel hastalık hikayesi ve mesleki deneyim gibi bireysel faktörler; ikincil travmatik stres ve tükenmişlik için risk teşkil etmektedir.
- 4- Hastanemizde çalışan kadınlarda tükenmişlik ve ikincil travmatik stres belirtileri geliştirme oranı erkeklere göre daha yüksek olabileceği öngörülmüştür.
5. Psikolojik ve ekonomik olarak destek sağlanmaması, damgalanma gibi sosyekonomik faktörlerin ikincil travmatik stres ve tükenmişlik üzerine negatif yönde etkili olduğu düşünülmektedir.
- 6- Haftalık çalışma süresi, çalışma yükü, mesleki eğitimler gibi çalışma koşulları faktörlerinin; ikincil travmatik stres ve tükenmişlik için etkili olduğu düşünülmektedir.
- 7- Stresli çalışma koşulları, enfekte olma endişesi, uzun çalışma süreleri tükenmişlik belirtilerini şiddetlendirebilir.
- 8- COVID-19 servislerinde yatarak tedavi gören hastaların yalnızlıklarına/ölümlerine şahit olma ikincil travmatik stres şiddetini artıran faktörler arasındadır.

### **3.5 İstatistiksel Analiz**

Veriler SPSS Paket Program 20.0 sürümü ile analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ve Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi

ve Tek Yönlü Anova Testi kullanıldı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptandığında Bonferroni düzeltmeli iki karşılaştırmalar uygulandı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Analizi kullanıldı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptandığında Dunn Benferroni düzeltmeli iki karşılaştırmalar uygulandı. Normal dağılıma uyan değişkenlerin korelasyon analizinde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılıma uymayan değişkenlerde Spearman Korelasyon Analizi uygulandı. Korelasyon katsayısı 0,00-0,24:zayıf, 0,25-0,49: orta düzeyli, 0,50-0,74: güçlü ve 0,75-1,00: çok güçlü korelasyon olarak değerlendirildi (99). Duygusal tükenme alt ölçek puanını etkileyen değişkenler Lojistik Regresyon Enter Modeli ile değerlendirildi. Bağımlı değişken olarak duygusal tükenme alt ölçek puanı (27 puan altı:0; 27 puan ve üzeri:1); bağımsız değişkenler olarak cinsiyet (erkek: 0; kadın: 1), yaş, meslek (sağlık personeli:0; doktor: 1; hemşire: 2), haftalık mesai saati (40 saat ve altı: 0; 40 saat üzeri: 1), meslekte geçirilen süre (5 yıl ve altı: 0; 5 yıl üzeri: 1), ruhsal hastalık varlığı (yok:0; var: 1) ve fiziksel hastalık varlığı (yok:0; var: 1) kullanıldı. Duyarsızlaşma alt ölçek puanını etkileyen değişkenler Lojistik Regresyon Enter Modeli ile değerlendirildi. Bağımlı değişken olarak duyarsızlaşma alt ölçek puanı (13 puan altı:0; 13 puan ve üzeri:1); bağımsız değişkenler olarak cinsiyet (erkek:0; kadın:1), yaş, meslek (sağlık personeli:0; doktor:1; hemşire:2), haftalık mesai saati (40 saat ve altı:0; 40 saat üzeri:1), meslekte geçirilen süre (5 yıl ve altı:0; 5 yıl üzeri:1), ruhsal hastalık varlığı (yok:0; var:1) ve fiziksel hastalık varlığı (yok:0; var:1) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p<0,05$  kabul edildi.

#### 4-BULGULAR

Araştırmaya %60,2'si (n=228) kadın, %39,8'i (n=151) erkek olmak üzere 379 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması  $30,2\pm 6,1$  yıl, ortancası 29,0 (min: 18,0-55,0) yılıdır. Katılımcıların %85,7'si (n=325) üniversite mezunu, %49,3'ü (n=186) bekar ve %75,9'u (n=287) sosyoekonomik durumunu orta olarak belirtti. Katılımcıların %11,6'sı (n=44) fiziksel hastalığa, %15,9'u (n=60) ruhsal bir hastalığa sahipti ve %20,8'i (n=77) ilaç kullanmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve fiziksel/ruhsal hastalık varlığı

	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	228 (60,2)
Erkek	151 (39,8)
<b>Eğitim düzeyi</b>	
İlkokul	9 (2,4)
Ortaokul	9 (2,4)
Lise	36 (9,5)
Üniversite	325 (85,7)
<b>Sosyoekonomik düzey</b>	
Düşük	46 (12,1)
Orta	287 (75,9)
Yüksek	38 (10,1)
Çok Yüksek	7 (1,9)
<b>Medeni durum</b>	
Bekar	186 (49,3)
Evli	151 (40,1)
Sevgili/partner	40 (10,6)
<b>Fiziksel hastalık varlığı</b>	
Var	44 (11,6)
Yok	334 (88,4)
<b>Ruhsal hastalık varlığı</b>	
Yok	317 (84,1)
Var	60 (15,9)
<b>İlaç kullanımı</b>	
Var	77 (20,8)
Yok	293 (79,2)

#: sütun yüzdesi

Katılımcıların %39,4'ü (n=147) sigara kullandıklarını ve %32,8'i (n=90) pandemi süresince sigara kullanımında artışı olduğunu belirtti. Katılımcıların %48,9'u (n=178) alkol kullandığını; % 62,3'ü (n=76) alkol tüketiminin keyif almak için ve % 25,4'ü (n=31) kaygıyı azaltmak için olduğunu belirtti. Katılımcıların %22,0'si (n=66) pandemi sürecinde alkol alımının arttığını, %44,8'i (n=165) beslenme alışkanlıklarında artış olduğunu belirtti (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Katılımcıların alışkanlık profili

	n (%)
<b>Sigara kullanımı</b>	
Evet	147 (39,4)
Hayır	226 (60,6)
<b>Sigara kullanımında artış varlığı</b>	

Evet	90 (32,8)
Hayır	184 (67,2)
<b>Günlük sigara tüketimi</b>	
1 paketten az	63 (43,8)
1 paket	73 (50,7)
1-2 paket arası	5 (3,5)
2 paket üzeri	3 (2,1)
<b>Alkol kullanımı</b>	
Evet	178 (48,9)
Hayır	186 (50,1)
<b>Alkol kullanımında artış varlığı</b>	
Evet	62 (22,0)
Hayır	220 (78,0)
<b>Günlük alkol tüketimi</b>	
1 std içkiden az	83 (48,0)
1-4 std içki	70 (40,5)
4-7 std içki	12 (6,9)
7 std içki üzeri	8 (4,6)
<b>Alkol tüketiminde artış nedeni</b>	
Uyuyabilmek	10 (8,2)
Kaygıyı azaltmak	31 (25,4)
Keyif almak	76 (62,3)
Diğer	5 (4,1)
<b>Beslenme alışkanlığında değişiklik durumu</b>	
Artmış	165 (44,8)
Azalmış	60 (16,3)
Değişiklik yok	143 (38,9)

std: standart, %: sütun yüzdesi

Katılımcıların % 37,5'i (n=142) hekim, %42,7'si (n=162) hemşire, % 19,8'i (n=75) sağlık personeliydi. Katılımcıların %71,5'i (n=276) mesleğini isteyerek seçtiğini ve %37,7'si (n=143) mesleğinde 1-5 yıl deneyimi olduğunu belirtti. Meslekte geçirdikleri süre ortalaması 65,4±12,9 ay, ortancası 64,0 (min: 22,0-maks: 186,0) aydı. Katılımcıların %45,5'i (n=172) haftalık mesai saatinin 40-50 saat arasında olduğunu belirtti. Katılımcıların % 42,3'ü (n=159) vardiyalı sistemde, %36,4'ü (n=137) gündüz mesaisi şeklinde ve %21,2'si (n=80) nöbet usulü çalışmaktaydı. COVID-19 servislerinde çalışan katılımcıların %44,9'u (n=144) bu servislerde 6 aydan fazla çalıştığını belirtti (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların mesleki özellikleri

Meslek	n (%)
Hekim	142 (37,5)

Hemşire	162 (42,7)
Sağlık personeli	75 (19,8)
<b>Branş</b>	
Aile hekimi	16 (4,5)
Acil servis	11 (3,1)
Anestezi ve Reanimasyon	57 (16,1)
Beyin cerrahisi-Ortopedi-Üroloji	14 (3,9)
Dahiliye	31 (8,8)
Dermatoloji –Fizik tedavi ve rehabilitasyon	8 (2,2)
Enfeksiyon-Mikrobiyoloji-Biyokimya-Tıbbi Genetik	11 (3,1)
Genel cerrahi	11 (3,1)
Göğüs hastalıkları	13 (3,7)
Göz hastalıkları	4 (1,1)
Halk Sağlığı	2 (0,6)
Kadın doğum ve hastalıkları	22 (6,2)
Kardiyoloji	6 (1,7)
Nöroloji	8 (2,3)
Pediyatri	14 (4,0)
Radyoloji	12 (3,4)
Ruh sağlığı ve hastalıkları	16 (4,5)
Yoğun bakım ünitesi	13 (3,7)
Covid servis personeli	54 (23,7)
<b>Mesleki deneyim</b>	
0-1 yıl	114 (30,1)
1-5 yıl	143 (37,7)
5-10 yıl	60 (15,8)
10yıl üzeri	62 (16,4)
<b>Mesleğini isteyerek seçme</b>	
Evet	276 (71,5)
Hayır	46 (12,1)
Kararsız	62 (16,4)
<b>Mesai saati</b>	
40 saat altı	19 (5,0)
40 saat	66 (17,5)
40-50 saat	172 (45,5)
50-60 saat	109 (28,8)
60 saat üzeri	12 (3,2)
<b>Çalışma şekli</b>	
Gündüz mesaisi	137 (36,4)
Vardiya sistemi	159 (42,3)
Nöbet usulü	80 (21,2)
<b>Bir afet bölgesinde çalışma durumu</b>	
Evet	76 (20,1)
Hayır	303 (79,9)
<b>COVID-19 servislerinde çalışma</b>	

**süresi**

1 aydan az	30 (9,3)
1-3 ay	78 (24,3)
3-6 ay	69 (21,5)
6 aydan fazla	144 (44,9)

?: sütun yüzdesi

Katılımcıların %60,8'inde aile büyüklerinde kronik rahatsızlık bulunmaktadır. Katılımcıların %64,2'si (n=194) ailesiyle görüşme konusunda enfekte etme endişesi nedeniyle sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Pandemi sürecinde katılımcıların daha çok % 62,5'i aile fertleri ile görüntülü arama ile görüşebildiğini ve sadece %12,5 'i (n=47) yüzyüze görüşebildiğini belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Katılımcıların ailesel özellikleri

	n (%)
<b>Aile büyüklerinde kronik hastalık varlığı</b>	
Evet	226 (60,8)
Hayır	146 (39,2)
<b>Aile büyüklerinde pandemi nedeniyle sorun yaşama durumu</b>	
Evet	317 (84,5)
Hayır	58 (15,5)
<b>Sorun yaşama nedeni</b>	
Enfeksiyon bulaştırma endişesi	194 (64,2)
Ulaşım zorlukları	23 (7,6)
Her ikisi	85 (28,1)
<b>Aile fertleri ile iletişim kurma şekli</b>	
Yüz yüze	47 (12,5)
Görüntülü konuşma	233 (62,5)
Sesli konuşma	92 (24,5)
Diğer	3 (0,5)
<b>Aile fertleri ile görüşme sıklığı</b>	
Çok sık	96 (25,4)
Sık sık	182 (48,1)
Arada bir	90 (23,8)
Neredeyse hiç	10 (2,6)

?: sütun yüzdesi

Katılımcıların % 46,7'si (n=162) covid servislerinde çalışmak için yeterince eğitim verilmediğini, %45,1'i (n=164) bazı zamanlarda çalışma



ortamının sık değiştirildiğini, % 47,2'si (n=174) COVID-19 servislerinde çalışırken bazı zamanlarda aşırı yük ve sorumluklara maruz kaldığını ve %55,5'i (n=193) bazı zamanlarda koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirtti. Katılımcıların %40,3' (n=150) psikolojik destek ihtiyacı hissettiğini , %48,9'u (n=182) hiçbir zaman psikolojik destek ihtiyacı hissetmediğini ve %77,1'si (n=286) psikolojik destek olanağı sağlanmadığını belirtti. Katılımcıların %46,5'i (n=175) pandemi çalışma koşullarının özel hayatını oldukça etkilediğini belirtti. Katılımcıların % 45,1'i (n=170) kurum ve il bazında pandemi yönetimini yeterli bulmadıklarını ve % 60,6'sı (n=226) ise ülke genelinde pandemi yönetimini yeterli bulmadıklarını belirtti (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Pandemi döneminde çalışma koşulları

	n (%)
<b>Yeterli eğitim /süpervizyon imkanlarının sağlanması algısı</b>	
Hiç yeterli değil	162 (46,7 )
Biraz	88 (25,4)
Orta	84 (24,2)
Çok yeterli	13 (3,7)
<b>alışma ortamının sık değiştirilmesi</b>	
Hiçbir zaman	78 (21,4)
Bazen	164 (45,1)
Sık sık	92 (25,3)
Her zaman	30 (8,2)
<b>Aşırı iş yükü ve sorumluluk verilmesine maruz kalma</b>	
Hiçbir zaman	54 (14,6)
Bazen	174 (47,2)
Sık sık	91 (24,7)
Her zaman	50 (13,6)
<b>COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısı yaşama</b>	
Hiçbir zaman	93 (26,7)
Bazen	193 (55,5)
Sık sık	45 (12,9)
Her zaman	17 (4,9)
<b>Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma isteği</b>	
Hiçbir zaman	182 (48,9)
Bazen	150 (40,3)
Sık sık	28 (7,5)
Her zaman	12 (3,2)
<b>Psikolojik destek olanağı sağlanması</b>	

Evet	85 (22,9)
Hayır	286 (77,1)
<b>Pandemi çalışma koşullarının özel hayata olan etkisi</b>	
Hiç olmadı	34 (9,0)
Biraz	126 (33,5)
Oldukça	175 (46,5)
Şiddetli	41 (10,9)
<b>Kurum ve il pandemi yönetiminin değerlendirilmesi</b>	
Yeterli değil	170 (45,1)
Orta	152 (40,3)
İyi	47 (12,5)
Çok iyi	8 (2,1)
<b>Ülke genelinde pandemi yönetiminin değerlendirilmesi</b>	
Yeterli değil	226 (60,6)
Orta	109 (29,2)
İyi	30 (8,0)
Çok iyi	8 (2,1)

?: sütun yüzdesi

Katılımcıların %87,9'u (n=333) sosyal izolasyon amacıyla evinden uzaklaştığını, %52,1'i (n=197) sosyal çevresinden destek göremediğini ve %46,7'si (n=171) damgalanmaya veya dışlanmaya maruz kaldığını belirtti. Katılımcıların % 93,9'u (n=353) pandemi sürecinde COVID-19 servislerinde çalışırken ekonomik anlamda yeterli desteği göremediğini belirtti (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Sosyoekonomik faktörlerin değerlendirilmesi

<b>Sosyal izolasyon amacıyla evinizden uzaklaşma durumu</b>	<b>n (%)</b>
Evet	46 (12,1)
Hayır	333 (87,9)
<b>Sosyal çevreden destek alma algısı</b>	
Evet	181 (47,9)
Hayır	197 (52,1)
<b>Damgalanma/dışlanmaya maruz kalma durumu</b>	
Evet	171 (46,7)
Hayır	195 (53,3)
<b>Ekonomik anlamda gerekli destek sağlanması</b>	
Evet	23 (6,1)

?: sütün yzdesi

Katılımcıların alışanlarda Yaşam Kalitesi leği (ÇİYKÖ) toplam puanı ortalaması 79,8±15,4, ortancası 81,0 (min:23,0-maks:129,0) puandı. Katılımcıların ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortalaması 21,2±7,3, ortancası 22,0 (min:2,0-maks:40,0) puandı. Katılımcıların ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ortalaması 36,1±9,2, ortancası 38,0 (min:0,0-maks:50,0) puandı. Katılımcıların ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortalaması 22,3±9,4, ortancası 23,0 (min:0,0-maks:48,0) puandı. Katılımcıların İkincil Travmatik Stres ölçeği (İTSÖ) toplam puan ortalaması 40,9±13,2, ortancası 40,0 (min:17,0-maks:84,0) puandı. Katılımcıların İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ortalaması 10,0±4,2, ortancası 9,0 (min:5,0- maks:25,0) puandı. Katılımcıların İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ortalaması 17,5±5,6, ortancası 17,0 (min:7,0-maks:34,0) puandı. Katılımcıların İTSÖ uyarılmışlık alt ölçek puanı ortalaması 13,3±4,8, ortancası 13,0 (min:5,0- maks:25,0) puandı. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) toplam puanı ortalaması 65,3±12,9, ortancası 64,0 (min:22,0-maks:186,0) puandı. Katılımcıların MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortalaması 11,6±3,8, ortancası 12,0 (min:5,0-maks:25,0) puandı. Katılımcıların MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı ortalaması 27,3±6,4, ortancası 27,0 (min:8,0-maks:100,0) puandı. Katılımcıların MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortalaması 26,3±8,4, ortancası 26,0 (min:9,0-maks:75,0) puandı.

Cinsiyete göre gruplar arasında ÇİYKÖ, İTSÖ, MTÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kadın (n=228)		Erkek (n=151)		p
	orttss	ortanca (min- maks)	orttss	ortanca (min- maks)	
<b>alışanlar için Yaşam Kalitesi</b>	80,7±14,7	81,0 (23,0-	78,5±16,4	80,0 (32,0-	0,176*

<b>Ölçek toplam puan (ÇİYKÖ)</b>		110,0)		129,0)	
<i>Tükenmişlik</i>	20,6±7,2	21,0 (2,0-40,0)	22,2±7,4	23,0 (3,0-38,0)	0,050
<i>Mesleki tatmin</i>	36,8±8,3	38,0 (10,0-50,0)	35,0±10,3	37,0 (0,0-50,0)	0,179
<i>Eşduyumu yorgunluğu</i>	23,1±9,2	23,0 (0,0-44,0)	21,1±9,7	23,0 (0,0-48,0)	0,078
<b>İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puan (İTSÖ)</b>	41,2±12,8	41,0 (17,0-73,0)	40,4±13,9	39,0 (17,0-84,0)	0,466
<i>İstemsiz etkilenme</i>	10,2±4,2	10,0 (5,0-23,0)	9,8±4,3	9,0 (5,0-25,0)	0,214
<i>Kaçınma</i>	17,4±5,4	17,0 (7,0-33,0)	17,5±5,9	17 (7,0-34,0)	0,966
<i>Uyarılmışlık</i>	13,5±4,7	13,0 (5,0-25,0)	13,0±5,1	12,0 (5,0-25,0)	0,260
<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan (MTÖ)</b>	65,6±13,1	64,0 (37,0-186,0)	65,0±12,7	64,0 (22,0-99,0)	0,871
<i>Duyarsızlaşma</i>	11,4±3,5	11,0 (5,0-23,0)	12,1±4,1	12,0 (5,0-25,0)	0,115
<i>Kişisel başarı</i>	27,5±7,1	27,0 (15,0-100,0)	26,9±5,1	28,0 (8,0-40,0)	0,867
<i>Duygusal tükenme</i>	26,5±8,3	26,0 (9,0-75,0)	25,9±8,5	26,0 (9,0-44,0)	0,846

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Mann Whitney U Testi, p\*: İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Mesleki deneyim süresine göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Mesleki deneyim süresine göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Mesleki deneyim süresine göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı, kişisel başarı ve duygusal tükenme alt ölçek puanları açısından istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Mesleki deneyim süresine göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,007$ ). 0-1 yıl mesleki deneyime sahip olanların MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, 1-5 yıl mesleki deneyime sahip olanlardan daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,010$ ) (Tablo 4.8).



Tablo 4.8 Mesleki deneyime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Mesleki Deneyim								p
	0-1 yıl		1-5 yıl		5-10 yıl		10 yıl ve üzeri		
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	78,0±14,5	79,0 (41,0-111,0)	81,1±14,5	83,0 (43,0-113,0)	74,8±16,7	78,0 (32,0-129,0)	80,8±17,6	83,5 (23,0-108,0)	0,419*
<i>Tükenmişlik</i>	20,6±8,3	21,0 (3,0-38,0)	22,1±6,6	22,0 (6,0-40,0)	21,2±7,5	21,0 (2,0-38,0)	20,6±6,8	21,0 (5,0-35,0)	0,436
<i>Mesleki tatmin</i>	36,7±9,5	38,0 (6,0-50,0)	35,5±9,2	37,0 (7,0-50,0)	36,4±9,4	38,0 (0,0-50,0)	36,5±8,3	38,0 (10,0-50,0)	0,631
<i>Eşduyum yorgunluğu</i>	20,7±9,2	22,0 (0,0-44,0)	23,4±9,2	24,0 (0,0-41,0)	18,9±10,3	22,0 (0,0-48,0)	23,8±9,6	25,0 (1,0-41,0)	0,065*
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	40,7±13,4	39,5 (17,0-84,0)	40,7±13,2	41,0 (17,0-73,0)	42,7±12,8	43,5 (17,0-76,0)	39,9±13,6	36,5 (17,0-73,0)	0,595
<i>İstemsiz etkilenme</i>	9,8±4,5	9,0 (5,0-25,0)	9,9±3,8	10,0 (5,0-23,0)	9,6±4,3	10,5 (5,0-21,0)	10,3±4,9	9,0 (5,0-23,0)	0,487
<i>Kaçınma</i>	17,5±5,5	17,0 (7,0-34,0)	17,6±5,9	18,0 (7,0-33,0)	18,2±5,4	19,0 (7,0-31,0)	16,6±5,5	16,0 (7,0-30,0)	0,420
<i>Uyarılmışlık</i>	13,9±5,1	13,0 (5,0-25,0)	13,2±5,0	13,0 (5,0-25,0)	13,8±4,6	15,0 (5,0-24,0)	13,0±4,5	12,0 (5,0-23,0)	0,770
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	64,7±15,5	63,0 (35,0-186,0)	65,9±11,0	66,0 (40,0-99,0)	64,1±14,3	64,0 (22,0-99,0)	66,3±10,1	64,0 (48,0-102,0)	0,381
<i>Duyarsızlaşma</i>	11,0±3,9	11,0 (5,0-21,0)	12,4±3,4	13,0 (5,0-22,0)	11,9±4,2	11,0 (5,0-25,0)	11,1±3,7	10,0 (5,0-23,0)	<b>0,007</b>
<i>Kişisel başarı</i>	27,9±8,4	27,0 (15,0-100,0)	26,8±5,5	27,0 (15,0-55,0)	27,0±5,4	27,0 (8,0-38,0)	27,7±5,0	29,0 (16,0-36,0)	0,352
<i>Duygusal tükenme</i>	25,8±9,3	25,5 (9,0-75,0)	26,7±8,2	26,0 (9,0-45,0)	25,3±8,7	26,0 (9,0-40,0)	27,4±6,5	27,0 (10,0-44,0)	0,447*

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi, p\*: Tek Yönlü Varyans Analizi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Haftalık mesai saatine göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Haftalık mesai saatine göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,021) ve Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Haftalık mesai saatine göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme ve kaçınma alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Haftalık mesai saatine göre gruplar arasında İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,022). Haftalık 40 saat altı mesai çalışan grubun İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ortancası, haftalık 40 saat üzeri mesai çalışan gruptan daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı (p=0,043).

Haftalık mesai saatine göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05)(Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Haftalık mesai saatine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Haftalık Mesai Saati						p
	40 saat altı		40 saat		40 saat üzeri		
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	82,3±13 ,2	84,0 (42,0- 101,0)	80,9±10, 2	81,5 (48,0- 11,3)	79,4±1 5,6	81,0 (23,0- 129,0)	0,532
<i>Tükenmişlik</i>	23,7±6, 0	24,0 (11,0- 32,0)	21,5±8,1	22,0 (2,0- 40,0)	21,1±7, 3	21,0 (3,0- 38,0)	0,301
<i>Mesleki tatmin</i>	35,3±8, 2	36,0 (12,0- 48,0)	35,6±9,2	37,0 (10,0- 50,0)	36,3±9, 4	38,0 (0,0- 50,0)	0,570
<i>Eşduyum yorgunluğu</i>	23,6±8, 7	27,0 (0,0- 32,0)	23,7±9,8	25,0 (1,0- 43,0)	22,0±9, 5	23,0 (0,0- 48,0)	0,222
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	45,9±10 ,2	49,0 (17,0- 60,0)	43,4±13, 6	42,5 (17,0- 73,0)	40,0±1 3,3	39,0 (17,0- 89,0)	<b>0,021</b>
<i>İstemsiz etkilenme</i>	10,6±3, 9	11,0 (5,0-	11,3±4,9	11,0 (5,0-	9,7±4,1	9,0 (5,0-	0,054

		18,0)		23,0)		25,0)	
<i>Kaçınma</i>	19,4±4, 9	21,0 (7,0- 26,0)	18,2±5,4	18,0 (7,0- 30,0)	17,2±5, 7	17,0 (7,0- 34,0)	0,085
<i>Uyarılmışlık</i>	15,9±4, 9	16,0 (5,0- 24,0)	13,9±4,7	15,0 (5,0- 23,0)	13,0±4, 9	13,0 (5,0- 25,0)	<b>0,022</b>
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	61,8±9, 9	59,0 (47,0- 86,0)	64,6±11, 8	64,0 (37,0- 102,0)	65,7±1 3,3	65,0 (22,0- 186,0)	0,211
<i>Duyarsızlaş ma</i>	11,9±2, 5	12,0 (7,0- 16,0)	11,4±3,7	11,0 (5,0- 23,0)	11,7±3, 9	12,0 (5,0- 25,0)	0,670
<i>Kişisel başarı</i>	24,9±3, 2	24,0 (20,0- 33,0)	27,4±5,8	29,0 (15,0- 38,0)	27,5±6, 7	27,0 (8,0- 100,0)	0,067
<i>Duygusal tükenme</i>	24,9±7, 7	26,0 (9,0- 42,0)	25,8±8,1	27,0 (9,0- 44,0)	26,5±8, 5	26,0 (9,0- 75,0)	0,714

ort±ss: ortalama±standartsapma, p: Kruskal Wallis Testi

ÇİYKÖ:Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği,İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Lise ve altı eğitime sahip olanların ÇİYKÖ toplam puanı, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlardan daha düşüktü ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla p=0,001, p=0,0001, p=0,017). Eğitim durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Lise ve altı eğitime sahip olanların İTSÖ toplam puanı, kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanı ortancası, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlardan daha düşüktü ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla p=0,014, p=0,022, p=0,0001). Eğitim durumuna göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Lise ve altı eğitime sahip olanların MTÖ toplam puanı, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlardan daha düşüktü ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla p=0,0001, p=0,0001, p=0,0001). Eğitim durumuna göre gruplar



arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Eğitime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Lise ve altı (n=54)		Üniversite (n=325)		p
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	72,2±18,0	74,0 (23,0-104,0)	81,1±14,6	82,0 (32,0-129,0)	<b>0,001</b>
<i>Tükenmişlik</i>	17,2±7,1	18,5 (3,0-31,0)	21,9±7,0	22,0 (2,0-40,0)	<b>0,0001</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,5±11,0	37,0 (0,0-50,0)	36,2±8,9	38,0 (6,0-50,0)	0,988
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	19,3±9,7	19,0 (2,0-40,0)	22,8±9,3	23,0 (0,0-48,0)	<b>0,017</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	36,5±12,9	36,5 (17,0-62,0)	41,6±13,2	41,0 (17,0-84,0)	<b>0,014</b>
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	9,7±4,2	9,0 (5,0-21,0)	10,1±4,2	9,0 (5,0-25,0)	0,461
<i>Kaçınma</i>	15,7±5,5	15,5 (7,0-26,0)	17,8±5,6	18,0 (7,0-34,0)	<b>0,022</b>
<i>Uyarılmışlık</i>	11,0±4,4	11,0 (5,0-20,0)	13,6±4,8	13,0 (5,0-25,0)	<b>0,0001</b>
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	56,9±12,8	58,0 (022,0-88,0)	66,7±12,4	66,0 (38,0-186,0)	<b>0,0001</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	9,6±3,8	9,5 (5,0-18,0)	12,0±3,6	12,0 (5,0-25,0)	<b>0,0001</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	26,5±6,5	26 (8,0-40,0)	27,5±6,4	27,0 (15,0-100,0)	0,205
<i>Duygusal Tükenme</i>	21,0±8,4	22,0 (9,0-41,0)	27,1±8,0	27,0 (9,0-75,0)	<b>0,0001</b>

ort±ss: ortalama±standartsapma, p: Mann Whitney U Testi

ÇİYKÖ:Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği,İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Meslek gruplarına göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Sağlık personelinin ÇİYKÖ toplam puanı ortancası, hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,007$ ,  $p=0,001$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Sağlık personelinin ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası, hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,036$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,007$ ). Sağlık personelinin ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası, hemşirelerden daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,005$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Meslek gruplarına göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,018$ ). Sağlık personellerinin İTSÖ toplam puanı ortalaması hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,022$ ;  $p=0,041$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,045$ ). Sağlık personelinin İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ortancası, hekimlerden daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,043$ ).

Meslek gruplarına göre gruplar arasında İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Sağlık personellerinin İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ortancası hekimler ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,008$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Meslek gruplarına göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Sağlık personellerinin MTÖ toplam puanı ortancası hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Sağlık personellerinin MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,001$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,011$ ). Hekimlerin MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı ortancası hemşirelerden daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,008$ ). Meslek gruplarına göre gruplar arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Sağlık personellerinin MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası hekimlerden ve hemşirelerden daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ) (Tablo4.11).

Tablo 4.11 Meslek grubuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hekim (n=142)		Hemşire (n=162)		Sağlık personeli (n=75)		p
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	80,4±14,5	83,0 (32,0-110,0)	81,7±15,6	82,5 (23,0-113,0)	74,5±15,6	76,0 (33,0-129,0)	<b>0,001</b>
<i>Tükenmişlik</i>	22,8±6,8	22,0 (3,0-38,0)	21,3±7,0	22,0 (2,0-40,0)	18,2±8,0	19,0 (3,0-38,0)	<b>0,0001</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,0±9,8	38,0 (6,0-50,0)	36,8±8,2	37,5 (10,0-50,0)	36,8±10,0	38,0 (0,0-50,0)	0,330
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	22,5±9,2	23,0 (1,0-41,0)	23,5±9,4	24,5 (0,0-44,0)	19,4±9,4	20,0 (0,0-48,0)	<b>0,007</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	42,1±13,8	42,5 (17,0-71,0)	41,6±12,5	41,0 (17,0-84,0)	37,1±13,1	37,0 (17,0-76,0)	<b>0,018*</b>
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	10,0±4,2	9,5 (5,0-23,0)	10,3±4,2	9,5 (5,0-25,0)	9,5±4,3	9,0 (5,0-21,0)	0,248
<i>Kaçınma</i>	18,0±5,9	18,0 (7,0-33,0)	17,6±5,3	17,0 (7,0-34,0)	16,0±5,5	16,0 (7,0-31,0)	<b>0,045</b>
<i>Uyarılmışlık</i>	13,9±5,0	14,0 (5,0-25,0)	13,6±4,4	13,0 (5,0-25,0)	11,4±5,1	11,0 (5,0-24,0)	<b>0,002</b>
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	66,0±9,9	66,0 (42,0-91,0)	68,1±14,0	66,0 (38,0-186,0)	58,0±13,0	59,0 (22,0-99,0)	<b>0,0001</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,4±3,6	12,0 (5,0-22,0)	11,8±3,5	12,0 (5,0-23,0)	9,8±4,1	9,0 (5,0-25,0)	<b>0,001</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	26,1±4,6	27,0 (15,0-38,0)	28,4±7,6	28,5 (16,0-100,0)	27,2±6,0	27,0 (8,0-40,0)	<b>0,011</b>
<i>Duygusal Tükenme</i>	27,4±7,8	27,0 (9,0-44,0)	27,8±7,8	27,5 (9,0-75,0)	20,8±8,4	20,0 (9,0-41,0)	<b>0,0001</b>

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi, p\*: Tek Yönlü Varyans Analizi ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ruhsal hastalığa sahip olanların ÇİYKÖ toplam puanı ortancası ruhsal hastalığı olmayanlardan daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,027$ ). Ruhsal hastalığa sahip olanların ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası ruhsal hastalığı olmayanlardan daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,009$ ). Ruhsal hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ruhsal hastalığa sahip olanların İTSÖ toplam puanı, kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanı ortancaları ruhsal hastalığı olmayanlardan daha yüksekti ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,024$ ,  $p=0,026$ ,  $p=0,009$ ). Ruhsal hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ruhsal hastalığa sahip olanların MTÖ toplam puanı ve duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancaları ruhsal hastalığı olmayanlardan daha yüksekti ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,043$ ,  $p=0,037$ ). Ruhsal hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Ruhsal hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Ruhsal Hastalık				P
	Var (n=60)		Yok (n=317)		
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	83,9±12,6	87,0 (58,0- 111,0)	79,0±15,8	80,0 (23,0- 129,0)	<b>0,027</b>
<i>Tükenmişlik</i>	23,7±6,9	24,5 (5,0-40,0)	20,8±7,4	21,0 (2,0-38,0)	<b>0,009</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	36,3±8,9	38,0 (0,0-50,0)	36,1±9,3	37,5 (6,0-50,0)	0,885
<i>EşduyumYorgunluğu</i>	23,9±8,1	26,0 (0,0-38,0)	22,1±9,7	23,0 (0,0-48,0)	0,151
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	44,6±13,2	44,0 (19,0-	40,2±13,2	39,0 (17,0-	<b>0,024</b>

		84,0)		76,0)	
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	10,6±4,7	10,0	10,0±4,2	9,0	0,409
		(5,0-25,0)		(5,0-23,0)	
<i>Kaçınma</i>	19,1±5,8	20,0	17,2±5,6	17,0	<b>0,026</b>
		(8,0-34,0)		(7,0-32,0)	
<i>Uyarılmışlık</i>	14,9±4,5	14,0	13,0±4,9	13,0	<b>0,009</b>
		(5,0-25,0)		(5,0-25,0)	
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	<b>69,8±13,8</b>	<b>67,0</b>	<b>64,5±11,5</b>	<b>64,0</b>	<b>0,043</b>
		(47,0-186,0)		(22,0-99,0)	
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,3±3,8	12,0	11,5±3,7	12,5	0,232
		(5,0-25,0)		(5,0-25,0)	
<i>Kişisel Başarı</i>	28,6±10,1	27,0	27,1±5,4	27,0	0,633
		(19,0-100,0)		(8,0-55,0)	
<i>Duygusal</i>	28,5±8,9	28,5	25,8±8,2	26,0	<b>0,037</b>
		(12,0-75,0)		(9,0-45,0)	
<i>Tükenme</i>					

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Fiziksel hastalığa sahip olmayanların ÇİYKÖ toplam puanı ortancası fiziksel hastalığa sahip olanlardan daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,003). Fiziksel hastalığa sahip olmayanların ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası fiziksel hastalığa sahip olanlardan daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004). Fiziksel hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik ve mesleki tatmin alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Fiziksel hastalığa sahip olmayanların İTSÖ toplam puanı ortancası fiziksel hastalığa sahip olanlardan daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,041). Fiziksel hastalığa sahip olmayanların İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ortancası fiziksel hastalığa sahip olanlardan daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,028). Fiziksel hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında İTSÖ kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Fiziksel hastalığa sahip olan ve olmayan gruplar arasında MTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.13)

Tablo 4.13 Fiziksel hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Fiziksel Hastalık					
	EVET (n=44)		HAYIR (n=334)		P
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	85,5±13,7	88,5 (43,0- 107,0)	79,1±15,5	80,0 (23,0- 129,0)	<b>0,003</b>
<i>Tükenmişlik</i>	23,0±7,4	22,5 (2,0-38,0)	21,1±7,3	21,0 (3,0-40,0)	0,072
<i>Mesleki Tatmin</i>	36,3±8,9	38,0 (10,0- 50,0)	36,1±9,3	38,0 (0,0-50,0)	0,882
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	26,2±9,8	28,0 (20,-43,0)	21,9±9,3	23,0 (0,0-48,0)	<b>0,004</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	45,1±15,2	45,0 (17,0- 73,0)	40,4±12,9	40,0 (17,0-84,0)	<b>0,041</b>
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	12,0±5,5	10,5 (5,0-23,0)	9,8±4,0	9,0 (5,0-25,0)	<b>0,028</b>
<i>Kaçınma</i>	18,8±6,2	20,0 (7,0-29,0)	17,5±5,6	17,0 (7,0-34,0)	0,087
<i>Uyarılmışlık</i>	14,3±4,6	14,5 (5,0-23,0)	13,2±4,9	13,0 (5,0-25,0)	0,142
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	66,7±11,5	64,5 (42,0- 88,0)	65,2±13,1	64,0 (22,0- 186,0)	0,370
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,2±4,3	12,0 (5,0-21,0)	11,6±3,7	12,0 (5,0-25,0)	0,518
<i>Kişisel Başarı</i>	27,4±4,7	29,0 (15,0- 34,0)	27,3±6,6	27,0 (8,0-100,0)	0,447
<i>Duygusal Tükenme</i>	27,1±8,2	27,0 (9,0-40,0)	26,2±8,4	26,0 (9,0-75,0)	0,280

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Mann Whitney U Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

COVID-19 servislerinde çalışma süresine göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde çalışma süresine göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı, kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). COVID 19 servislerinde çalışma süresine göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,038$ ), Dunn Benforroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde çalışma süresine göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14).



Tablo 4.14 COVID-19 servislerinde çalışma süresine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 servislerinde çalışma süresi

	1 ay altı (n=30)		1-3ay (n=78)		3-6ay (n=69)		6ay ve üzeri (n=144)		p
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	79,0±13,9	78,0 (52,0-129,0)	80,6±13,7	79,0 (42,0-111,0)	77,5±15,0	79,0 (41,0-110,0)	80,3±17,6	82,5 (23,0-113,0)	0,277
<i>Tükenmişlik</i>	21,5±6,6	22,0 (11,0-38,0)	21,4±7,7	23,0 (3,0-38,0)	20,1±8,0	21,0 (3,0-38,0)	22,3±7,1	22,0 (2,0-40,0)	0,264
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,5±7,2	37,0 (18,0-47,0)	36,6±8,6	37,0 (12,0-50,0)	36,9±10,3	39,0 (6,0-50,0)	35,2±9,2	37,0 (7,0-50,0)	0,369
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	22,0±9,0	22,0 (3,0-48,0)	22,5±8,6	23,0 (0,0-41,0)	20,2±10,1	21,0 (0,0-44,0)	22,9±10,1	24,0 (0,0-43,0)	0,320
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	43,2±14,1	41,0 (18,0-76,0)	41,8±12,7	40,0 (17,0-84,0)	38,0±14,5	36,0 (17,0-73,0)	41,8±12,6	41,0 (17,0-73,0)	0,171*
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	10,9±4,7	10,0 (5,0-22,0)	10,4±4,4	9,5 (5,0-25,0)	9,0±4,2	8,0 (5,0-23,0)	10,3±4,2	10,0 (5,0-23,0)	<b>0,038</b>
<i>Kaçınma</i>	17,9±6,1	17,5 (7,0-31,0)	17,8±5,2	18,0 (7,0-34,0)	16,8±6,4	16,0 (7,0-32,0)	17,8±5,3	18,0 (7,0-30,0)	0,616*
<i>Uyarılmışlık</i>	14,4±4,3	14,0 (5,0-24,0)	13,7±5,0	13,0 (5,0-25,0)	12,3±5,5	11,0 (5,0-25,0)	13,7±4,6	13,5 (5,0-250,0)	0,090
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	69,8±25,8	63,5 (38,0-186,0)	63,2±9,6	63,0 (32,0-87,0)	64,8±11,2	66,0 (35,0-87,0)	67,5±11,3	67,0 (39,0-102,0)	0,051
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,2±4,7	11,5 (6,0-25,0)	11,4±3,4	11,0 (5,0-21,0)	11,5±3,6	12,0 (5,0-20,0)	11,9±4,0	12,0 (5,0-23,0)	0,862
<i>Kişisel Başarı</i>	29,5±15,0	26,0 (19,0-100,0)	26,5±5,5	26,0 (15,0-38,0)	27,5±5,1	28,0 (17,0-38,0)	27,5±4,8	28,0 (15,0-40,0)	0,465
<i>Duyusal Tükenme</i>	28,1±11,3	26,5 (10,0-75,0)	25,2±7,0	25,5 (9,0-41,0)	25,7±8,6	26,0 (9,0-43,0)	28,1±8,2	28,0 (9,0-45,0)	0,058

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı, mesleki tatmin ve eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). COVID 19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,004$ ). Nöbet usulü çalışanların ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası, vardiya usulü çalışanlardan daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,004$ ).

COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,034$ ). Nöbet usulü çalışanların MTÖ toplam puanı ortancası, vardiya usulü çalışanlardan daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,045$ ). COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Nöbet usulü çalışanların MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, vardiya usulü çalışanlardan daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,0001$ ). COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,022$ ). Nöbet usulü çalışanların MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortalaması, vardiya usulü çalışanlardan daha yüksekti ve bu fark Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,020$ ). COVID-19 servislerinde çalışma şekline göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 COVID-19 servislerinde çalışma düzenine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 servislerinde çalışma şekli

	GÜNDÜZ MESAİSİ		VARDİYA SİSTEMİ		NÖBET USULÜ		P
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	80,2±13,8	81,0 (33,0-129,0)	79,0±15,6	80,0 (34,0-113,0)	80,4±17,5	82,5 (23,0-11,0)	0,747 *
<i>Tükenmişlik</i>	21,7±7,4	22,0 (3,0-38,0)	20,0±7,2	20,0 (2,0-40,0)	23,2±7,1	23,5 (6,0-37,0)	<b>0,004</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,6±9,7	37,0 (0,0-50,0)	37,4±8,1	38,0 (10,0-50,0)	34,4±10,2	36,5 (7,0-50,0)	0,091
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	22,8±9,2	24,0 (0,0-48,0)	21,7±9,7	23,0 (0,0-44,0)	22,9±9,7	24,0 (1,0-41,0)	0,397
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	41,5±13,6	43,0 (17,0-76,0)	39,7±12,5	37,0 (17,0-73,0)	42,2±13,8	42,5 (17,0-84,0)	0,311
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	10,1±4,3	10,0 (5,0-22,0)	9,9±4,0	9,0 (5,0-23,0)	10,2±4,6	9,0 (5,0-25,0)	0,975
<i>Kaçınma</i>	17,7±6,0	18,0 (7,0-33,0)	17,1±5,3	17,0 (7,0-33,0)	17,9±5,7	18,0 (7,0-34,0)	0,503
<i>Uyarılmışlık</i>	13,6±4,9	14,0 (5,0-25,0)	12,7±4,7	12,0 (5,0-25,0)	14,1±5,0	14,0 (5,0-25,0)	0,066
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	64,3±11,2	63,0 (22,0-99,0)	64,6±14,5	64,0 (32,0-186,0)	68,6±11,9	67,0 (44,0-102,0)	<b>0,034</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	11,8±3,5	12,0 (5,0-25,0)	10,9±3,6	10,0 (5,0-20,0)	13,1±4,1	12,5 (5,0-23,0)	<b>0,001</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	26,3±5,1	26,0 (8,0-38,0)	28,3±8,0	28,0 (16,0-100,0)	26,0±4,8	28,0 (17,0-35,0)	0,065
<i>Duygusal Tükenme</i>	26,1±8,2	26,0 (9,0-43,0)	25,4±8,6	26,0 (9,0-75,0)	28,5±8,0	28,0 (9,0-44,0)	<b>0,022</b> *

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi, p\*: Tek Yönlü Varyans Analizi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,033$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa hiç maruz kalmadığını belirten grubun ÇKYÖ toplam puanı ortancası, sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten gruba göre daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,028$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa hiç maruz kalmadığını belirten grubun ÇKYÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa hiç maruz kalmadığını belirten grubun ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/her zaman maruz kaldığını belirten gruplara göre daha yüksekti ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,038$ ,  $p=0,0001$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,007$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa hiç maruz kalmadığını belirten grubun ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası, sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten gruba göre daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,007$ ).

COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten grubun MTÖ toplam puanı ortancası, hiç

maruz kalmadığını ve bazen maruz kaldığını belirten gruplara göre daha yüksekti ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten grubun MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, hiç maruz kalmadığını ve bazen maruz kaldığını belirten gruplara göre daha yüksekti ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,023$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa sık sık/herzaman maruz kaldığını belirten grubun MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, hiç maruz kalmadığını ve bazen maruz kaldığını belirten gruplara göre daha yüksekti ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Aşırı iş yükü ve sorumluluğa sık bazen maruz kaldığını belirten grubun MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, hiç maruz kalmadığını gruba göre daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,005$ ). COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluklara maruz kalma durumuna göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü/sorumluluklara maruz kalma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü ve sorumluluklar

	HİÇ (n=54)		BAZEN (n=174)		SIK SIK/HER ZAMAN (n=141)		P
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ</b>							<b>0,033</b>
<b>Toplam Puan</b>	75,5±15,0	77,0 (41,0-111,0)	80,2±13,6	81,0 (33,0-110,0)	80,9±17,7	83,0 (23,0-129,0)	
<i>Tükenmişlik</i>	16,4±7,3	17,0 (2,0-31,0)	21,5±7,2	22,0 (3,0-40,0)	22,8±6,9	22,0 (5,0-38,0)	<b>0,0001</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	39,8±8,1	40,0 (12,0-50,0)	36,6±8,9	38,0 (0,0-50,0)	34,0±9,7	36,0 (7,0-50,0)	<b>0,0001</b>
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	19,2±10,1	20,0 (0,0-44,0)	22,1±8,6	23,0 (0,0-41,0)	24,0±10,1	25,0 (0,0-48,0)	<b>0,007</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	37,8±12,9	35,0 (17,0-84,0)	41,0±13,2	41,0 (17,0-71,0)	41,7±13,7	41,0 (17,0-76,0)	0,140
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	9,7±4,6	9,0 (5,0-25,0)	10,0±4,2	9,5 (5,0-22,0)	10,3±4,4	9,0 (5,0-23,0)	0,601
<i>Kaçınma</i>	16,0±4,8	15,5 (7,0-34,0)	17,6±5,8	18,0 (7,0-30,0)	17,8±5,9	17,0 (7,0-33,0)	0,136*
<i>Uyarılmışlık</i>	12,0±5,2	11,5 (5,0-25,0)	13,4±4,8	13,0 (5-23,0)	13,6±4,9	13,0 (5,0-25,0)	0,113
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	59,6±12,4	60,0 (32,0-85,0)	64,3±14,2	63,0 (22,0-186,0)	68,8±10,5	69,0 (42,0-89,0)	<b>0,0001</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	10,3±3,8	9,0 (5,0-20,0)	11,4±3,7	12,0 (5,0-23,0)	12,6±3,8	13,0 (5,0-25,0)	<b>0,0001</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	28,0±5,0	28,5 (18,0-37,0)	27,1±8,0	27,0 (8,0-100,0)	27,3±4,8	28,0 (16,0-38,0)	0,265
<i>Duygusal Tükenme</i>	21,2±8,2	22,0 (9,0-39,0)	25,8±8,6	26,0 (9,0-75,0)	28,9±7,3	30,0 (12,0-45,0)	<b>0,0001</b>

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi, p\*: Tek Yönlü Varyans Analizi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,005$ ). ÇİYKÖ toplam puanı ortancası bazen koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirten grupta hiç koruyucu ekipman sıkıntısı yaşamadığını belirten gruba göre daha yüksektir ve bu fark DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı ( $p=0,004$ ). Koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,020$ ). COVID-19 servislerinde her zaman/sık sık koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirten grupta; ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puan ortancası, hiçbir zaman koruyucu ekipman sıkıntısı yaşayamadığını belirtenlere göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,031$ ). Koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,021$ ). COVID-19 servislerinde bazen koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirten grupta; ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puan ortancası, hiçbir zaman yaşamadığını belirten gruba göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,017$ ). Koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Hiç koruyucu ekipman sıkıntısı yaşamadığını belirten grubun İTSÖ toplam puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,047$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,028$ ). COVID-19 servislerinde hiç koruyucu ekipman sıkıntısı yaşamadığını belirtenlerde İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ortancası, bazen koruyucu ekipman sıkıntısı yaşayanlara göre daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak

anlamliydy (  $p=0,022$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sikiintisiyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Hiç koruyucu ekipman sikiintisi yaşamadığını belirten grubun İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman koruyucu ekipman sikiintisi yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,004$ ,  $p=0,022$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sikiintisiyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Hiç koruyucu ekipman sikiintisi yaşamadığını belirten grubun İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman koruyucu ekipman sikiintisi yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,027$ ).

COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sikiintisiyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında MT toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,005$ ). Hiç koruyucu ekipman sikiintisi yaşamadığını belirten grubun MT toplam puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman koruyucu ekipman sikiintisi yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,028$ ,  $p=0,007$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sikiintisiyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında MT duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Hiç koruyucu ekipman sikiintisi yaşamadığını belirten grubun MT duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman koruyucu ekipman sikiintisi yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,007$ ,  $p=0,004$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sikiintisiyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,006$ ). Hiç koruyucu ekipman sikiintisi yaşamadığını belirten grubun MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/herzaman



koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadığını belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar DunnBonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,036$ ,  $p=0,008$ ). COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 servislerinde koruyucu ekipman sıkıntısı							
	HiÇ (n=93)		BAZEN (n=193)		SIK SIK/HER ZAMAN (n=62)		P
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ</b>							<b>0,005</b>
<b>Toplam Puan</b>	76,0±17,8	77,0 (23,0-129,0)	81,5±14,8	83,0 (32,0-110,0)	79,3±14,5	77,5 (33,0-110,0)	
<i>Tükenmişlik</i>	19,3±8,6	20,0 (3,0-38,0)	21,9±6,8	22,0 (2,0-40,0)	22,8±6,8	23,0 (4,0-38,0)	<b>0,020</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	36,5±9,6	37,0 (10,0-50,0)	36,3±8,6	38,0 (10,0-50,0)	34,1±11,0	36,0 (0,0-50,0)	0,426
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	20,2±10,4	20,0 (0,0-48,0)	23,3±9,0	25,0 (0,0-43,0)	22,5±9,4	23,0 (0,0-41,0)	<b>0,021</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>							<b>0,002</b>
<b>Toplam Puan</b>	36,9±13,9	35,0 (17,0-84,0)	42,3±12,8	42,0 (17,0-71,0)	41,9±13,6	41,0 (17,0-73,0)	
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	9,3±4,7	8,0 (5,0-25,0)	10,4±4,1	10,0 (5,0-20,0)	9,9±4,3	9,0 (5,0-23,0)	<b>0,028</b>
<i>Kaçınma</i>	15,9±5,8	15,0 (7,0-34,0)	18,0±5,5	18,0 (7,0-33,0)	18,2±5,9	18,0 (7,0-32,0)	<b>0,003</b>

<i>Uyarılmışlık</i>	11,7±5,0	11,0 (5,0- 25,0)	13,9±4,8	14,0 (5,0- 25,0)	13,7±5,1	14,0 (5,0- 25,0)	<b>0,001</b>
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	<b>62,7±11,1</b>	<b>63,0 (35,0- 99,0)</b>	<b>66,6±13,4</b>	<b>66,0 (39,0 - 186, 0)</b>	<b>67,3±13, 9</b>	<b>69,5 (22,0- 99,0)</b>	<b>0,005</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	10,7±4,1	10,0 (5,0- 25,0)	12,0±3,5	12,0 (5,0- 23,0)	12,6±4,0	13,0 (5,0- 22,0)	<b>0,002</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	27,9±6,2	28,0 (15,0- 55,0)	27,4±6,9	27,0 (15,0 - 100, 0)	26,6±6,0	27,0 (8,0- 38,0)	0,487
<i>Duygusal Tükenme</i>	24,0±7,9	25,0 (9,0- 41,0)	27,2±8,2	27,0 (9,0- 75,0)	28,1±9,6	29,0 (9,0- 45,0)	<b>0,006</b>

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi

ÇİYKÖ:Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği,İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

‘COVID-19 servislerinde çalışırken yeterli eğitim sağlandı mı?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). COVID-19 servislerinde çalışırken hiç eğitim almadığını belirten grubun ÇİYKÖ tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası, yeterli eğitim aldığını belirten gruba göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$  ,  $p=0,033$ ). COVID-19 servislerinde çalışırken hiç eğitim almadığını belirten grubun ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ortancası, yeterli eğitim aldığını belirten gruba göre daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,004$ ).

‘COVID-19 servislerinde çalışırken yeterli eğitim sağlandı mı?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). COVID-19 servislerinde çalışırken hiç eğitim almadığını belirten grubun İTSÖ kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanı ortalaması, yeterli eğitim aldığını belirten gruba göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,035$ ,  $p=0,037$ ).

COVID-19 servislerinde çalışırken hiç eğitim almadığını belirten grubun MTÖ toplam puan, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçek puanı ortalaması, yeterli eğitim aldığını belirten gruba göre daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). 'COVID-19 servislerinde çalışırken yeterli eğitim sağlandı mı?' sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4,18).

Tablo 4.18 COVID-19 servislerinde çalışmak için sağlanan eğitime göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 servislerinde çalışmak için yeterli eğitim sağlandı mı ?					
	Hiç (n=162)		BİRAZ/YETERLİ (n=185)		P
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ</b>	80,4±16,0	82,0	78,2±15,5	79,0	0,183*
<b>Toplam Puan</b>		(23-113,0)		(33,0-129,0)	
<i>Tükenmişlik</i>	23,0±7,4	23,0	19,8±7,1	20,0	<b>0,0001</b>
		(3,0-40,0)		(2,0-38,0)	
<i>Mesleki Tatmin</i>	34,2±10,8	36,0	36,1±8,5	38,0	<b>0,004</b>
		(6,0-50,0)		(0,0-50,0)	
<i>Eşduyumu Yorgunluğu</i>	23,2±9,4	23,0	21,0±9,7	22,0	<b>0,033</b>
		(1,0-41,0)		(0,0-48,0)	
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	41,9±13,2	40,0	39,4±13,6	37,0	0,074
		(17,0-73,0)		(17,0-84,0)	
<i>İstemsiz Etkilenme Kaçınma</i>	10,0±4,3	9,0	9,9±4,3	9,0	0,816
		(5,0-23,0)		(5,0-25,0)	
<i>Uyarılmışlık</i>	18,1±5,6	18,0	16,8±5,7	17,0	<b>0,035*</b>
		(7,0-33,0)		(7,0-34,0)	
	13,8±4,9	14,0	12,7±5,0	13,0	<b>0,037</b>
		(5,0-25,0)		(5,0-25,0)	
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	67,5±10,8	67,0	63,8±14,8	63,0	<b>0,001</b>
		(38,0-99,0)		(22,0-186,0)	
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,5±3,5	12,5	11,0±4,0	10,0	<b>0,0001</b>
		(5,0-22,0)		(5,0-25,0)	
<i>Kişisel Başarı</i>	26,9±5,8	27,0	27,9±7,1	28,0	0,168
		(15,0-55,0)		(8,0-100,0)	
<i>Duygusal Tükenme</i>	28,2±8,0	28,0	24,9±8,8	25,0	<b>0,0001*</b>
		(9,0-45,0)		(9,0-75,0)	

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Mann Whitney U Testi, p\*: İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşama durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı, tükenmişlik ve mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşadığını belirten grubun ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası damgalanma yaşamadığını belirten gruptan daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,005$ ).

COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşama durumuna göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşadığını belirten grubun MTÖ toplam puanı ve duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, damgalanma yaşamadığını belirten gruba göre daha yüksekti ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,007$ ). COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşama durumuna göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19 COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

**COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşadınız mı ?**

	EVET (n=171)		HAYIR (n=195)		P
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ</b>					0,058*
<b>Toplam Puan</b>	81,1±16,6	82,0 (23,0- 129,0)	78,0±14,2	80,0 (33,0-111,0)	
<i>Tükenmişlik</i>	21,9±8,1	22,0 (3,0-40,0)	20,7±6,7	21,0 (2,0-38,0)	0,060
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,5±9,7	36,0 (6,0-50,0)	3,6±8,9	38,0 (0,0-50,0)	0,270
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	23,6±9,7	24,0 (0,0-48,0)	20,7±9,0	22,0 (0,0-41,0)	<b>0,005</b>

<b>İTSÖ Toplam Puanı</b>	42,1±13,8	42,0 (17,0-76,0)	39,5±12,7	39,0 (17,0-84,0)	0,083
<i>İstemsiz Etkilenme Kaçınma</i>	10,4±4,4	10,0 (5,0-23,0)	9,7±4,1	9,0 (5,0-25,0)	0,135
<i>Uyarılmışlık</i>	18,1±5,8	17,0 (7,0-32,0)	16,9±5,5	17,0 (7,0-34,0)	0,061
	13,6±5,2	13,0 (5,0-25,0)	12,9±4,6	13,0 (5,0-25,0)	0,215
<b>MTÖ Toplam Puanı</b>	67,3±12,4	67,0 (35,0-102,0)	63,7±13,5	63,0 (22,0-186,0)	<b>0,003</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,2±4,1	12,0 (5,0-25,0)	11,3±3,5	11,0 (5,0-20,0)	0,073
<i>Kişisel Başarı</i>	27,7±5,8	28,0 (16,0-55,0)	27,1±7,0	27,0 (8,0-100,0)	0,102
<i>Duygusal Tükenme</i>	27,5±8,6	28,0 (9,0-45,0)	25,2±8,3	25,0 (9,0-75,0)	<b>0,007</b>

ort±ss: ortalama±standartsapma, p: Mann Whitney U Testi, p\*: İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ekonomik anlamda yeterince destek görme durumuna göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Ekonomik anlamda yeterince destek görme durumuna göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Ekonomik anlamda yeterince destek gördüğünü belirten grubun MTÖ toplam puanı ve duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, yeterince destek görmediğini belirten gruba göre daha düşüktü ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,006$ ,  $p=0,008$ ). Ekonomik anlamda yeterince destek görme durumuna göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20 Ekonomik anlamda destek görme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

**Ekonomik anlamda yeterince destek gördünüz mü ?**

	EVET (n=23)		HAYIR (n=353)		
	ort±ss	ortanca (min- maks)	ort±ss	ortanca (min- maks)	P
<b>ÇİYKÖ</b>					
<b>Toplam Puan</b>	75,6±14,0	75,0 (43,0- 104,0)	80,0±15,5	81,0 (23,0- 129,0)	0,106
<i>Tükenmişlik</i>	18,7±7,8	19,0 (3,0-30,0)	21,4±7,3	22,0 (2,0-40,0)	0,177
<i>Mesleki Tatmin</i>	36,1±10,0	36,0 (13,0- 50,0)	36,2±9,2	38,0 (0,0-50,0)	0,836
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	20,8±9,7	20,0 (2,0-41,0)	22,4±9,5	23,0 (0,0-48,0)	0,322
<b>İTSÖ Toplam Puanı</b>	37,0±13,0	35,0 (17,0- 65,0)	41,1±13,3	41,0 (17,0- 84,0)	0,286
<i>İstemsiz Etkilenme Kaçınma</i>	8,9±4,2	7,0 (5,0-16,0)	10,1±4,3	9,0 (5,0-25,0)	0,147
<i>Uyarılmışlık</i>	15,7±5,4	15,0 (7,0-27,0)	17,6±5,7	17,0 (7,0-34,0)	0,115
	12,3±5,1	11,0 (5,0-25,0)	13,3±4,9	13,0 (5,0-25,0)	0,286
<b>MTÖ Toplam Puanı</b>	58,7±10,7	58,0 (42,0- 78,0)	65,7±13,0	65,0 (22,0- 186,0)	<b>0,006</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	10,9±3,3	10,0 (5,0-17,0)	11,7±3,8	12,0 (5,0-25,0)	0,351
<i>Kişisel Başarı</i>	26,0±	24,0 (16,0- 38,0)	27,4±6,4	27,0 (8,0- 100,0)	0,254
<i>Duygusal Tükenme</i>	21,8±8,3	23,0 (9,0-41,0)	26,6±8,4	27,0 (9,0-75,0)	<b>0,008</b>

ort±ss: ortalama±standartsapma, p: Mann Whitney U Testi

ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

‘Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı ve eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır

( $p>0,05$ ). ‘Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Ülke pandemi yönetimini yeterli olarak belirten grubun ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası, yeterli değil ve orta olarak değerlendiren gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,041$ ). Ülke pandemi yönetimini yeterli olarak belirten grubun ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ortancası, yeterli değil olarak değerlendiren gruba göre daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,034$ ).

‘Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

‘Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı ve kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). ‘Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,008$ ). Ülke pandemi yönetimini yeterli olarak belirten grubun MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, yeterli değil ve orta olarak değerlendiren gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,006$ ,  $p=0,023$ ). Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna verilen yanıtlara göre gruplar arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Ülke pandemi yönetimini yeterli olarak belirten grubun MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, yeterli değil olarak değerlendiren gruba göre daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,004$ ) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Ülke pandemi yönetimi değerlendirilmesine göre ölçek puanlarının Karşılaştırılması

Ülke pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz ?							
	YETERLİ DEĞİL (n=226)		ORTA (n=109)		YETERLİ (n=38)		p
	ort±ss	ortanc a (min- maks)	ort±ss	ortanc a (min- maks)	ort±ss	ortanc a (min- maks)	
<b>ÇİYKÖ</b>							
<b>Toplam Puan</b>	79,9±15,6	81,0 (23,0-129,0)	81,1±14,9	81,0 (33,0-110)	74,7±15,3	79,0 (34,0-111,0)	0,085*
<i>Tükenmişlik</i>	21,8±7,1	22,0 (3,0-40,0)	22,0±7,1	23,0 (2,0-35,0)	16,3±7,5	17,0 (3,0-32,0)	<b>0,0001</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	35,5±9,3	37,0 (6,0-50,0)	36,3±9,0	37,0 (0,0-50,0)	38,9±9,8	40,5 (10,0-50,0)	<b>0,041</b>
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	22,6±9,7	24,0 (0,0-48,0)	22,8±9,1	23,0 (3,0-44,0)	19,4±9,4	20,5 (2,0-35,0)	0,139
<b>İTSÖ</b>							
<b>Toplam Puan</b>	41,3±13,7	40,0 (17,0-76,0)	41,8±12,1	43,0 (17,0-71,0)	37,9±13,8	37,5 (17,0-84,0)	0,250
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	9,9±4,4	9,0 (5,0-25,0)	10,4±4,0	10,00 (5,0-22,0)	9,9±4,6	9,5 (5,0-25,0)	0,369
<i>Kaçınma</i>	17,7±5,9	17,0 (7,0-33,0)	17,7±5,2	18,0 (7,0-30,0)	15,7±5,3	16,0 (7,0-34,0)	0,090
<i>Uyarılmışlık</i>	13,4±5,1	13,0 (5,0-25,0)	13,6±4,5	13,0 (5,0-24,0)	12,3±4,9	13,0 (5,0-25,0)	0,341
<b>MTÖ</b>							
<b>Toplam Puan</b>	66,6±14,0	66,0 (35,0-186,0)	64,5±10,3	63,0 (22,0-102,0)	60,8±11,7	64,0 (32,0-78,0)	0,134
<i>Duyarsızlaşma</i>	12,0±4,0	12,0 (5,0-25,0)	11,7±3,4	12,0 (5,0-23,0)	9,8±3,4	10,0 (5,0-17,0)	<b>0,008</b>
<i>Kişisel</i>	27,2±7,3	27,0	27,0±4,7	27,0	28,8±5,6	29,5	0,113



<i>Başarı</i>		(15,0- 100,0)		(8,0- 37,0)		(18,0- 38,0)	
<i>Duygusal Tükenme</i>	27,3±8,8	27,0	25,7±7,2	25,0	22,1±7,9	25,0	<b>0,003</b>
		(9,0- 75,0)		(9,0- 45,0)		(9,0- 37,0)	

ort±ss: ortalama±standart sapma, p: Kruskal Wallis Testi, p\*: Tek Yönlü Varyans Analizi

*ÇİYKÖ: Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği*

Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında ÇİYKÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,005$ ). Bazen psikolojik destek alma ihtiyacını hissettiğini belirten grubun ÇİYKÖ toplam puanı ortancası, hiç hissetmediğini belirten gruba göre daha yüksekti ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,008$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Sık sık/her zaman psikolojik destek alma ihtiyacını hissettiğini belirten grubun ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ortancası, hiç hissetmediğini ve bazen hissettiğini belirten gruplara göre daha yüksekti ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,003$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Sık sık/her zaman psikolojik destek alma ihtiyacını hissettiğini belirten grubun ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ortancası, hiç hissetmediğini ve bazen hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,038$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında ÇİYKÖ eş duyum yorgunluğu alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,003$ ,  $p=0,006$ ).

Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında İTSÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun İTSÖ toplam

puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,002$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ortancası, bazen hissettiğini belirten gruba göre daha düşüktü ve bu fark Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmada anlamlıydı ( $p=0,002$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ).

Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında MTÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun MTÖ toplam puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,002$ ,  $p=0,006$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar

arasında MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Hiç psikolojik destek alma ihtiyacını hissetmediğini belirten grubun MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı ortancası, bazen ve sık sık/ her zaman hissettiğini belirten gruplara göre daha düşüktü ve bu farklar Dunn Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda anlamlıydı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ). Psikolojik destek alma ihtiyacına göre gruplar arasında MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22 Psikolojik destek ihtiyacına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Psikolojik destek alma ihtiyacı hissettiniz mi?							
	HIÇ (n=182)		BAZEN (n=150)		SIK SIK/HER ZAMAN (n=40)		p
	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	ort±ss	ortanca (min-maks)	
<b>ÇİYKÖ Toplam Puan</b>	77,2±15,5	78,0 (32,0-110,0)	81,8±14,5	83,0 (23,0-113,0)	83,2±17,1	84,5 (51,0-129,0)	<b>0,005</b>
<i>Tükenmişlik</i>	19,8±7,5	21,0 (2,0-35,0)	21,8±6,3	22,0 (3,0-38,0)	25,9±8,5	28,0 (3,0-40,0)	<b>0,0001</b>
<i>Mesleki Tatmin</i>	37,1±9,3	39,0 (0,0-50,0)	36,0±8,7	37,0 (7,0-50,0)	31,6±10,0	32,5 (6,0-50,0)	<b>0,002</b>
<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	20,3±9,7	20,5 (0,0-44,0)	23,9±8,4	24,5 (1,0-41,0)	25,7±10,8	26,5 (0,0-48,0)	<b>0,0001</b>
<b>İTSÖ Toplam Puan</b>	36,9±12,0	35,0 (17,0-70,0)	43,6±12,7	44,0 (17,0-84,0)	48,1±16,0	51,0 (17,0-76,0)	<b>0,0001</b>
<i>İstemsiz Etkilenme</i>	9,2±3,8	8,0 (5,0-21,0)	10,8±4,3	10,0 (5,0-25,0)	11,1±5,4	10,5 (5,0-25,0)	<b>0,002</b>
<i>Kaçınma</i>	15,9±5,2	16,0 (7,0-30,0)	18,5±5,4	18,5 (7,0-34,0)	20,7±6,8	21,0 (7,0-33,0)	<b>0,0001</b>
<i>Uyarılmışlık</i>	11,8±4,4	12,0 (5,0-21,0)	14,3±4,6	14,0 (5,0-25,0)	16,3±5,8	18,0 (5,0-25,0)	<b>0,0001</b>
<b>MTÖ Toplam Puan</b>	61,3±11,1	62,0 (22,0-99,0)	68,9±13,8	67,0 (42,0-186,0)	70,7±12,1	70,0 (48,0-99,0)	<b>0,0001</b>
<i>Duyarsızlaşma</i>	10,8±3,6	10,0 (5,0-20,0)	12,4±3,7	12,0 (5,0-23,0)	13,1±4,2	13,0 (5,0-25,0)	<b>0,0001</b>
<i>Kişisel Başarı</i>	27,2±5,7	27,0 (8,0-55,0)	27,8±7,6	28,0 (15,0-100,0)	26,4±5,3	26,0 (17,0-36,0)	0,478
<i>Duygusal</i>	23,3±7,9	24,0	28,7±7,7	28,0	31,2±8,8	32,0	<b>0,0001</b>

Tükenme

(9,0-  
43,0)

(11,0-  
75,0)

(10,0-  
45,0)

ort±ss: ortalama±standartsapma, p: Kruskal Wallis Testi

ÇİYKÖ:Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği,İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

## KORELASYON ANALİZİ

Yaş ile ÇİYKÖ, İTSÖ, MTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). MTÖ ile ÇİYKÖ ve İTSÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyli korelasyon saptanmıştır (sırasıyla  $r=0,321$ ,  $p=0,0001$ ;  $r=0,468$ ,  $p=0,0001$ ). İTSÖ ile ÇİYKÖ arasında pozitif yönlü güçlü korelasyon saptanmıştır ( $r= 0,559$ ,  $p=0,0001$ ) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23 Yaş İle Ölçek Puanlarının Korelasyonları

	ÇİYKÖ	İTSÖ	MTÖ
<b>Yaş</b>			
r	-0,023	-0,058	-0,097
p	0,652	0,259	0,060
<b>MTÖ</b>			
r	<b>0,321</b>	<b>0,468</b>	
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	
<b>İTSÖ</b>			
r	<b>0,559</b>		
p	<b>0,0001</b>		

ÇİYKÖ:Çalışanlarda Yaşam Kalitesi Ölçeği,İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Hekim grubunda; yaş ile duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma, uyarılma, kaçınma, istemsiz etkilenme, eş duyum yorgunluğu, mesleki tatmin ve tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001$ , $r=0,628$ ), kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde  $p=0,0001$ ,  $r= -0,442$ ) ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001$ , $r=0,417$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü güçlü (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $r=0,643$ ;  $p=0,000$ ,  $r=0,647$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz

etkilenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,426$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında negatif yönde güçlü ( $p=0,0001, r= -0,538$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında pozitif yönde güçlü ( $p=0,001, r=0,664$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf orta düzeyde ( $p=0,001, r= -0,269$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r= -0,349$ ;  $p=0,0001, r= -0,328$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )(Tablo4.24).

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,398$ ;  $p=0,0001, r=0,406$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,05, r=-0,165$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile İTSÖ kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,543$ ;  $p=0,0001, r=0,664$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. ( $p>0,05$ )(Tablo4.24).

İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,344$ ;  $p=0,0001, r=0,288$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,011, r= -0,214$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,606$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek

puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r= -0,329$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,462$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ uyarılma ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,594$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r= -0,391$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,383$ ) korelasyon saptanmıştır.

Tablo 4.24 Hekim meslek grubunda yaş ile ölçek alt puanlarının korelasyonları

Yaş	Duygusal tükenme	Kişisel başarı	Duyarsızlaşma	Uyarılmışlık	Kaçınma	İstemsiz etkilene	Eş duyum yorgunluğu	Mesleki tatmin	Tükenmişlik
r	-0,007	0,151	-0,064	-0,013	-0,005	0,027	0,015	0,106	-0,075
p	0,930	0,072	0,450	0,878	0,949	0,745	0,856	0,211	0,376
<b>Tükenmişlik</b>									
r	<b>0,628</b>	<b>-0,442</b>	<b>0,417</b>	<b>0,643</b>	<b>0,647</b>	<b>0,426</b>	<b>0,518</b>	<b>-0,560</b>	
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	
<b>Mesleki tatmin</b>									
r	<b>-0,538</b>	<b>0,664</b>	<b>-0,269</b>	<b>-0,349</b>	<b>-0,328</b>	-0,128	-0,161		
p	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,128	0,056		
<b>Eş duyum yorgunluğu</b>									
r	<b>0,398</b>	<b>-0,165</b>	<b>0,406</b>		<b>0,543</b>	<b>0,664</b>			
p	<b>0,0001*</b>	<b>0,050</b>	<b>0,0001</b>	*	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>			
<b>İstemsiz etkilene</b>									
r	<b>0,344</b>	<b>-0,214</b>	<b>0,288</b>	<b>0,647</b>	<b>0,692</b>				
p	<b>0,0001</b>	<b>0,011</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>				
<b>Kaçınma</b>									
r	<b>0,606</b>	<b>-0,329</b>	<b>0,462</b>	<b>0,885</b>					
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>					
<b>Uyarılmışlık</b>									
r	<b>0,594</b>	<b>-0,391</b>	<b>0,383</b>						
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>						
<b>Duyarsızlaşma</b>									
r	<b>0,530</b>	-0,137							
p	<b>0,0001</b>	0,103							
<b>Kişisel başarı</b>									
r	<b>-0,353</b>								
p	<b>0,0001</b>								

Hekim grubunda; yaş ile duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma, uyarılma, kaçınma, istemsiz etkilenme, eş duyum yorgunluğu, mesleki tatmin ve tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,533$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,271$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,424$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,563; p=0,0001, r=0,585$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,410$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta ( $p=0,0001, r= -0,448$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ( $p=0,001, r=0,513$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf orta düzeyde ( $p=0,001, r= -0,444$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,030, r=-0,171$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme ve uyarılmışlık alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,435; p=0,0001, r=0,336$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt



ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık, kaçınma ve istemsiz etkilenme alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,555$ ;  $p=0,0001, r=0,570$ ;  $p=0,0001, r=0,609$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde (sırasıyla  $p=0,004, r=0,225$ ;  $p=0,009, r=0,206$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,488$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,026, r= -0,175$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,409$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,499$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma arasında pozitif orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,356$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı ile korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.25 Hemşire meslek grubunda yaş ile ölçek alt puanlarının korelasyonları

	Duygusal tükenme	Kişisel başarı	Duyarsızlaşma	Uyarılmışlık	Kaçınma	İstemsiz etkilenme	Eş duyum yorgunluğu	Mesleki tatmin	Tükenmişlik
<b>Yaş</b>									
r	-0,034	-0,032	-0,132	-0,022	-0,038	0,077	0,046	0,051	-0,104
p	0,669	,691	0,095	0,784	0,634	0,329	0,561	0,522	0,191
<b>Tükenmişlik</b>									
r	<b>0,533</b>	<b>-0,271</b>	<b>0,424</b>	<b>0,563</b>	<b>0,585</b>	<b>0,410</b>	<b>0,591</b>	<b>-0,414</b>	
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001*</b>	
<b>Mesleki tatmin</b>									
r	<b>-0,448</b>	<b>0,513</b>	<b>-0,444</b>	-0,080	<b>-0,171</b>	0,080	-0,080		
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>	0,309	<b>0,030*</b>	0,314	0,310*		
<b>Eş duyum yorgunluğu</b>									
r	<b>0,435</b>	-0,063	<b>0,336</b>	<b>0,555</b>	<b>0,570</b>	<b>0,609</b>			
p	<b>0,0001</b>	0,424*	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>			
<b>İstemsiz etkilenme</b>									
r	<b>0,225</b>	-0,041	<b>0,206</b>	<b>0,591</b>	<b>0,611</b>				
p	<b>0,004</b>	0,601	<b>0,009</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>				
<b>Kaçınma</b>									
r	<b>0,488</b>	<b>-0,175</b>	<b>0,409</b>	<b>0,811</b>					
p	<b>0,0001</b>	<b>0,026*</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>					
<b>Uyarılmışlık</b>									
r	<b>0,499</b>	-0,141	<b>0,356</b>						
p	<b>0,0001</b>	0,073	<b>0,0001</b>						
<b>Duyarsızlaşma</b>									
r	<b>0,568</b>	<b>-0,204</b>							
p	<b>0,0001</b>	<b>0,009</b>							
<b>Kişisel başarı</b>									
r	-0,064								
p	0,419								

r: Korelasyon katsayısı, p: Spearman Korelasyon Testi, p\*: Pearson Korelasyon Testi

Sağlık personeli grubunda; yaş ile duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma, uyarılma, kaçınma, istemsiz etkilenme, eş duyum yorgunluğu, mesleki tatmin ve tükenmişlik alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,502$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,393$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,416$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı İTSÖ uyarılmışlık alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü ( $p=0,0001, r=0,540$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı İTSÖ kaçınma ve istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,427$ ),  $p=0,0001, r=0,405$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı\* arasında negatif yönde pozitif düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,522$ ) ve ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,508$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta ( $p=0,0001, r= -0,442$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ( $p=0,001, r=0,425$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,018, r= -0,271$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,001, r=-0,370$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ İstemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,011, r= -0,291$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ Kaçınma alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,017, r=0,275$ ;  $p=0,0001, r=0,399$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ Kişisel başarı alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,004, r=0,331$ ;  $p=0,0001, r=0,424$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde  $p=0,0001, r=0,574$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ istemsiz etkilenme ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (sırasıyla  $p=0,006, r=0,317$ ;  $p=0,0001, r=0,471$ ), kişisel başarı ile negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,006, r=-0,312$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ istemsiz etkilenme ölçek puanı ile İTSÖ kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları arasında pozitif yönde güçlü (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,496$ ;  $p=0,0001, r=0,615$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,550$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,547$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ Kişisel başarı alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,647$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,407$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.26 Sağlık personeli meslek grubunda yaş ile ölçek alt puanlarının korelasyonları

	Duygusal tükenme	Kişisel başarı	Duyarsızlaşma	Uyarılmışlık	Kaçınma	İstemsiz etkilenme	Eş duyum yorgunluğu	Mesleki tatmin	Tükenmişlik
<b>Yaş</b>									
r	<b>-0,256</b>	-0,019	-0,217	-0,167	-0,233	-0,160	-0,075	-0,110	-0,094
p	<b>0,026</b>	0,869	0,062	0,152	0,044	0,171	0,523	0,348	0,420
<b>Tükenmişlik</b>									
r	<b>0,502</b>	<b>-0,393</b>	<b>0,416</b>	<b>0,540</b>	<b>0,427</b>	<b>0,405</b>	<b>0,508</b>	<b>-0,522</b>	
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001*</b>	
<b>Mesleki tatmin</b>									
r	<b>-0,442</b>	<b>0,425</b>	<b>-0,271</b>	<b>-0,370</b>	-0,072	<b>-0,291</b>	-0,023		
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,018</b>	<b>0,001</b>	0,537*	<b>0,011</b>	0,845*		
<b>Eşduyum yorgunluğu</b>									
r	<b>0,275</b>	-0,162	<b>0,399</b>	<b>0,331</b>	<b>0,424</b>	<b>0,574</b>			
p	<b>0,017</b>	0,165*	<b>0,0001</b>	<b>0,004</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>			
<b>İstemsiz etkilenme</b>									
r	<b>0,317</b>	<b>-0,312</b>	<b>0,471</b>	<b>0,496</b>	<b>0,615</b>				
p	<b>0,006</b>	<b>0,006</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>				
<b>Kaçınma</b>									
r	<b>0,550</b>	-0,086	<b>0,547</b>	<b>0,766</b>					
p	<b>0,0001</b>	0,461*	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>					
<b>Uyarılmışlık</b>									
r	<b>0,647</b>	-0,152	<b>0,407</b>						
p	<b>0,0001</b>	0,193	<b>0,0001</b>						
<b>Duyarsızlaşma</b>									
r	<b>0,587</b>	-0,216							
p	<b>0,0001</b>	0,062							
<b>Kişisel başarı</b>									
r	0,039								
p	0,737								

r: Korelasyon katsayısı, p: Spearman Korelasyon Testi, p\*: Pearson Korelasyon Testi

Tüm ölçekler arasında; yaş ile MTÖ duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma; İTSÖ uyarılma, kaçınma, istemsiz etkilenme; ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu ve mesleki tatmin alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Yaş faktörü ile ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,038$ ,  $r=-0,107$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=0,588$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=-0,367$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü orta düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=0,465$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık ve kaçınma alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü güçlü (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $r=0,603$ ;  $p=0,0001$ ,  $r=0,588$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=0,416$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=0,469$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ( $p=0,001$ ,  $r=0,545$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf orta düzeyde ( $p=0,0001$ ,  $r=-0,367$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $r=-0,234$ ;  $p=0,0001$ ,  $r=-0,249$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçek puanı ile ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf ( $p=0,014$ ,  $r=-0,147$ ) korelasyon saptanmıştır.

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde (

sırasıyla  $p=0,0001, r=0,392$ ;  $p=0,0001, r=0,395$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,013, r=-0,128$ ) korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı ile İTSÖ uyarılmışlık, kaçınma ve istemsiz etkilenme alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,508$ ;  $p=0,0001, r=0,530$ ;  $p=0,0001, r=0,632$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,298$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,316$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ istemsiz etkilenme alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,155$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde (sırasıyla  $p=0,0001, r=0,558$ ;  $p=0,0001, r=0,472$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ kaçınma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,227$ ) korelasyon saptanmıştır.

İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ( $p=0,0001, r=0,591$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ( $p=0,0001, r=-0,226$ ) korelasyon saptanmıştır. İTSÖ uyarılma alt ölçek puanı ile MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı arasında pozitif orta düzeyde ( $p=0,0001, r=0,404$ ) korelasyon saptanmıştır.

Tablo 4.27 Tüm katılımcıların yaş ile ölçek alt puanlarının korelasyonları

	Duygusal tükenme	Kişisel başarı	Duyarsızlaşma	Uyarılmışlık	Kaçınma	İstemsiz etkilenme	Eş duyum yorgunluğu	Mesleki tatmin	Tükenmişlik
<b>Yaş</b>									
r	-0,080	0,033	<b>-0,144</b>	-0,065	-0,087	-0,016	0,002	0,043	<b>-0,107</b>
p	0,121	0,525	<b>0,005</b>	0,211	0,092	0,760	0,966	0,403	<b>0,038</b>
<b>Tükenmişlik</b>									
r	<b>0,588</b>	<b>-0,367</b>	<b>0,465</b>	<b>0,603</b>	<b>0,588</b>	<b>0,416</b>	<b>0,548</b>	<b>-0,513</b>	
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	
<b>Mesleki tatmin</b>									
r	<b>-0,469</b>	<b>0,545</b>	<b>-0,347</b>	<b>-0,249</b>	<b>-0,234</b>	-0,081	<b>-0,127</b>		
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,115	<b>0,014</b>		
<b>Eş duyum yorgunluğu</b>									
r	<b>0,392</b>	<b>-0,128</b>	<b>0,395</b>	<b>0,508</b>	<b>0,530</b>	<b>0,632</b>			
p	<b>0,0001*</b>	<b>0,013</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001*</b>	<b>0,0001</b>			
<b>İstemsiz etkilenme</b>									
r	<b>0,298</b>	<b>-0,155</b>	<b>0,316</b>	<b>0,585</b>	<b>0,645</b>				
p	<b>0,0001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>				
<b>Kaçınma</b>									
r	<b>0,558</b>	<b>-0,227</b>	<b>0,472</b>	<b>0,834</b>					
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>					
<b>Uyarılmışlık</b>									
r	<b>0,591</b>	<b>-0,226</b>	<b>0,404</b>						
p	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>						
<b>Duyarsızlaşma</b>									
r	<b>0,586</b>	-0,195							
p	<b>0,0001</b>	0,103							
<b>Kişisel başarı</b>									
r	<b>-0,139</b>								
p	<b>0,007</b>								

r: Korelasyon katsayısı, p: Spearman Korelasyon Testi, p\*: Pearson Korelasyon Testi



## REGRESYON ANALİZİ

MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanını etkileyen risk faktörleri lojistik regresyon enter modeli ile incelendi. Cinsiyet, yaş, meslek yılı, fiziksel hastalık varlığı, ruhsal hastalık varlığı ve mesai saati anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmadı. Hekim olmak duygusal tükenme alt ölçek puanının 27 ve üzerinde olma riskini sağlık personeline göre 3,3 kat (%95 GA 1,771- 6,276; p:0,0001), hemşireler olmak 3,2 kat (%95 GA 1,731-6,002, p:0,0001) artırmaktaydı (Tablo4.28).

Tablo 4.28 Duygusal Tükenme Alt Ölçek puanını yordayıcı faktörleri

	<b>B</b>	<b>OR</b>	<b>% 95 GA</b>	<b>P</b>
<b>Constant</b>	0,813	2,255		0,381
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	1,000			
Kadın	0,149	1,161	0,743-1,813	0,512
<b>Yaş</b>	-0,044	0,957	0,913-1,003	0,069
<b>Meslek</b>				
Sağlık Personeli	1,000			
Hekim	<b>1,204</b>	<b>3,334</b>	<b>1,771-6,276</b>	<b>0,0001</b>
Hemşire	<b>1,170</b>	<b>3,223</b>	<b>1,731-6,002</b>	<b>0,0001</b>
<b>Meslek Yılı</b>				
5 yıl üzeri	1,000			
5 yıl ve altı	-0,566	0,568	0,307-1,050	0,071
<b>Fiziksel hastalık varlığı</b>				
Yok	1,000			
Var	0,270	1,310	0,666,2,577	0,434
<b>Ruhsal hastalık varlığı</b>				
Yok	1,000			
Var	0,140	1,151	0,643-2,058	0,636
<b>Mesai saati</b>				
40 saat ve altı	1,000			
40 saat üstü	-0,277	0,758	0,455-1,264	0,289

OR: Odd's Ratio, GA: Güven aralığı, p: Lojistik Regresyon Enter Modeli

MTÖ duyarsızlaşma alt ölçeğini etkileyen risk faktörleri lojistik regresyon enter modeli ile incelendi. Cinsiyet, yaş, meslek yılı, fiziksel hastalık varlığı, ruhsal hastalık varlığı ve mesai saati anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmadı. Hekim olmak duyarsızlaşma alt ölçek puanınının 13 puan ve üzerinde olma riskini sağlık personeline göre 2,6 kat (%95 GA 1,365- 4,869; p:0,004) ve hemşire olmak 2,5 kat (%95 GA 1,325-4,709, p:0,005) artırmaktaydı. (Tablo 4.29)

Tablo 4.29 Duyarsızlaşma Alt Ölçek puanını yordayıcı faktörler

	<b>B</b>	<b>OR</b>	<b>% 95 GA</b>	<b>P</b>
<b>Constant</b>	0,015	1,015		0,987
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	1,000			
Kadın	0,277	1,320	0,845-2,061	0,222
<b>Yaş</b>	-0,045	0,956	0,911-1,003	0,067
<b>Meslek</b>				
Sağlık Personeli	1,000			
Hekim	<b>0,947</b>	<b>2,578</b>	<b>1,365-4,869</b>	<b>0,004</b>
Hemşire	<b>0,915</b>	<b>2,498</b>	<b>1,325-4,709</b>	<b>0,005</b>
<b>Meslek Yılı</b>				
5 yıl üzeri	1,000			
5 yıl ve altı	-0,007	0,993	0,541-1,824	0,983
<b>Fiziksel hastalık varlığı</b>				
Yok	1,000			
Var	0,093	1,098	0,561-2,149	0,786
<b>Ruhsal hastalık varlığı</b>				
Yok	1,000			
Var	0,238	1,269	0,711-2,266	0,420
<b>Mesai saati</b>				
40 saat ve altı	1,000			
40 saat üstü	0,171	1,186	0,710-1,982	0,514

OR: Odd's Ratio, GA: Güven aralığı, p: Lojistik Regresyon Enter Model

## 5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanları COVID-19 enfeksiyonunun tanı, tedavi ve izleme aşamalarında aktif olarak rol oynamaktadır. Bu süreçte enfekte olma, bulaştırma, hastalığa yakalanma, hatta ölüm riski taşımaları nedeniyle, diğer meslek gruplarından daha fazla etkilenmekte, salgın sürecinde hazırlıksız oldukları zorlu etik ve ahlaki kararlarla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanları bu süreçte karşılaştığı birçok travmatik yaşantı sonucunda tükenmişlik, ikincil travmatizasyon ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında riskli konumdadır. Ruhsal ve fiziksel olarak tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının henüz sürecin nasıl gideceği netleşmeyen bu pandemi döneminde hizmet kalitesinin, performanslarının ve kişisel sağlıklarının etkilendiğini görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha verimli, daha etkili sürdürülebilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının ruhsal-fiziksel açıdan korunması, desteklenmesi ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini artıracak, tükenmişlik düzeylerini azaltacak adımlar atılması gereklidir. Bu bilgiler ışığında geliştirdiğimiz çalışmamızda; sağlık çalışanlarında ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik için risk faktörlerini inceledik.

### 5.1 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçek puanları ile bulgularımızın karşılaştırılması

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz verilere göre sosyodemografik faktörlerden cinsiyet değişkeni; çalışanlar için yaşam kalitesi (ÇİYKÖ) alt boyutları arasında anlamlı fark yaratmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarını incelediğimizde; cinsiyetin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile ilgili fikir birliğine varılamadığı görülmektedir. Özellikle bizim çalışmamızla uyumlu olarak cinsiyet faktörünün önem arz etmediği birçok çalışma olduğu görülmektedir. Çalışanlar için yaşam kalitesi düzeyinde cinsiyet faktörünün anlamlı olmadığı sonucumuz Polat ve ark.'nın 2021 yılında 346 sağlık personeli ile ve Moradi ve ark.'nın 2014 yılında 200 hemşire örnekleme ile yaptıkları çalışmalar benzerdir (100 , 101)Yine çalışmamız ile tutarlı olarak Brady'nin (2017) çocuk istismarını önlemeyle görevli polislerle yaptığı bir çalışmada ÇİYKÖ alt ölçeklerinden olan mesleki tatmin ile cinsiyet faktörü arasında anlamlı fark saptanmamıştır (102). Bizim çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; bir ilde mevcut olan üç farklı kamu

hastanesinde çalışan 412 kişilik bir örneklem grubu üzerinde yürütülen bir çalışmada ise erkek katılımcıların kadın katılımcılardan daha yüksek mesleki tatmine sahip olduğu görülmüştür (103).

Yine sosyodemografik faktörlerden yaş faktörü ile ÇİYKÖ açısından anlamlı farklar saptanmamıştır. Çalışmamızla benzer sonuçlar bulunan araştırmalar; Atan ve Tekingündüz'ün (2014) 363 ambulans çalışanı ile Avşaroğlu ve ark.'ın (2005) öğretmenler ile gerçekleştirdiği çalışmalarda ÇİYKÖ bileşenlerinden olan mesleki tatmin ile yaş arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (104,105). Literatürde artan yaş ile ÇİYKÖ alt ölçeklerinden mesleki tatmin düzeyinin artmış olduğu sonucuna varılan birçok çalışma da bulunmaktadır (106)(103). Yaş ilerledikçe çalışanların mesleki deneyimlerinin artması kişilerin mesleklerinde daha pratik ve akılcı yöntemler seçmelerini sağlayıp, özgüvenlerini artırıcı bir durum olabilir. Bunun sonucunda mesleki tatmin hissi artıp, tükenmişlik riskinin azalabileceği söylenebilir. Buna karşın COVID-19 pandemisi gibi daha önce sağlık çalışanlarının tecrübe etmediği bir süreçte, yaş bileşeninin yaşam kalitesi ile ilişkisinin saptanmaması beklenir bir sonuç olarak düşünülebilir.

Mesleki deneyim faktörü ve haftalık mesai saati ile ÇİYKÖ açısından anlamlı farklar saptanmamıştır. Çalışmamız Bölükbaşı ve arkadaşlarının (2021) hemşireler üzerinde yaptığı tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu faktörlerinin incelendiği çalışmada mesleki deneyim ile anlamlı fark saptanmadığı sonuçları ile uyumludur (107). Çalışmamızla tutarlı olarak Başkale ve ark. (2016) haftalık mesai saati ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varmıştır (108).

Sosyodemografik verilerden eğitim düzeyi düşük olanlarda ÇİYKÖ puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda ÇİYKÖ tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak eğitim düzeyi daha yüksek olan meslek gruplarında daha çok tükenmişlik belirtileri görüldüğü, yaşam kalitesinde düşüşler olduğu ve çeşitli psikopatolojiler

görülme olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur (97,109,110). Literatürde yaptığımız çalışma ile uyumlu olarak, diğer çalışmalar incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek katılımcılarda eşduyum yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (111,112,113,114). Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin diğer sağlık personelinde daha eğitilmiş olması, çalışılan hasta grubuyla daha yakın temasta olması, takip ve tedavi aşamasında en önde yer alması gibi sebeplerle yaşam kalitelerinin daha düşük olması beklenilebilir.

COVID-19 hastalarının yatarak tedavi gördüğü servislerde nöbet usulü çalışanların ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanları, vardiya usulü ve sadece gündüz mesaisi şeklinde çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamızla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Denk'in 2018 yılında yapmış olduğu çalışmasında; gece mesaisi yapan sağlık çalışanlarının tükenmişlik alt ölçekleri puanları ve ölçeğin toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (115). Bu durum gece mesaisi yapan çalışanlarda aile düzeninin bozulması, uykusuzluk ve sosyal yaşamın olumsuz yönde etkilenmesiyle açıklanabilir. Çalışmamızda eşduyum yorgunluğu ile çalışma şekli arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgumuz literatürdeki Yoder ve ark. 'nın hastane ve evde bakım hemşirelerinde yaptığı çalışma ile tutarlıdır (116).

Yaptığımız çalışmaya göre meslek gruplarına göre ÇİYKÖ alt ölçek karşılaştırılmasında tükenmişlik alt ölçek puanları hekimlerde; eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanları ise hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur. Meyer ve ark.'nın çocuk servisinde yaptığı çalışmada hemşirelerin yüksek oranda eşduyum yorgunluğu yaşadıklarını saptamıştır (117). Hemşirelerin fiziksel ve ruhsal olarak acı çeken hastalara bakım vermeleri, duygusal anlamda yıpratıcı durumlarla karşı karşıya kalmalarına sebep olmaktadır. COVID-19 salgını boyunca özellikle hemşireler yatarak tedavi gören hastalara daha fazla hizmet verdiklerinden; hastaların izole odalarda yalnız kalmak zorunda olmaları nedeniyle acılarına destek bulamadıklarına ve ölümlerine şahit olmakta; bu da hemşirelerde eşduyum yorgunluğunu beraberinde getirmektedir.

ÇİYKÖ tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı, yeterli eğitim almadığını belirten grupta daha yüksek; mesleki tatmin alt ölçek puanları ise yeterli eğitim aldığını belirten grupta daha yüksek bulunmuştur. Bir üniversite

hastanesinde çalışan hemşireler örnekleme ile yapılan bir çalışmada; meslek içi eğitime katılan ve katılmayan hemşirelerde yaşam kalitesi değerlendirildiğinde eğitimlere katılan hemşirelerde mesleki tatmin ölçek puanları yüksek ve tükenmişlik düzeyleri düşük saptanmıştır (115). Yeşil ve arkadaşlarının 100 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmada sık sık meslek içi eğitimlere katılan sağlık çalışanlarının mesleki tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (97). Kişinin yaptığı iş ile ilgili yeterli donanıma sahip olması özgüvenini ve motivasyonunu artıracaktır. Kişinin yaptığı işte başarılı ve verimli olduğunu hissetmesi mesleki tatmin düzeylerini artırarak, tükenmişlik düzeylerinin düşük kalmasına zemin hazırlayacaktır.

Ruhsal hastalığa sahip olanların ise ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçek puanı, fiziksel hastalığa sahip olanların ise ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu at ölçek puanı; herhangi bir hastalığa sahip olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ruhsal ve fiziksel olarak herhangi bir rahatsızlığı olmayanlarda daha az eşduyum yorgunluğunun olduğu bildirilmiştir (118). COVID-19 virüsü doğası gereği kronik rahatsızlığa sahip olan kişilerde daha ağır seyretmektedir. Bu kişilerde enfekte olma endişesi herhangi bir hastalığı olmayan gruba göre daha büyük stres yaratacak ve tükenmişlik için ciddi bir risk faktörü olacaktır.

COVID-19 servislerinde aşırı iş yükü/sorumluluklara her zaman maruz kalan grupta ÇİYKÖ tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puanları yüksek ve mesleki tatmin düzeyleri düşük sonuçlanmıştır. Aşırı iş yükü üstlenme, yüksek oranda tükenmişliğin yordayıcısıdır (119).

ÇİYKÖ tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanları koruyucu ekipman sıkıntısı yaşayanlarda, koruyucu ekipman sıkıntısı yaşamayan gruba göre daha yüksekti. Sağlık çalışanları hastalara gereken faydayı gösterebilmek ve sağlık durumlarını iyileştirebilmek için çaba sarf ederken, çalışma ortamları ve yaptıkları işin doğasından kaynaklanan birçok risk ve tehlike ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastalarına bu faydayı sağlayabilmek için öncelikle kendi sağlıklarını korumak zorundadırlar. Kişisel koruyucu ekipman sıkıntısı yaşandığı sürece sağlık çalışanları kendilerini yeterince güvende hissedemeyecek ve iş yaşamlarında kalitenin düşmesine neden olacaktır (120).

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçek puanı COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşadığını belirten grupta daha yüksekti. COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarının bu hastalığa yoğun maruziyeti, sağlık çalışanlarının sosyal damgalama riskini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca tanı almış hastaların, hasta yakınlarının ve yurtdışından gelen kimselerinde sosyal damgalanma bakımından risk altında olduğu söylenebilir (121). COVID-19 salgını sonucunda sağlık çalışanlarında “damgalama ve damgalanma” algısının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (122). Sağlık çalışanları meslek hayatlarında yoğun iş stresine maruz kalmaktadır. COVID-19 salgını boyunca psikolojik açıdan zorlandıklarında damgalanma yaşamamak adına psikolojik yardım almaktan çekindikleri bildirilmiştir (123). Damgalanmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının etiketlenme kaygısı nedeniyle yeterince psikolojik destek alamaması iş yaşamındaki verimini düşürecektir.

Ülke pandemi yönetimini yeterli bulmayan grupta diğer gruplara göre ÇİYKÖ tükenmişlik yüksek ve mesleki tatmin alt ölçek puanı düşük bulunmuştur. Literatürde Alan ve ark.'nın 357 hemşire ile yaptıkları yaşam kalitesi değişkenleri çalışmasında; hemşirelerin iş yaşam kalitelerini kötü olarak değerlendirdikleri saptanırken, çalışmaya katılan hemşireler iş yaşam kalitelerini en çok kurum yönetimi politikaları ve hemşirelik yönetiminin etkilediğini belirtmişlerdir (124).

## **5.2 Maslach Tükenmişlik Ölçek puanları ile bulgularımızın**

### **karşılaştırılması**

Sağlık çalışanlarındaki en büyük stres kaynağı enfekte olma korkusudur. Sağlık çalışanları bir yandan hastalarına faydalı olmak için uğraşırken bir yanda da kendilerine/yakınlarına/sevdiklerine COVID-19 enfeksiyonu bulaştırma endişesi ile mücadele etmektedir. Bireylerde, bu çatışmanın artması bireysel tükenmişlik semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlar (125).

Literatür incelendiğinde tükenmişliği etkileyen faktörler arasında cinsiyet faktörünün net bir yeri olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda sosyodemografik faktörlerden cinsiyet değişkeni tükenmişlik düzeyinin belirlenmesinde anlamlı bulunmamıştır. Literatürle uyumlu olarak; Oğuzberk ve ark.'nın ruh sağlığı çalışanları arasında yaptığı çalışmada cinsiyet faktörünün tükenmişliği

etkilemediği sonucuna varılmıştır. Benzer sonuçlar; Maslach ve Jackson, Dinibütün ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda da görülmektedir (126,127,128). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Kantek ve Kabukçuoğlu, Purvanova ve Muros; kadınlarda duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (129,130). Bunun yanı sıra erkek sağlık çalışanlarında tükenmişliğin özellikle duyarsızlaşma alt boyutunun daha sık olduğu bildirilmektedir (131,132). Bu konuda birbirinden farklı sonuçların saptanması, cinsiyetin tükenmişlikte önemli bir rolü olmadığından veya çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sosyodemografik verilerden yaş faktörü arasında da tükenmişlik için anlamlı fark saptanmamıştır. Atan ve Tekingündüz'ün ambulans çalışanları örnekleme, Kılıç'ın hemşire örnekleme ile gerçekleştirdiği çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu olarak yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (104,133). Yaş faktörünün etkili bulunduğu, genç yaşın tükenmişlik riskini arttırdığı çalışmalar da bulunmaktadır (134,135). Düşük yaşın tükenmişlik açısından risk olmasını, daha genç ve tecrübesiz olmanın tükenmişliği arttırdığı şeklinde açıklayan çalışmalar bulunmaktadır (136 ,45).

Çalışmamızda mesleki deneyim ve haftalık mesai saati ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Hoşgör ve arkadaşlarının COVID-19 pandemisinde çalışan 120 sağlık personeli ile yapmış olduğu çalışmasında mesleki deneyim ve çalışma süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (2). Literatürde çalışmamızla çelişen mesleki deneyim arttıkça tükenmişliğin azaldığı ve haftalık çalışma saati arttıkça tükenmişliğin arttığı sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (137).

Katılımcıların tükenmişlik düzeyi ile eğitim düzeyi arasında yüksek eğitim düzeyinin tükenmişlik ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Leiter ve ark. ve Cumhur ve ark. yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin daha yüksek düzeyde tükenmişlik deneyimlediklerini ve bu durumun daha fazla sorumluluk almalarından ve beklentilerinin karşılanmamasından kaynaklanabileceği vurgulanmıştır (138 ,139). Literatürde çalışmamızla uyumlu sonuçlara ulaşan birçok çalışma mevcuttur (140 ,32 ,141). Basım ve Şeşen 'in 239 hemşireden oluşan örneklem ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların,



duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutundan daha düşük puan aldıkları görülmüştür (142). Literatürde eğitim düzeyi düşük olanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuca ulaşılmış çalışmalar da bulunmaktadır (143).

Çalışmamızda fiziksel hastalık varlığına göre MTÖ toplam puan ortalaması ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde benzer olarak araştırma görevlileri üzerinde yapılan tükenmişlik faktörlerinin belirlendiği çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde MTÖ alt ölçekleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (144). Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada; tanı konmuş bir hastalık varlığının tükenmişlik alt ölçek puanlarını etkilemediği görülmüştür (145). Fiziksel hastalık varlığının herhangi bir fark yaratmamasının nedeni olarak sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmeleri ve hastalıkların seyrine şahit olmaları nedeniyle daha fazla bilgiye sahip olmaları gösterilebilir.

Tükenmişlik belirtilerinin en sık rastlandığı meslek gruplarından biri sağlık çalışanlarıdır. Hekim olarak çalışan grupta duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt ölçek puanları yüksek, kişisel başarı puanı ise düşük bulunmuştur. Rotenstein ve ark.'nın hekimlerde tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmasında, %0-80,5 arasında değişen tükenmişlik düzeyleri bulunurken, çalışmamızla tutarlı olarak duygusal tükenmenin, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi düzeylerine göre daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir (146). 506 sağlık personeli ile yapılan çalışmada hekimlerde tükenmişlik düzeyleri hemşirelere göre daha yüksek puan ortalamasına sahipti. Sınırlı veya yetersiz kaynaklarla ağır durumda olan birçok hastaya tedavi vermekle yükümlü olan hekimler karar veren konumda olmaları nedeniyle etik ve ahlaki zorluklar yaşamaktadır (147). SARS salgını sırasında, acil servislerde çalışan sağlık çalışanları arasında yapılan bir araştırmada hemşirelerin, doktorlardan daha fazla tükenmişlik gösterdiği sonucuna varılmıştır (148). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; tükenmişlik açısından sağlık çalışanları arasında en riskli grubun hemşireler olduğu, hemşireleri ise hekimlerin takip ettiği görülmektedir (149 ,134, 150). Sonuç olarak birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiş olsa da,

hemşire ve hekimlerin diğer sağlık personeline kıyasla tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda nöbet usulü çalışan grupta, diğer çalışma şekillerinde çalışan gruplara göre MTÖ duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt puanları daha yüksek saptanmıştır. Nöbet usulü çalışanların duyarsızlaşma puanı, mesai usulü çalışanların duyarsızlaşma puanından yüksek bulunduğu çalışmalar literatür incelendiğinde de görülmektedir. Yıldız ve ark.'nın 304 katılımcı ile yaptıkları bir çalışmada; nöbet usulü çalışma şeklinin diğer çalışma şekillerine göre daha yüksek tükenmişlik ve duyarsızlaşmaya neden olduğu sonucuna varılmıştır (151). Nöbet usulü ve vardiyalı sistemde gece çalışmak zorunda olmak sirkadiyen ritmi bozması nedeniyle tükenmişlikte ve duygusal tükenmişlikte büyük rol oynar (152, 153, 154, 137). Nöbet usulü çalışma düzeni; hem mesai saatlerinin daha uzun olması hem de uyku düzeninin bozulması nedeniyle kişide hem fiziken hem ruhen yıpranmışlık yaratacaktır ve bu da tükenmişlik seviyesini artıracaktır.

COVID-19 servislerinde sık sık aşırı iş yükü/sorumluluklara maruz kalma MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek olmasına neden olmuştur. Literatürde aşırı iş yüküne maruz kalmanın duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyini etkilediği sonucuna ulaşan benzer çalışmalar bulunmaktadır (155, 156). Weigl ve ark.'nın yaptığı (2016), 111 hemşire-202 bakım görevlisinin dahil edildiği bir çalışmada hemşirelerde aşırı iş yükünün duygusal tükenmişlik ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (157). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da aşırı iş yükü/sorumluluklara maruz kalma ile tükenmişlik arasında çalışmamızla tutarlı sonuçlar elde edilmiştir (158, 159, 160). Aşırı iş yükü, çalışanların kişisel performansından çok daha fazla görev ve sorumluklarının olması ve bunları yetiştirebilme stresi kişiler üstünde psikolojik baskı oluşturmakta ve çalışma verimini düşürmektedir. Aşırı iş yükü; çalışanlarda daha çok psikopatoloji görülmesine ve tükenmişliğin artmasına neden olabilecek faktörler arasında sayılır.

COVID-19 servislerinde çalışırken kişisel koruyucu ekipman sıkıntısını her zaman yaşadığını belirten grupta MTÖ duygusal tükenmişlik ve

duyarsızlaşma puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. 2020 yılında Sharma ve ark.'nın 1651 sağlık çalışanı ile yaptığı bir çalışmada yaşadıkları duygusal tükenmişlik/tükenmişlik puanlarının yüksek olduğunu ve bunun nedenini yetersiz kişisel koruyucu ekipman sıkıntısı olduğunu belirtmiştir. Bu oran hemşirelerde, hekimlerden daha yüksek bulunmuştur (161 ,162). Kişisel koruyucu ekipmanlara yetersiz erişim; COVID-19'u kendilerine/ailelerine/topluluklarına bulaştırma konusundaki endişeler ve bu şartlar altında stresli çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik yaratır.

COVID-19 servislerinde çalışırken hiç eğitim almadığını belirten bireylerde MTÖ duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt puanı yeterli eğitim aldığını belirtenlere göre daha yüksekti. Leiter ve arkadaşları (2015) mesleki anlamda yeterli bilgiye sahip olmayan kişilerde, yapılan işle ilgili kontrol sağlama konusunda hissedilen yetersizlik nedeniyle tükenmişlik riskinin arttığını belirtmiştir. Sprang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada meslek alanında verilen eğitimlerin tükenmişlikten korunmak için güçlü bir faktör olabileceğini öngörür. Bilgi ve eğitimin daha etkili değerlendirme ve tedavi becerilerinin geliştirilmesinde rol oynadığı ve tedavi ekibinin öz yeterliliğini arttırdığı düşünülmektedir (163).

COVID-19 ile ilişkili damgalama, sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlardan biridir. Birçok ülkede sağlık personelinin potansiyel bir enfeksiyon kaynağı olarak görüldüğü ve bu sebeple toplu taşıma araçlarını kullanmalarına izin verilmediği, sözlü tacizlere uğradığı, evlerinden çıkmaları istendiği gibi durumlar yaşandığı bilinmektedir. Mayıs 2020'de, Kızılay Dernekleri Federasyonu, Uluslararası Kızıhaç Komitesi, Uluslararası Hastane Federasyonu ve Dünya Tabipler Birliği'nin dahil olduğu bir bildiri yayınlanmış ve bu bildiride COVID-19 pandemisinde ön saflarda çalışan sağlık personelinin çeşitli sözlü veya fiziksel tacize uğradığı ve damgalanmaya maruz kaldığını belirtmiş ve kınama metni yayınlamıştır (122). Bu gibi durumlar sağlık çalışanlarında psikolojik strese neden olmakta; motivasyon eksikliği ve mesleki performans kaybı ile sonuçlanmaktadır. Bizim çalışmamızda da COVID-19 servislerinde çalışıyor olma nedeniyle damgalanma yaşayan grupta MTÖ duygusal tükenme alt ölçek puanları yüksek saptanmıştır. COVID-19 yoğun

bakım servislerinde çalışan sağlık personelinin katıldığı bir çalışmada; toplum tarafından damgalanma; daha yüksek duygusal sıkıntı/tükenmişlik ve stres ile ilişkilendirilmiş ve hemşireleri doktorlardan 3 kat fazla etkilediği rapor edilmiştir (161). COVID-19 pandemisi nedeniyle birçok sağlık çalışanında damgalanma nedeniyle tükenmişlik bildirilen çalışmalar mevcuttur (88 ,164, 165, 166).

Ekonomik anlamda yeterli desteği göremeyen grupta MTÖ puanları yüksek saptanmıştır ve yüksek oranda duygusal tükenmişlik görülmektedir. Literatür incelendiğinde; sarf edilen çaba ve bunun karşılığında alınan ödül arasında dengesizlik yaşandığında katılımcılarda duygusal tükenmişlik puanlarının arttığı saptanmıştır (167). Nart ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, iş hayatındaki stres faktörlerinden birinin adaletli ücret dağılımının olmaması olarak saptanmıştır (168). Çalışmamız ile uyumlu olarak 502 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada; gösterilen emek ile ödül arasında dengesizlik olduğu ve bu faktörün hekimlerde tükenmişliğin yordayıcılarından olduğu saptanmıştır (169). Hissedilen adaletsizlik algısı nedeniyle kişiler; kızgınlık, öfke, kırgınlık, tükenmişlik gibi belirtiler göstermeleri kaçınılmazdır.

Psikolojik destek alma ihtiyacını sık sık/her zaman hissedenden grupta MTÖ toplam puanı ve duyarsızlaşma-duygusal tükenme alt ölçek puanı psikolojik destek ihtiyacı hissetmeyen gruba göre daha yüksekti. Literatürdeki birçok çalışma ile tutarlı sonuçlar elde edilmiştir. COVID-19 servislerinde çalışan sağlık personelinin mesleki rolleri ve uygulamaları nedeniyle diğer popülasyonlara göre; bunaltı, uyku bozuklukları, alkol/ilaç kötüye kullanımı, TSSB belirtileri, depresyon, kaygı bozuklukları, tükenmişlik, öfke, yüksek stres algısı gibi ruhsal sorunlar açısından yüksek risk altındadır (5 ,80, 170).

Ülke pandemi yönetimini yeterli bulmayan grupta MTÖ duyarsızlama ve duygusal tükenme alt ölçek puanı yeterli bulanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda yönetimlerin yetersizliği, yöneticilerin temin etmesi gereken kaynakların eksikliği, yöneticilerle iletişim kuramama ve anlaşılama hissi tükenmişlik için risk faktörleri arasında sayılmıştır (171). Çalışanları destekleyen, iletişim konusunda açık davranan, geri bildirim veren yöneticilerle birlikte çalışmak, tükenmeyi azaltan bir ortam yaratması açısından önemlidir (172).

### 5.3 İkincil Travmatik Stres Ölçek puanları ile bulgularımızın

#### karşılaştırılması

Sağlık çalışanları; tedavi sürecinde hastalara gereken bakımı sağlarken bir yanda da yaşanan zorlu tedavi süreçlerinden etkilenmekte ve ikincil travmatizasyon yaşamaktadır (173). Pandeminin bir sonucu olarak, daha önce deneyimlemedikleri bir virüs ile mücadele etmekte, fazla mesai yapmakta, belirsizliklerle mücadele etmekte ve tüm bunlar sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde ruhsal ve fiziksel stres yaratmaktadır (174).

İkincil travmatik stres için risk faktörlerini incelediğimiz çalışmamızda sosyodemografik faktörlerden kadın cinsiyet ve erkek cinsiyet faktörünün; sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres için risk teşkil etmediği sonucuna vardık. Kahil ve ark.'nın 2016 yılında, Çakıroğlu ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı çalışmalarda yapmış olduğumuz çalışma ile uyumlu olarak cinsiyet faktörü önemli bir değişken olarak bulunmamıştır (175 ,176). Literatürde çalışmamızla tutarlı birçok çalışma bulunmaktadır (177). Kadın cinsiyetin erkeklere kıyasla travma sonrası stres semptomları geliştirme riskinin iki ila üç kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmış çalışmalar da bulunmaktadır (178, 179). Bu çalışmalar bizim bulgularımızla çelişen sonuçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sosyodemografik verilerden yaş değişkeni çalışmamızda, İkincil travmatik stres düzeyi için anlamlı bir fark yaratmamıştır. Literatürde bulgularımızla uyumlu sonuçlanan çalışmalar bulunmaktadır (180, 181, 182, 5). Yaş ile mesleki deneyimin artması nedeniyle başa çıkma mekanizmalarının daha etkili kullanılmasına bağlı olarak ileri yaş çalışanlarda ikincil travmatik stres belirtilerinin daha az görüldüğünü saptayan çalışmalar bulunmaktadır (183, 184).

Çalışmamızda mesleki deneyim süresi ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gürdil ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bulgularımızla uyumludur (185). Mesleki deneyim süresinin ikincil travmatik stresi arttırdığı sonucuna ulaşan çalışmamızla çelişen çalışmalar bulunmaktadır (186). Literatür incelendiğinde; mesleki deneyim arttıkça ikincil travmatik stresin arttığı yönünde daha çok çalışma bulunmaktadır.

COVID-19 virüsü; yeni ortaya çıkan bir virüs olması ve tedavi-takip şeklinin henüz netlik kazanmamış olması nedeniyle her sağlık çalışanı için yeni mesleki tecrübeler edinmesine neden olmuştur. Bu nedenle mesleki deneyim süresinin stres faktörü olarak anlamlı çıkmaması beklenebilir bir neticedir.

Üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların İTSÖ kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları lise ve altı eğitime puanlarından daha yüksekti. Arama-kurtarma çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada çalışmamızla uyumlu olarak lise ve altı düzeyde eğitimi olan katılımcıların ikincil travmatizasyon belirtilerinin, yüksek eğitimi olan katılımcılardan daha düşük olduğu bulunmuştur (187). Literatürde daha düşük eğitimi olanların daha fazla ikincil travmatik stres tepkisi gösterdikleri sonucuna ulaşan ve çalışmamızla çelişen araştırmalar da bulunmaktadır (188 ,189). Eğitim düzeyi yüksek bireylerde yaşadıkları olaylara karşı daha büyük farkındalık ve yardım arama davranışı daha yüksek orandadır. Bu nedenle tanı koyma oranı daha yüksek bulunmuş olabilir.

Ruhsal/fiziksel hastalığa sahip olanların ise İTSÖ kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları ruhsal hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (97). Pandemi öncesinde ruhsal/fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin ikincil travmatik stres belirtileri (kaçınma, uyarılma, istemsiz etkilenme) ve tükenmişlik, eş duyum yorgunluğu düzeyleri daha önce herhangi bir ruhsal/fiziksel hastalığa sahip olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, literatürde psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmanın TSSB'yi (183) ve travmatik stresi (97 ,190) yordadığı çalışmalar ile tutarlı olduğu görülmektedir. Travmatik yaşantılar; var olan veya geçirilmiş psikolojik rahatsızlıklarla birleştiğinde travmatik yaşantı ile başa çıkma kapasitesini zorlaştırarak, travma sonrası stres belirtilerini artırabilir .

Koruyucu ekipman sıkıntısı yaşayan katılımcılarda İTSÖ istemsiz etkilenme, kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanları yüksek bulunmuştur. Bizim sonuçlarımızı destekler nitelikte Liang ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarında pandemiye bağlı kişisel koruyucu ekipman yetersizliğinin özellikle 50 yaş üstünde daha çok stres yarattığı sonucuna varmışlardır (191). COVID-19 enfeksiyonunun bulaşıcılığının yüksek olması, koruyucu ekipmanların bu

süreçteki önemini oldukça arttırmıştır, bu sebeple koruyucu ekipman sıkıntısı yaşamanın ikincil travmatik stres açısından önemli bir risk olması beklenir bir sonuçtur.

COVID-19 servislerinde çalışan, hiç kurum içi eğitim almadığını belirten bireylerde İTSÖ kaçınma ve uyarılma alt ölçek puanları, yeterli eğitim aldığını belirtenlere göre daha yüksekti. Yeterince eğitilmiş olma algısı, SARS virüsü üzerine yapılan bir çalışmada travmatik stres için potansiyel olarak koruyucu bir faktör olarak gösterilmiştir (192,193). Ülkemizdeki literatür çalışmalarını incelediğimizde, süpervizyon ve kurum içi eğitim alanların daha düşük ikincil travmatik stres yaşadığı ve ikincil travmatik stresten korunmak için travmaya yönelik eğitimlerin verilmesi gerektiğinin üstünde durulmuştur (194 ,195, 186). Ruh sağlığı uzmanlarında yapılan çalışmada yeterli eğitim almayan grupta kaçınma, kaygı, disosiasyon ve yetersiz hissetme gibi bulgulara daha sık rastlanmıştır (81).

Ön saflardaki sağlık çalışanları, yüksek viral yükü olan hastalara doğrudan maruz kalma, kontaminasyon riskine maruz kalma, fiziksel yorgunluk, çalışma alanlarının yeniden düzenlenmesi, baskıcı yönetici tutumlarına uyum sağlama, ekipman kısıtlılığının yönetimi gibi birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır (165). Bahsedilen birçok zorluk nedeniyle sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaygınlığı yüksektir. Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyi ve tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer hekim ve hemşirelerde orta ve yüksek düzeyde ikincil travmatik stres ve tükenmişlik gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (196 , 197 ,60, 198).

Psikolojik destek alma ihtiyacını sık sık/her zaman hisseden grupta İTSÖ istemsiz etkilenme, kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçek puanları psikolojik destek ihtiyacı hissetmeyen gruba göre anlamlı derecede yüksekti. COVID-19 hastalarıyla çalışan profesyonellerin, diğer profesyonellere göre 2 kat daha fazla psikolojik destek ihtiyaçları bulunduğunu belirten sonuçlar çalışmamız ile uyumludur (199).

## 5.4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçek Korelasyonu

ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçeği ile mesleki tatmin alt ölçeği arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlar elde eden çalışmalar bulunmaktadır (200). Conrad ve Keller-Guenther; yapmış olduğu çalışmada 336 personel ile çalışılmış ve mesleki tatmin düzeyi yüksek olan katılımcıların daha düşük düzeyde eş duyum yorgunluğu ve tükenmişlik belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (66). Roney ve ark. çalışmasında yüksek mesleki tatminin düşük eşduyum yorgunluğuna yol açtığı sonucuna varmıştır (201). Polat ve ark.'ı 346 sağlık çalışanı ile yaptığı bir çalışmada; ÇİYKÖ alt ölçeği olan eşduyum yorgunluğu ile mesleki tatmin boyutu arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki bulunurken, tükenmişlik boyutu ile arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır (202). ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçeği ile tükenmişlik alt ölçeği arasında pozitif güçlü korelasyon saptanmıştır. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak birçok çalışma bulunmaktadır. Tükenmişlik düzeyi yüksek olan bireylerde eşduyum yorgunluğu da yüksek oranlarda bulunmaktadır (200 ,203, 204). Çalışmamızda ÇİYKÖ tükenmişlik alt ölçeği ile mesleki tatmin arasında negatif yönde güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde düşük mesleki tatmin düzeyinin tükenmişlik düzeyini arttırdığı çalışmalar mevcuttur (205 ,206).

MTÖ ile ÇİYKÖ ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyli korelasyon saptanmıştır. ÇİYKÖ eşduyum yorgunluğu alt ölçeği ile MTÖ alt ölçeklerinden duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeği ile pozitif yönlü orta düzeyde ve kişisel başarı alt ölçeği ile negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bellolio ve ark.'ı, eşduyum yorgunluğunu; tükenmişliğin göstergeleri olan 'ruhsal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma' ile ilişkilendirmiştir (207). Muş Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan 151 hemşire ile yapılan çalışmada MTÖ alt ölçekleri olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ÇİYKÖ alt ölçekleri arasında pozitif bir ilişki, kişisel başarısızlık ile ÇİYKÖ alt ölçekleri arasında ise negatif bir ilişki olduğu ve tükenmişliğin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (208). Literatürde ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı birçok meslek grubunda tükenmişlik ve yaşam



kalitesi ilişkisi incelenmiş ve tükenmişliğin artmasının çalışma yaşamı kalitesi algılarını azalttığı görülmüştür (209 ,210, 211). ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçeği ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ile tutarlı olarak ÇİYKÖ mesleki tatmin alt ölçeği puanlarının artışı ile MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının düştüğü görülmektedir (212 ,198).

İTSÖ uyarılma alt ölçeği ile MTÖ duygusal tükenme alt ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde, kişisel başarı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde, duyarsızlaşma arasında pozitif orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgularla tutarlı olarak; 121 ambulans personeli ile yapılan çalışmada; travmanın uyarılmışlık alt ölçeği ile tükenmenin duyarsızlaşma alt ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. İkincil travmaya maruz kalan sağlık çalışanlarının hastaları ile fazlaca empati kurmaması kendi psikolojik sağlıkları için önemlidir. Karşılaştıkları durumları sadece bir hasta olarak görmek, olayı içselleştirmemek, mesleki sorumluklarını yerine getirebilmek açısından duyarsızlaşmayı azaltacak faktörlerdir (213). Hastaların acılarına, ölümlerine ve birçok travmatik yaşantıya maruz kalma nedeniyle ikincil travmatik stres ile duygusal tükenme arasında ile pozitif ilişki saptanması beklenen bir sonuçtur (214). İkincil travmatik stres kaçınma, uyarılmışlık ve istemsiz etkilenme alt ölçekleri; MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeği ile pozitif yönlü güçlü düzeyde, kişisel başarı ile negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. İkincil travmatik stres belirtileri arttıkça kişilerde duygusal tükenmişlik ve hastalara/durumlara karşı duyarsızlaşma başlayacaktır ve bu da yetersiz kişisel başarı hissine sebep olacaktır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık hissi tükenmişliğin alt boyutlarıdır. İkincil travmatik stres ile aralarında güçlü bir ilişki vardır. Literatürde yapılan çalışmalar da bunu desteklemektedir (215 ,216, 217).

İkincil travmatik stres belirtileri; ÇİYKÖ alt ölçeklerinden tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile pozitif, mesleki tatmin alt ölçeği ile negatif yönde korelasyon saptanmıştır. ABD askeri personeli ile çalışan ruh sağlığı çalışanları üzerinde yapılan 294 katılımcının olduğu bir çalışmada ikincil travmatik stres düzeyi arttıkça tükenmişliğin arttığı saptanmıştır (218). İkincil travmatik stresle

tükenmişlik arasında pozitif ilişki saptanan çalışmalar bulunmaktadır (139,219, 186). Çakıroğlu ve ark. eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik için risk faktörlerinden birinin de ikincil travmatik stres olduğunu saptamıştır (176). Conrad ve Keller-Guenther tarafından 336 çocuk koruma personeli ile yapılan çalışmada; düşük düzeyde mesleki tatmine sahip olan katılımcıların, eşduyum yorgunluğu ve tükenmişliği daha yüksek seviyede yaşadığı sonucuna varılmıştır (66). Bride ve Kintzle tarafından yapılan çalışmada; ikincil travmatik stresin mesleki tatmin düzeyini etkilediği ve yüksek mesleki tatmin sağlayan bireylerin de tükenmişlik için daha az risk altında olduğu bildirilmiştir (220).

Örseleyici durumlara sürekli maruz kalma, yaşanan belirsizlikler ve pandemi sürecinin henüz bitmemiş olması; yaşanan travmaların etkisiyle kişilerde tükenmişlik düzeyini artırmakta, mesleki tatmin düzeylerini düşürmekte ve eşduyum yorgunluğuna zemin hazırlamaktadır (221).

### **5.5 Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt ölçek yordayıcılarının**

#### **karşılaştırılması**

Çalışmamızda hekimlerde duygusal tükenme sağlık personeline göre 3,3 kat; hemşirelerde 3,2 kat fazla olarak bulunmuştur. MTÖ duyarsızlaşma puanlarına bakıldığında duyarsızlaşma hekimlerde, sağlık personeline göre 2,6 kat; hemşirelerde 2,5 kat daha yüksek bulunmuştur. Portoriko'da yapılan bir çalışmada hekim ve hemşirelerde tükenmişlik düzeylerinin orta düzeyde olduğu hekimlerin duygusal tükenme puanlarının hemşirelerden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (222). COVID-19 pandemisi sırasında İtalya'da 1961 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada hekimlerin duygusal tükenme düzeyi hemşirelerden 2,5 kat daha yüksek bulunmuştur (223). İspanya'da 643 sağlık çalışanı ile tükenmişlik düzeyi inceleme çalışmasında yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre çalışmamızla tutarlı olarak hekimlerde tükenmişlik düzeyi 1,64 kat daha yüksek bulunmuştur (224). Acil servis çalışanlarında yapılan araştırmalarda hekimlerde diğer sağlık personellerinden daha yüksek oranda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma görülmüştür (225,226 ,227). COVID servislerinde yatan hastalardan başlıca sorumlu olan , hastalar için en doğru ve en zorlu kararları vermek zorunda olan sağlık

çalışanlarının hekimler olması nedeniyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamaları oldukça öngörübilen bir sonuçtur.

## **6. SINIRLILIKLAR**

Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi' nde çalışan 379 kişinin katılımıyla gerçekleştirildiği için ülkedeki tüm sağlık çalışanlarını temsil etmemektedir. Daha büyük örneklem üzerinde çalışmalar yapılması önerilmektedir. İkincil travmatik stres ölçeği ve Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları için bir kesme değeri olmaması nedeniyle net bir kategorik ayırım yapılamamaktadır. Çalışmamızda katılımcılarla klinik görüşme yapılamamış olup, uygulanan ölçeklerin öz bildirim ölçekleri olması nedeniyle çeşitli yanlılıklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve ikincil travmatik stres düzeyini belirleyen faktörler meslek alt gruplarında değil tüm katılımcılar üzerinden değerlendirilmiştir, ayrı meslek grupları üzerinde yapılacak olan mesleğe özel çalışmalar önerilmektedir.

## **7. SONUÇ – ÖNERİLER**

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeyleri çeşitli faktörlere göre değişkenlik göstermektedir;

1. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünde ikincil travmatik stres ve tükenmişlik belirtileri gelişmektedir. Hekimlerin tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin, hemşire ve sağlık personelinden yüksek olduğu görülmüştür. İkincil travmatik stres belirtileri ise hemşirelerde daha yüksek oranda görülmektedir.
2. Çalışmamızda sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres ve tükenmişlik için risk faktörü olabileceğini öngördüğümüz yaş, cinsiyet, haftalık mesai saati, mesleki deneyim faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır. Literatürde bu faktörler için çelişkili sonuçlar bulunmaktadır.

3. Geçmişte veya aktif devam eden ruhsal rahatsızlıklar, kronik fiziksel hastalık hikayesi tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme alt boyutunu ve ikincil travmatik stresin özellikle istemsiz etkilenme alt boyutunu artıran risk faktörlerinden olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamız ruhsal/fiziksel rahatsızlıkların varlığı; yaşam kalitesini düşüren ve tükenmişliği artıran önemli faktörlerden olduğunu gösteren çalışmalar ile tutarlıdır.

4. Çalışma şekillerinden gece mesaisi yapılan nöbet usulü çalışma; tükenmişliğin alt boyutlarından duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik düzeyini yüksek oranda etkilediği, çalışanların yaşam kalitesinde düşüşler yarattığı görülmüştür. Ancak ikincil travmatik stresi anlamlı oranda etkilemediği görülmektedir.

5. Sosyal ve ekonomik olarak desteklenen ve çalışma koşulları ile ilgili yeterince eğitim ve süpervizyon alabilen kişilerde mesleki tatmin düzeyi ve kişisel başarı seviyelerinin yüksek olduğu, tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu sonuçlarına varılmıştır.

6. Çalışma alanlarında kendi güvenliğini koruma konusunda sıkıntı yaşayan sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres alt boyutları kaçınma, istemsiz etkilenme ve uyarılma puanları anlamlı derecede yüksek olarak saptanmıştır. Koruyucu ekipman sıkıntısı, çalışanların yaşam kalitesini ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler arasında sayılabilmektedir.

7. Pandemi sürecinde kendi canları pahasına vargücü ile çalışan sağlık çalışanları damgalanmaya maruz kaldıklarını ifade etmektedir. Bu durumun yaşam kalitelerini düşürdüğü ve bekleneceği üzere tükenmişliği de büyük oranda arttırdığı sonucuna varılmıştır.

8. Çalışmamızda sağlık çalışanı olarak; bakım veren olma veya aile bireyleri ile beraber yaşama, yatarak tedavi gören hastaların yalnızlıklarına şahit olma, stresli koşullar altında çalışma, enfekte olma endişesi, uzun çalışma süreleri tükenmişlik belirtilerini ve ikincil travmatik stres şiddetini artırdığı görülmektedir.

9. Yapılan logistik regresyon analizi sonucunda hekim olmak ve hemşire olmanın; sağlık personeline göre MTÖ duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerini artıran faktör olduğu sonucuna vardık.

Son dönemde yaşanan COVID-19 salgını, sağlık sistemi üzerinde bir kriz oluşturduğundan tükenmişlik riski barındırmaktadır. Sağlık çalışanları, kriz durumlarında, çalışma sürelerinin uzamasına ve aşırı iş yüküne maruz kalmıştır. Kendilerinin ve yakınlarının enfekte olmasından endişe ederken aynı zamanda mesleğini uygulayıp enfeksiyonun yayılmasını engellemeye ve hastalarını tedavi etmeye çalışmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve travmatik stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar neticesinde birçok faktör tükenmişlik ve ikincil travmatizasyon düzeyini etkilemektedir. Güçlü bir sağlık hizmetine ihtiyacımız olan COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve ikincil travmatizasyonu önlemek ya da azaltmak için bu değişkenlerin dikkate alınması, bunlara göre önlemler alınması ve sağlık politikaları düzenlenmesi yararlı olabilir. Sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltmak ve mesleki tatminlerini artırmak için çalışma koşullarını iyileştirmek, gerekli eğitimleri planlamak, psikolojik ve ekonomik destek sağlamak ve çalışanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak alınabilecek önlemlerdendir.

## KAYNAKLAR

1. Çalışkan Pala S, Metintaş S. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg. 2020;5:0–2.
2. Derya Gündüz Hoşgör, Tuba Çatak Tanyel, Saadet Cin SB. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik İstanbul İli Örneği. 2021;0–2.
3. Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. J Emerg Nurs. 2009;35(3):199–204.
4. Erdoğan A, Hocoğlu Ç. Enfeksiyon hastalıklarının ve pandeminin psikiyatrik yönü: Bir gözden geçirme Psychiatric aspect of infectious diseases and pandemic: A review. Klin Psikiyatr Derg. 2020;23:72–80.
5. Zara A, İçöz FJ. Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanında Travma Mağdurlarıyla Çalışanlarda İkincil Travmatik Stres. Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry [Internet]. 2015;18(1):15–23. Available from: <http://ezproxy.staffs.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2016-19474-002&site=ehost-live%0Ahttp://ayten.zara@bilgi.edu.tr>
6. Birinci GG, Erden G. Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma , İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. Türk Psikol Derg. 2016;31(77):10–26.
7. Yumru M. COVID-19 and burnout in health workers. Klin Psikiyatr Derg. 2020;23:5–6.
8. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. J Tepecik Educ Res Hosp. 2020;30:19–26.
9. Pandemi. Vikipedi, özgür ansiklopedi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi>.
10. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition An

Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics, Lesson 1: Introduction to Epidemiology, Section 11: Epidemic Disease Occurrence, May 18, 2012. <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/>.

11. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu [Internet]. Türkiye Bilimler Akademisi; 2020. 22–24 p. Available from: [http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19\\_Raporu-Final+.pdf](http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19_Raporu-Final+.pdf)
12. Sema Alacahan Yiğit. COVID-19 Salgın Sürecinde Kronik Hastalığı Olan Erişkenlerin Günlük Yaşam Değişiklikleri, Pozitif Duygudurum Düzeyleri ve Korkuları. KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI; 2021.
13. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
14. WHO. World Healty Organization. 2020.
15. Yüksel Ş, Baştırzi AD. Süreçten bir travma olarak covid 19 pandemisi sırasında ruhsal değerlendirme ve müdahale rehberi. TPD Yayıncılık; 2021. 447 p.
16. WHO. World Healty Organization. 2014.
17. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Apr;7(4):300–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620300730>
18. Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Apr;286:112903. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>

19. Zoralioğlu M. Covid- 19 tanisi ile interne edilen 30 - 50 yaş arası hastalarda cinsiyetin prognoz üzerine etkisi ve bunu etkileyen diğer faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2020.
20. Fung TS, Liu DX. Human Coronavirus : Host-Pathogen Interaction. *Annu Rev Microbiol.* 2019;1–29.
21. Chan JF-W, To KK-W, Chen H, Yuen K-Y. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. *Trends Microbiol* [Internet]. 2013 Feb;21(october):544–55. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879625715000073>
22. Woo PCY, Lau SKP, Lam CSF, Lau CCY, Tsang AKL, Lau JHN, et al. Discovery of Seven Novel Mammalian and Avian Coronaviruses in the Genus Deltacoronavirus Supports Bat Coronaviruses as the Gene Source of Alphacoronavirus and Betacoronavirus and Avian Coronaviruses as the Gene Source of Gammacoronavirus and Deltacoronavi. *J Virol.* 2012;86(7):3995–4008.
23. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19) [Internet]. *StatPearls.* 2021. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32150360>
24. Mancuso P, Venturelli F, Vicentini M, Perilli C, Larosa E, Bisaccia E, et al. Temporal profile and determinants of viral shedding and of viral clearance confirmation on nasopharyngeal swabs from SARS-CoV-2-positive subjects: A population-based prospective cohort study in Reggio Emilia, Italy. *BMJ Open.* 2020;10(8).
25. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virolog, clinical features, diagnosis, and prevention. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19epidemiologyvirology-clinical-features-diagnosis-and-preventionAcc>.



26. Cevik M, Marcus JL, Buckee C, Smith TC. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (sarscov- 2) transmission dynamics should inform policy. *Clin Infect Dis*. 2021;73(Suppl 2):S170–6.
27. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708–20.
28. Karaca B. Erişkin Yaş Grubunda COVID-19 Klinik Bulguları. *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2020;
29. Center for Disease Control and Prevention. Covid-19, People with Certain Medical Conditions 2020 [Availablefrom: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extraprecautions/people-with-medical-conditions.html>]. Erişim Tarihi:20.09.2021.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. 2020.
31. Kanne JP, Little BP, Chung JH, Elicker BM, Ketai LH. Essentials for radiologists on COVID-19: An update-radiology scientific expert panel. *Radiology*. 2020;296(2):E113–4.
32. Wang L, Zhan D, Liu X, Yang K, Wu S, Zhang H, et al. Initial PCR Testing Negative, but Chest CT Suggesting for Viral Pneumonia Urges for Repeated Testing for COVID-19 Diagnosis. *Front Mol Biosci*. 2021;8(May):8–11.
33. Coopersmith CM, Antonelli M, Bauer SR, Deutschman CS, Evans LE, Ferrer R, et al. The Surviving Sepsis Campaign: Research Priorities for Coronavirus Disease 2019 in Critical Illness. *Crit Care Med*. 2021;49(4):598–622.
34. Stasi C, Fallani S, Voller F, Silvestri C. Treatment for COVID-19: An overview. *Eur J Pharmacol* [Internet]. 2020;889(October):173644.

Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2020.173644>

35. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159–65.
36. Maslach C. Burned-out. Hum. Behav. 1996;
37. Küçükaltan D. “Turizm İşletmelerinde Örgütsel Tükenmişlik.” In: Z. Sabuncuoğlu), editor. Turizm İşletmelerinde Örgütsel Davranış. Bursa; 2009. p. 192.
38. Sumeli F. Özel Bir Hastane Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. 2011.
39. Özmen Z. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Açısından Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. BEYKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BÖLÜM DALI; 2016.
40. Üresin T. Tükenmişlik ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki, MARMARA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ. Yüksek Lisans Tezi. 2009.
41. Aras Z. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik durumları. MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ. Yüksek Lisans Tezi. 2006.
42. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. Maslach Burn Invent [Internet]. 1996;(May 2016):191–217. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
43. Köksal H. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, DEÜ, YÜKSEK LİSANS TEZİ. 2009.
44. Cañadas-De la Fuente G, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana E, Vargas C, Gómez-Urquiza J. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 Sep 25;15(10):2102.

Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/10/2102>

45. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği), Beykent Üniversitesi. 2013.
46. Gezer E, Yenel F. Stres Veren Yaşam Olaylarının Öğretim Elemanlarının Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Derg. 2009;14(4):1–13.
47. Ok SU. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi SBE, YDT, Ankara,. 2002.
48. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397–422.
49. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul. 2013. 88–89 p.
50. Ardiç K, Polatçı S. TÜKENMİŞLİK Sendromu Ve Madalyonun Öbür Yüzü:İşle Bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2009;0(32):21-46–46.
51. Russell DW, Altmaier E, Van Velzen D. Job-Related Stress, Social Support, and Burnout Among Classroom Teachers. J Appl Psychol. 1987;72(2):269–74.
52. World Health Organization. Occupational safety and health in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders. 2018;51–5.
53. Füsun Ersoy, R Cenap Yıldırım TE. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi [Internet]. 2001; Available from: [www.ttb.org.tr/%5CSTED%5Csted0201%5C1.html](http://www.ttb.org.tr/%5CSTED%5Csted0201%5C1.html)
54. Jerry Edelwhich\* AB. Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York Hum Sci Press [Internet]. 1980 May 27;65(445):106–106. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019263658106544520>

55. Yüksel G. Ege Bölgesindeki Tıp Fakültelerinin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dallarında Görevli Araştırma Görevlisi Doktorlarda Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-demografik Değişkenlerle İlişkisi, Ege Üniversitesi (EÜ),. 2011.
56. Iwanicki EF. Toward understanding and alleviating teacher burnout. Theory Pract [Internet]. 1983 Jan 5;22(1):27–32. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00405848309543034>
57. Özgüven-Devrimci, Haran H ve S. “Tükenme, Kriz ve Krize Müdahale”, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları,. 2000;(6):199–214.
58. Thomas W Muldary. Burnout and health professionals: Manifestations and management. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. 1983.
59. Kepir -Sinangil,Handan,Mine Kılıç, Hakan Yöney ve Perma Ünalın , “Profesyonel Yaşamda İş Stresi ve Tükenmişlik.” 2004.
60. Kaçmaz N. Tükenmişlik Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Derg. 2005;68(1):29–32.
61. Tunç T. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. 2008.
62. Bayraktar S. Psikolojik Travma,Ankara,Nobel Tıp Yayınları. 2012.
63. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı'ndan, çeviri Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
64. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. J Clin Nurs. 2020;29(15–16):2742–50.
65. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. Soc Work. 2007;52(1):63–70.
66. Conrad D, Kellar-Guenther Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. Child

- Abuse Negl [Internet]. 2006 Oct;30(10):1071–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213406002286>
67. Figley C. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion Fatigue*. 1995 Jul 25;1.
  68. Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(2):243–9.
  69. National Institute of Mental Health, *Symptoms of Traumatic Stress*, Washington, DC; 2014.
  70. Ludick M, Figley CR. Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2017;23(1):112–23.
  71. Yılmaz B. *İnsan Hakları Savunucularında Travma ve Başa çıkma*. 2016. 17 p.
  72. Sevük D. *Stres ve Psikopatoloji. Hücreden Topluma Stres*, 1. Baskı, AÖ Gevrekçi ve ark (Ed), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 2018.
  73. Manning-Jones S, De Terte I, Stephens C. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; a comparison study. *NZ J Psychol*. 2016;45(1):20–9.
  74. Kester K, Wei H. Building nurse resilience. *Nurs Manage*. 2018;49(6):42–5.
  75. B.E. Bride CRF. *Secondary Traumatic Stress*, *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. 2012. 600–602 p.
  76. Yeşil A, Tamer AKER A, Sezgin U. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalara Bakım Veren Ekipte Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam [Internet]*. 2009;22(1–4):9–17. Available from: [https://www.ejmanager.com/mnstemps/43/1422010192222\\_1\\_4\\_2.pdf?t=1567760892](https://www.ejmanager.com/mnstemps/43/1422010192222_1_4_2.pdf?t=1567760892)

77. Kaptanoğlu C. İkincil travmatik stres. Türkiye insan hakları vakfı tedavi ve rehabilitasyon merkezleri raporu, Ankara, Türkiye İnsan Hakları Vakfı. 1997. 41–48 p.
78. Deighton RM, Gurriss N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *J Trauma Stress* [Internet]. 2007 Feb;20(1):63–75. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20180>
79. Schauben LJ., Frazier PA. Vicarious Trauma: The Effects on Female Counselors of Working with Sexual Violence Survivors. *Psychol Women Q* [Internet]. 1995 Mar 24;19(1):49–64. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>
80. Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin C-T, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Dec 12;20(1):1230. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09322-z>
81. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2009 Apr 1;43(4):373–85. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/00048670902721079>
82. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2006 Jan;76(1):103–8. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0002-9432.76.1.103>
83. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15–6.

84. Nesanır N, Bahadır A, Karcioğlu Ö, Fincancı ŞK. Türkiye’de Sağlık Çalışanı. türk tabibler birliği. 2021;
85. Borkowski N. "Stress in the Work place and Stress Management". In Borkowski N. (ed), Organizational Behavior in Health Care, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts. 2005. 231–269 p.
86. Øyane NMF, Pallesen S, Moen BE, Åkerstedt T, Bjorvatn B. Associations Between Night Work and Anxiety, Depression, Insomnia, Sleepiness and Fatigue in a Sample of Norwegian Nurses. PLoS One. 2013;8(8):1–7.
87. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. PLoS One. 2020;15(9 September):1–11.
88. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):1–12.
89. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and health care workforce turnover. Ann Fam Med. 2019;17(1):36–41.
90. Can R, Hisar KM. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları Ve Tükenmişlik Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg [Internet]. 2019 Mar 25;1–9. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31125/hunhemsire.544096>
91. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2021;16(4 April):1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
92. Guixia L, Hui Z. A Study on Burnout of Nurses in the Period of COVID-19. Psychol Behav Sci. 2020;9(3):31.

93. Ziad K, Laurent B, Marianne H, Virginie V, Christophe L, Guillaume F. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;246(November 2018):132–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
94. Medscape. Physician Stress Having Effect on Patients, Future Doctors: Survey 2021).
95. Medscape. ' Deathby 1000 Cuts ': Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021. Erişim: <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456>.
96. Yıldırım G, Kıdak LB, Yurdabakan İ. İkincil travmatik stres ölçeği: Bir uyarılma çalışması. *Anadolu Psikiyatı Derg*. 2018;19(1):45–51.
97. Aslı Yeşil, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği türkçe uyarılması geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*; 2010;(23):111–7.
98. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğın Uyarlanması”, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı. 1992. 143–154 p.
99. Aksaoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir; 2001. 308 p.
100. Moradi T, Maghaminejad ; Farzaneh, Azizi-Fini I. Quality of Working Life of Nurses and its Related Factors. 2014;3(2).
101. Polat FC. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi.T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZİ. 2021;
102. Brady PQ. Cri1. Brady PQ. Crimes against caring: Exploring the risk of secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction among child exploitation investigators. *J Police Crim Psychol* [Internet]. 2017;32(4):305–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpcp.2017.04.001>. J Police Crim Psychol [Internet]. 2017;32(4):305–18. Available from:



<http://dx.doi.org/10.1007/s11896-016-9223-8>

103. Nur D. Kamu Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres İlişkisi. 2011;11:230–40.
104. Murat Atan ST. Ambulans Çalışanlarının (112) Tükenmişlik, Algılanan İş stresi Ve İş Tatminlerinin Kişisel Özelliklerine Göre İncelenmesi. Social Sciences 9. NWSA-Social Sci [Internet]. 2014;54–9. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
105. Avşaroğlu S, Deniz ME, Kahraman A. Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu, İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2005;115–29.
106. ÜNAL S, KARLIDAĞ R YS. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 4(2): 113-118. 2001;(January 2001).
107. BÖLÜKBAŞI H. Hemşirelerin memnuniyet, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ile bu faktörlerin iş doyumuna etkisi, T.C. GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, Yüksek lisans tezi. 2021.
108. Başkale H, Günüşen N, Serçekuş P. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Pamukkale Tıp Derg. 2016 Jan 1;9:125–33.
109. Kahil A, Palabıyıkoglu NR. İkincil Travmatik Stres. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry. 2018;10(1):59–70.
110. Öztürk PZ. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisi : Bir Kamu Hastanesi Örneği. THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB BURNOUT and SATISFACTION IN HEALTHCARE EMPLOYEES : A CASE OF A PUBLIC HOSPITAL. 2020;6(2):328–49.
111. Kotula KR. COMPASSION FATIGUE IN CRITICAL CARE NURSING AND DEVELOPMENT OF AN North Dakota State University.

2015;(February).

112. Kim S. Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: A descriptive research study. *Prog Transplant*. 2013;23(4):329–35.
113. Sacco TL, Harvey ME. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*. 2015;35(4):32–43.
114. Koca F. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi. 2018;
115. Denk T. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu. 2018.
116. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2010;23(4):191–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>
117. Meyer RML, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2015;30(1):174–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2013.12.008>
118. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(5):333–8.
119. Thomas NK. Resident burnout. *J Am Med Assoc*. 2004;292(23):2880–9.
120. Bayılmış O, Taş Y. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Yaklaşımlarının Değerlendirmesi: Sakarya Örneği. *Isg J Ind Relations Hum Resour*. 2015;15(1):89–117.
121. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin*

- Neurosci [Internet]. 2020 Apr;74(4):281–2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.12988>
122. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Jul;20(7):782. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
123. Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, Hassan T. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bull*. 2021;45(2):93–7.
124. Alan H, Yıldırım A. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Derg*. 2016;86–98.
125. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020;49(February):101989. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
126. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 1985;12(7–8):837–51.
127. Dinibutun SR. Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *J Healthc Leadersh*. 2020;12:85–94.
128. Yenihan B, Çakır NN, Alabaşoğlu B. Cinsiyet farklılığının tükenmişlik ve yaşam doyumuna etkisi: Kırklareli Üniversitesinde görev yapan araştırma görevlileri üzerine bir araştırma. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg*. 2018;7(1):47–56.
129. Kantek F, Kabukcuoğlu K. Burnout in nurses: A meta analysis of related factors Hemşirelerde tükenmişlik: İlgili faktörlerin meta analizi. *J Hum Sci*. 2017 Apr 19;14:1242.
130. Purvanova R, Muros J. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav*. 2010 Oct 1;77:168–85.

131. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4):245–65.
132. Kış A. Eğitim Paydaşlarının Tükenmişliğinde Cinsiyet Farklılığı : Bir Meta-analiz Çalışması ( Türkiye Örneği ). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2015;34(2):88–106.
133. Kılıç, Sezgin; İnci F. Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik Ve Eşduyum Yorgunluğunun İncelenmesi. 2018.
134. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology.* 2009;18(5):543–8.
135. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(8):807–27.
136. Hoşgör H, Yaman M. Tükenmişlik Sendromu Üzerinde Covid-19 Korkusunun Etkisi: Hastane Çalışanları Örneği. *19 Mayıs Sos Bilim Derg.* 2021;2(2):400–17.
137. Erçevik R. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler, Yüksek lisans tezi. T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELERDE; 2010.
138. Michael P Leiter, Christina Maslach KF. Burnout. *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* 2015 May;1–7. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007611-198705000-00034>
139. Orhan G. Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Adli Görüşmesini Yürüten Personellerin İkincil Travmatik Stres , Tükenmişlik Ve Mesleki Doyum Düzeyleri İle İlişkili Değişkenler: Türkiye Örneği. 2020.
140. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses'

burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020 Jul;24:100424. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537020301681>

141. Zhang Y, Wang C, Pan W, Zheng J, Gao J, Huang X, et al. Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Front Psychiatry*. 2020;11(October):1–9.
142. Basım, H Nejat HŞ. Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi: Kamu'da Bir Araştırma. *Ege Akad Bakış Derg*. 2006;6(2):15–23.
143. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg*. 2010;3(1):40–51.
144. Kara E. Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinin Covid-19 pandemisinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzm tezi. 2021;
145. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak Ü. Burnout among family physicians and its associated factors. *Turkiye Aile Hekim Derg*. 2014;18(3):122–33.
146. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(11):1131–50.
147. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. 2020;29(21–22):4321–30.

148. Wong TW, Yau JKY, Chan CLW, Kwong RSY, Ho SMY, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med.* 2005;12(1):13–8.
149. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin İlinde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekim Bülteni.* 2009;26(1):3–6.
150. Sayıl I. Ankara üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Derg.* 1997;5(2):71–7.
151. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı ME. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2018;5(3):126–32.
152. Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: A theoretical review. *Hum Resour Health.* 2020;18(1):1–17.
153. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26.
154. Lee H, Lee GZ, Daly B. Nursing and health care management issues. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Adv Nurs.* 2003;44(5):534–45.
155. Galletta M, Portoghese I, Ciuffi M, Sancassiani F, Aloja E D’, Campagna M. Working and Environmental Factors on Job Burnout: A Cross-sectional Study Among Nurses. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2016;12(1):132–41.
156. Andela M, Truchot D, Van der Doef M. Job stressors and burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *Int J Stress Manag.* 2016;23(3):298–317.
157. Weigl M, Stab N, Herms I, Angerer P, Hacker W, Glaser J. The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *J Adv Nurs.*

2016;72(8):1774–88.

158. Yakut, Emre; Kuru, Özlem; Güngör Y. Sağlık Personelinin COVID-19 Korkusu İle Tükenmişliği Arasındaki ilişkide Aşırı İş Yükü Ve Algılanan Sosyal Desteğin Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle Belirlenmesi. EKEV Akad DERGİSİ. 2020;83(Yaz):241–62.
159. Mete B, Değer M, Pehlivan E. The Effect of The Quality Of Working On Professional Experience Syndrome In Doctors. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg. 2020;94–101.
160. Naldan ME, Karayağmurlu A, Yayık M, Arı MA. Ameliyathanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Depresyon. Selcuk Tip Derg [Internet]. 2019 Sep 1;3(35):152–8. Available from: <https://www.selcukmedj.org/uploads/publications/1117-4-313346550.pdf>
161. Sharma M, Creutzfeldt CJ, Lewis A, Patel P V., Hartog C, Jannotta GE, et al. Health-care Professionals' Perceptions of Critical Care Resource Availability and Factors Associated With Mental Well-being During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Results from a US Survey. Clin Infect Dis. 2021;72(10):e566–76.
162. Kaplan LJ, Kleinpell R, Maves RC, Doersam JK, Raman R, Ferraro DM. Critical Care Clinician Reports on Coronavirus Disease 2019: Results From a National Survey of 4,875 ICU Providers. Crit Care Explor. 2020;2(5):e0125.
163. Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. J Loss Trauma. 2007;12(3):259–80.
164. Mostafa A, Sabry W, Mostafa NS. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. PLoS One [Internet]. 2020;15(12 December):1–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244172>
165. El-hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T.

Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *Encephale*. 2020;46 (3)(January):S73 – S80.

166. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2020;75(August):102289. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289>
167. Schepman SB, Zarate MA. The relationship between burnout, negative affectivity and organizational citizenship behavior for human services employees. *World Acad Sci Eng Technol*. 2008;40:437–42.
168. Nart S. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler Ve Tükenmişliğin Yaratıcılık Üzerine Etkisi: Televizyon Programları Yapımcılığı Sektörüne Yönelik Bir Araştırma, DOKTORA TEZİ. T.C. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İŞLETME ANABİLİM DALI TÜKENMİŞLİĞE; 2015.
169. Hämmig O, Brauchli R, Bauer GF. Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2012;142(MAY):1–11.
170. Tükel R. COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE RUH SAĞLIĞI, Türk Tabipler Birliği-Covid-19 pandemisi 6.ay raporu. 2019;617–28.
171. Kim HJ, Shin K, Umbreit W. Hotel job burnout: The role of personality characteristics. *Int J Hosp Manag*. 2007 Jun 1;26:421–34.
172. Güler SAĞLAM ARI EÇB. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekon Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg*. 2008;15(1):131–48.
173. Saladino V, Algeri D, Auriemma V. The Psychological and Social Impact of Covid-19: New Perspectives of Well-Being. *Front Psychol*. 2020;11(October).



174. Mohindra R, R R, Suri V, Bhalla A, Singh SM. Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020;51(March):102084. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102084>
175. Kahil A, Resources H, Foundation D. Travmatik Ya ş ant ı lar ı Olan Bireylere Yard ı m Davran ı ş ı nda Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İ ncelenmesi. 2017;(January 2016).
176. Çakıroğlu M. Ceza İnfaz Kurumları ve Denetimli Serbestlik Müdürlüklerinde Görev Yapan Psikologlarda İkincil Travmatik Stres İle İlişkili Faktörler .Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Kocaeli Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İTS. 2018.
177. Michalopoulos LM, Aparicio E. Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. J Aggress Maltreatment Trauma. 2012;21(6):646–64.
178. Tolin DF, Foa EB. Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder : A Quantitative Review of 25 Years of Research. 2008;(1):37–85.
179. Olf M, Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder : an update Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder : an update. 2017;8198.
180. Öztürk G. Sağlık personelinin çalıştığı birime göre ikincil travmatik stres düzeyinin belirlenmesi.YÜKSEK LİSANS TEZİ.BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ. 2019.
181. Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. Couns Psychol Q. 2006;19(2):181–8.
182. Adams RE, Figley CR, Boscarino JA. The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. Res Soc Work Pract [Internet]. 2008 May 29;18(3):238–50. Available from:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731507310190>

183. Haksal P. Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi (Doktora tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi. 2007;
184. Dorahy MJ, Lewis CA, Millar RG, Gee TL. Predictors of Nonpathological Dissociation in Northern Ireland: The Affects of Trauma and Exposure to Political Violence. *J Trauma Stress*. 2003;16(6):611–5.
185. Gürdil G. Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geşalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara. 2014;634. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
186. Pak Güre M, ÖZCAN E, Coban A. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. *J Int Soc Res*. 2017 Oct 25;10:628–44.
187. Yılmaz B. Arama kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi [Internet]. 2006. Available from: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/aramakurtarma.pdf>
188. Green BL, Grace MC, Gleser GC. Identifying Survivors at Risk. Long-Term Impairment Following the Beverly Hills Supper Club Fire. *J Consult Clin Psychol*. 1985;53(5):672–8.
189. Ewer PL, Teesson M, Sannibale C, Roche A, Mills KL. The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(3):252–8.
190. Verger P, Dab W, Lamping DL, Loze JY, Deschaseaux-Voinet C, Abenheim L, et al. The psychological impact of terrorism: An

- epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995-1996 bombings in France. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1384–9.
191. Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *J Psychosom Res*. 2020;133(March):16–8.
192. William J. Lancee, Robert G. Maunder DSG. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Toronto Hospital Workers One to Two Years After the SARS Outbreak. 2008;59(1):1–5.
193. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Cremone IM, Bertelloni CA, Massimetti E, et al. Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: A preliminary report on the role of gender, age, and education. *Ann Gen Psychiatry [Internet]*. 2018;17(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0184-4>
194. Kılıç C, İnci F. Acil Tıp Çalışanlarında Travmatik Stres: Yaş ve Eğitimin Koruyucu Etkisi. *Türk Psikiyat Derg*. 2015;26(4):236–41.
195. Yanbolluoğlu özge. İkincil Travmatik Stresin Meslek Elemanları Üzerindeki Etkileri: Bir Derleme Çalışması. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sos Bilim Derg*. 2019;141–64.
196. Morrison LE, Joy JP. Secondary traumatic stress in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2894–906.
197. Machado M. Secondary Traumatic Stress Among Emergency Department Nurses. 2018.
198. Karaaytaç R. Pandemi Döneminde Aile Hekimliği Uzmanlarının İş doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, Sakarya üniversitesi Tıp Fakültesi. 2021.
199. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression,

- Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 12;17(22):8358. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8358>
200. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, et al. Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2014 Mar;16(1):3–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12068>
201. Roney LN, Acri MC. The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018 May;40:74–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016>
202. Polat FN, Erdem R. Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle ilişkisi : Sağlık Profesyonelleri Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg.* 2017;(26):291–312.
203. Linton JM, Davies R. A Study of the Relationship Between Self-Care , Compassion Satisfaction , Compassion Fatigue , and Burnout Among Hospice Professionals A Study of the Relationship Between Self-Care , Compassion Satisfaction , Compassion Fatigue , and Burnout Among Hospice. 2015;(October).
204. Çolak Y. Dans Ve Hareket Terapisi Yöntemlerinin Kullanımının, Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI DANS; 2018.
205. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):652–66.
206. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs*

- Stud. 2006;43(3):311–8.
207. Bellolio MF, Cabrera D, Sadosty AT, Hess EP, Campbell RL, Lohse CM, et al. Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. *West J Emerg Med.* 2014;15(6):629–35.
208. Durmuş M, Gerçek A, Çiftci N. Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2018;6:279–86.
209. BAŞOL, Oğuz, SAĞLAM Y, ÇAKIR NN. Engelli ve Yaşlı Bakım Personelinin Tükenmişlik Seviyeleri İle Çalışma Yaşamı Kalitesi Algısı İlişkisi. 2018;71–97.
210. Çimen M, Şahin B, Akbolat M, Işık O. Özel Bakım Merkezinde Çalışan Personelin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Çalışma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2012;(1):21–31.
211. Cerit G, Aykal G, Güzel A, Kara I. Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Klin Tıp Bilim Derg.* 2016 Apr 30;21:109.
212. Ebling M, Carlotto MS. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2012 Dec 1;34(2):93–100. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892012000200008&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000200008&lng=en&tlng=en)
213. Eroğlu BS, Arıkan S. Acil Yardım Çalışanlarında Travma , Tükenmişlik ve Yaşam Doyumu İlişkilerinde Stresle Başa Çıkmanın Moderatörlük Rolü. 2016;31(78):45–57.
214. Orrù G, Marzetti F, Conversano C, Vagheggini G, Miccoli M, Ciacchini R, et al. Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 5;18(1):337. Available from: <https://www.mdpi.com/1660->

4601/18/1/337

215. Bissett JL. The relation between burnout and compassion fatigue in fire fighter-paramedics. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng [Internet]*. 2002;63(6-B):3052. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&N EWS=N&AN=2002-95024-017>
216. Amjad R, Rafique R. QUALITY OF LIFE AT WORK AS PREDICTOR OF JOB COMMITMENT IN 1122 RESCUE WORKERS. *Pak J Psychol*. 2013;44(June):81–93.
217. Turgoose D, Glover N, Barker C, Maddox L. Empathy, compassion fatigue, and burnout in police officers working with rape victims. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2017;23(2):205–13.
218. Shoji K, Lesnierowska M, Smoktunowicz E, Bock J, Luszczynska A, Benight CC, et al. What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS One*. 2015;10(8):1–15.
219. Baysak E, Eroglu MZ, Utku Ç, Kaya B. Evaluation of post-traumatic stress disorder, burnout and coping styles in emergency and intensive care unit employees. *Klin Psikiyat Derg*. 2019;22(1):36–47.
220. Bride BE, Kintzle S. Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2011;17(1):22–8.
221. Cheng JOS, Li Ping Wah-Pun Sin E. The effects of nonconventional palliative and end-of-life care during COVID-19 pandemic on mental health—Junior doctors' perspective. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12:S146–7.
222. Cortina-Rodríguez GG. YA. Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic. Preprints. 2020;(July 2020).
223. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al.

Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Jan 17;11(1):e045127. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-045127>

224. Torrente M, Sousa PAC, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, Franco F, et al. To burn-out or not to burn-out: A cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2021;11(2):1–12.
225. Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yildirim C. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anadolu Psikiyat Derg*. 2013;14(2):122–8.
226. Almıla Erol, Funda Akarca, Vermi Değerli, Engin Sert, Hakan Delibaş DG, Mete L. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klin Psikiyat Derg*. 2012;15:103–10.
227. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. 2010;3(4):449–53.

## EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

### 1. Çalışmanın adı:

COVID -19 Pandemisi Süresince Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatizasyon ve Tükenmişlik Düzeyi ile İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

### 2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Dr Neslihan Duran: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç.Dr Hülya Ertekin: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950 Dahili No:2545

### 3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde; daha önceki SARS-CoV ve MERS CoV'unda içine bulunduğu beta coronavirus (beta- koronavirüs) ailesi içinde yer alan yeni bir virüs türü ortaya çıkmıştır ve "COVID-19" olarak adlandırılmıştır. Tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisinin sosyal, siyasal, ekonomik ve psikolojik yansımaları yaşamımızın ortasına aniden konumlanan yadsınamaz bir gerçeklik olmuştur. Travmatik yaşantılar yalnızca doğrudan maruz kalan bireyi yada grupları değil, aynı zamanda, o bireyin yardım aldığı ekipleride etkilemektedir. Sağlık çalışanları, mesailerini bedensel, duygusal ve zihinsel enerji harcayarak tamamlarlar. Özellikle kriz durumlarında, çalışma sürelerinin uzaması, aşırı iş yükü, tehlikeli çalışma ortamı gibi etkenler bu enerji biçimlerinin aşırı derecede harcanmasına neden olarak Tükenmişlik Sendromu için risk oluşturabilir. Son dönemde yaşanan COVID-19 salgını, sağlık sistemi üzerinde bir kriz oluşturduğundan tükenmişlik riski barındırmaktadır. Çanakkale 18 Mart Araştırma ve Uygulama Hastanesi COVID-19 servislerinde çalışan ve çalışmakta olan hekim, hemşire, hasta bakıcı ve



temizlik personeli COVID-19 pandemisi sırasında ortaya çıkabilecek ikincil travmatik stres, tükenmişlik belirtilerinin sıklığını inceleyebilmek ve bu sorunları yordayan bazı risk faktörleri ve koruyucu faktörleri araştırmaktır.

#### **4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?**

Çanakkale 18 Mart Araştırma ve Uygulama Hastanesi COVID-19 servislerinde çalışan ve çalışmakta olan hekim,hemşire,hasta bakıcı ve temizlik personeli olmanızdan ötürü dahil edildiniz.

#### **5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam**

##### **etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstedığınız anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

#### **6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda yer alan sorular size sorulacaktır.

#### **7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

#### **8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

#### **9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel ödemeyeceksiniz.

**10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

**11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**13. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. Neslihan Duran'a danışabilirsiniz.**

**14. Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**

**ONAM FORMU (D<sup>2</sup>)**

<b>Araştırmanın Adı:</b> Covid-19 Pandemisi Süresince Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatizasyon ve Tükenmişlik Düzeyi ile İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi
--

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Size araştırma ile ilgili soru sorma, tartişma firsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tım sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden gosterme sizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

## EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

### Bireysel faktörler

1-Cinsiyet : Kadın ( ) Erkek ( )

2-Yaş: .....

3-Medeni durum: Bekar ( ) Evli ( ) Sevgili/Partner ( )

4-Öğrenim Durumunuz: İlköğretim ( ) ortaokul( ) Lise ( ) Üniversite ( )

5-Meslek: Hekim ( ) Hemşire( ) Sağlık Personeli( )

6-Hangi branşta çalışmaktasınız? .....

7-Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

0-1 yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 5-10 yıl ( ) 10+ yıl ( )

8-Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

Evet ( ) Hayır ( ) Karasızım ( )

9-Haftalık ortalama çalışma saatiniz:

40 Saat altı ( ) 40 saat ( ) 40-50 Saat ( ) 50-60 Saat ( ) 60+ saat

10-Nasıl bir çalışma düzeniniz mevcut?

Gündüz mesaisi ( ) Gece- gündüz değişen vardiya sistemi ( ) Nöbet usulü ( )

11-Sosyo-ekonomik düzeyinizi size ne düzeydedir?

Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek ( ) Çok yüksek ( )

12-Geliriniz ortalama ne kadardır?

2000-4000TL ( ) 4000-6000TL ( ) 6000-8000 TL ( ) 8000TL+ ( )

13-Herhangi bir afet(deprem,sel,çığ vb.),savaş,salgın bölgesinde çalıştınız mı?

Evet( ) Hayır( )

14-Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mıdır ? var( ) yok( ) varsa nedir ?

15-Daha önce tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi? ( ) Hayır ( ) Evet

(Lütfen hastalığınızı belirtiniz).....

16-Herhangi bir ilaç kullanımınız var mıdır? .....

17-Sigara kullanıyor musunuz ?

Evet( ) Hayır( )

A-Kullanıyorsanız pandemi döneminde artış oldu mu ?

Evet( ) Hayır( )

B -Kullanıyorsanız günlük kullanım miktarını belirtiniz.

1 paket/gün'den az ( ) 1 paket/gün ( ) 1-2 paket/gün 2paket/gün'den fazla ( )

18-Alkol kullanıyor musunuz ?

Evet( ) Hayır( )

A- Kullanıyorsanız pandemi döneminde artış oldu mu ?

Evet( ) Hayır( )

B-Kullanıyorsanız haftalık kullanım miktarını belirtiniz.

1 std içkiden az ( ) 1-4 std içki ( ) 4-7 std içki ( ) 7 std içkiden fazla ( )

(( 1 std içki : 1 adet 33cc bira=1 kadeh şarap=1 tek rakı=1 tek cin,viski,votka))

19-Alkol kullanımınızdaki artışı neye bağlıyorsunuz?

Uyuyabilmek için ( ) Var olan kaygıyı azaltmak için ( ) keyif almak için ( ) Diğer .....

20-Pandemi döneminde beslenme alışkanlıklarınızda değişiklik oldu mu ?

Artış var ( ) Azalış var ( ) Değişiklik yok ( )

21-Covid servislerinde çalıştınız mı ?

Evet( ) Hayır( )

22- Cevabınız evet ise çalışma süresiniz ne kadardır?

1 ay altı ( ) 1-3 ay ( ) 3-6 ay ( ) 6ay+ ( )

**Ailesel faktörler:**

23-Şuan kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız ( ) Arkadaşlar ile ( ) Eşimle-Partnerimle/ Çocuklar ile ( ) Anne-Baba/  
Kardeş(ler)imle ( ) Diğer (Belirtiniz) .....

24-Evli iseniz eşiniz mesleği nedir? .....

25-Eşiniz/partneriniz covid servislerinde çalıştı mı ?

Evet( ) Hayır( )

26-Çocuğunuz var mıdır?

Evet( ) hayır( )

27-Evet ise çocuklarınızın/çocuğunuzun cinsiyeti ve yaşları nedir?

Kız: Sayısı ( ) Yaşları..... Erkek:Sayısı ( ) Yaşları.....

28-Bu süreçte çocuklarınızın bakımına kimler yardımcı oldu ?

Hiç kimse ( ) Aile büyükleri (anne-baba) ( ) Bakıcı ( ) Eşlerden biri ( ) Diğer ( )  
).....

29-Eşiniz ve çocuklarınız dışında aynı evde yaşadığınız başka kimseler var mıdır?

Evet ( ) Hayır ( ) Var ise belirtiniz .....

30-Aile büyüklerinizde herhangi bir kronik rahatsızlık var mıdır?

Evet( ) Hayır( ) Varsa belirtiniz.....

31- Aile büyüklerinizle görüşmek konusunda pandemi nedeniyle sıkıntılar yaşadınız mı ?

Evet ( ) Hayır ( )

32--Yaşadığınız sıkıntıların nedeni belirtiniz .(enfekte etme endişesi,ulaşım zorlukları gibi..) .....

33-Aile büyükleri ile görüşebilmek için iletişim türlerinden hangisini tercih ettiniz ?

Yüzyüze ( ) Görüntülü konuşmalar ile ( ) Telefonla konuşma ile ( ) Diğer.....

34-Aile büyükleriniz ile seçtiğiniz iletişim türleri ile ne kadar sıklıkla görüştünüz?

Çok sık ( ) Sık sık ( ) Arada bir ( ) Nerdeyse hiç ( )

35-Sosyal izolasyon amacıyla evinizin dışında herhangi bir yerde (otel/tesis/hastane) kalmak zorunda kaldınız mı ?

Evet( ) Hayır( )

**Sosyoekonomik faktörler:**

36-Toplumsal anlamda sosyal çevrenizden yeterince destek alabildiniz mi?

Evet( ) Hayır( )

37-Covid servislerinde çalışıyor olmanızdan ötürü toplum tarafından damgalanma/dışlanmaya maruz kaldınız mı ?

Evet( ) Hayır( )

38-Ekonomik anlamda hak ettiğiniz şeyi aldığınızı düşünüyor musunuz ?

Evet( ) Hayır( )

39-Covid servislerinde çalıştığınız sürece yaptığınız işle ilgili yeterli eğitim ve / veya süpervizyon aldığınızı düşünüyor musunuz?

Hiç yeterli değil ( ) Biraz ( ) Orta ( ) Çok yeterli ( )

40-Covid servislerinde çalıştığınız ekip arkadaşlarınızla ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiniz?

Yalnız bırakılmış ( ) Tedirgin-çaresiz ( ) Ne iyi-ne kötü ( ) Huzurlu ve güvende ( )

41-Çalıştığınız servisler/bölümler değiştirilir mi ?

Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

42-Çalıştığınız ekip arkadaşlarınız veya hocalarınız tarafından aşırı iş yükü ya da sorumluluk verme gibi durumlara maruz kalır mısınız?

Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

43-a-Çalıştığınız sürece psikolojik destek alma ihtiyacı duydunuz mu ?

Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

b- Böyle bir olanak sağlandı mı ?

EVET ( ) HAYIR ( )

44- Pandemi süresince yaşadığınız sorunlar, özel yaşamınızı (ev, aile, arkadaş, sosyal vb) ne ölçüde etkiledi?

Hiç ( ) Biraz ( ) Oldukça ( ) Şiddetli ( )

45-Çalıştığınız kurum ve ildeki pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Yeterli değil ( ) orta ( ) iyi ( ) çok iyi ( )

46-Ülke genelindeki pandemi yönetimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Yeterli değil ( ) orta ( ) iyi ( ) çok iyi ( )

47-Covid servislerinde çalıştığınız sürece kendinizi güvende hissettiniz mi// koruyucu ekipman sıkıntısı yaşadınız mı?

Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

COVID-19 pandemisi süresince çalışma koşullarınız ile ilgili düşüncelerinizi birkaç cümle ile yazar mısınız ?



### EK 3 : MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün aha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6. Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu için giderek beni katılaştırmamasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					

16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19.Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi,her şeyin bittiğini hissediyorum					
21.İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22.İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin, zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.					

## EK 4 : İkincil Travmatik Stres Ölçeği

Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve son yedi gün içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı ile belirtiniz.

	HİÇBİR ZAMAN	ÇOK AZ	BAZEN	SIK SIK	ÇOK SIK
1.Kendimi duygusal olarak uyuşmuş hissettim.	1	2	3	4	5
2.Hastalarımla olan görüşmelerimi düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başladı.	1	2	3	4	5
3.Hastalarımın yaşadıklarını sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
4.Uyumakta güçlük yaşıyorum.	1	2	3	4	5
5.Gelecek hakkında ümitsizliğe kapıldım.	1	2	3	4	5
6.Hastalarımla olan görüşmelerimi aklıma getiren hatırlatıcılar beni üzdü.	1	2	3	4	5
7.Başkalarıyla sosyal ortamlarda birlikte olma isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
8.Kendimi tedirgin hissettim.	1	2	3	4	5
9.Her zaman olduğumdan daha az aktiftim	1	2	3	4	5
10.İstemediğim halde hastalarımla olan olayları ister istemez düşündüm.	1	2	3	4	5
11.Odaklanmakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
12.Bana hasta muayenelerimi hatırlatan kişi-yer veya şeylerden kaçındım.	1	2	3	4	5
13.Hastalarımla olan görüşmelerim hakkında rahatsız edici rüyalar gördüm.	1	2	3	4	5
14.Bazı hastalarla çalışmaktan uzak durdum.	1	2	3	4	5

15.Çabuk bunaldım.	1	2	3	4	5
16.Kötü bir şey olacakmış beklentisindeyim.	1	2	3	4	5
17.Hastalarımla olan görüşmelerim ile ilgili belleğimde boşluklar olduğunu fark ettim.	1	2	3	4	5



## EK 5 : Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

<b>ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>						
Geçtiğimiz son 1 aydaki içinde bulunduğunuz durumu ne sıklıkla yaşadığınızı, aşağıdaki soruları derecelendirip 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.						
	0=Hiçbir zaman	1=Nadiren	2=Bazı zamanlar	3=Sıkça	4=Sık sık	5=çok sık
1.Kendimi mutlu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
2.Hastalarım zihnimi aşırı meşgul ediyor.	0	1	2	3	4	5
3.İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	0	1	2	3	4	5
4.Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
5.Ani yada beklenmedik ses duyunca sığıyorum ve ürküyorum	0	1	2	3	4	5
6.Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
7.Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
8.Yardım ettiğim kişinin yaşadığı acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	0	1	2	3	4	5
9.Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5
10.Yardım eden olarak kendimi	0	1	2	3	4	5

kapana sıkışmış hissediyorum.						
11.Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendi zorda hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
12. İşimi seviyorum.	0	1	2	3	4	5
13.Yardım eden olmanın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14.Hastalarımın başından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuşum gibi hissettiğim oluyor.	0	1	2	3	4	5
15.Bana güven veren inançlarım var.	0	1	2	3	4	5
16.Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
17.Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	0	1	2	3	4	5
18.İşim beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4	5
19.Kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
20.Hastalarım ve hastalarımın yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	0	1	2	3	4	5
21.Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5

22.İşimde yaptıklarım ile bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	0	1	2	3	4	5
23.Bana,yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4	5
24.Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	0	1	2	3	4	5
25.Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	0	1	2	3	4	5
26.Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
27.Yardım eden kendimi başarılı hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
28.Covid-19 virüsüne yakalanan hastalar ile yaptığım çalışmaların önemli bölümünü hatırlayamıyorum.	0	1	2	3	4	5
29.Çok hassas bir insanım.	0	1	2	3	4	5
30.Bu işi seçtiğim için mutluyum.	0	1	2	3	4	5