

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE HEMŞİRELERİN
TÜKENMİŞLİK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İPEK SİMGE ŞAHİN

İstanbul-2022

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNDE HEMŞİRELERİN
TÜKENMİŞLİK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İPEK SİMGE ŞAHİN

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİM ŞEN

İstanbul-2022

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik Yüksek Lisans

Tez Başlığı : COVID-19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik ve Anksiyete

Düzeyleri İle Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tez Sahibi : İpek Simge Şahin

Sınav Tarihi : 22.06.2022

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Esra Uğur Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez danışmanı:	Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Işıl Işık Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

22.06.2022

İPEK SİMGE ŞAHİN



İTHAF

“Bu tez çalışmasını her koşulda yanımda olan, desteklerini her daim hissettiğim kıymetli aileme ve COVID-19 pandemisi ile mücadelede yaşamlarını yitiren tüm sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.”



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca büyük bir özveri ile bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bana yol gösteren çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen'e;

Tez sürecinde desteklerini her zaman hissettiğim sevgili arkadaşlarıma;

Tezime konu olan COVID-19 pandemi sürecinde fedakârca çalışan tüm sağlık çalışanlarına

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
ABSTRACT.....	xiii
ÖZET	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. COVID-19 Pandemisi.....	4
2.1.1. Koronavirüs Ailesi ve COVID-19'un Yapısı	4
2.1.2. COVID-19 Bulaş Yolları.....	5
2.1.3. COVID-19 Belirti ve Bulguları	5
2.1.4. COVID-19 Tanılama.....	6
2.1.5. COVID-19'un Dünyadaki Etkileri	6
2.1.6. COVID-19'un Türkiye'deki Etkileri	7
2.1.7. COVID-19 ve Hemşirelik.....	8
2.2. Tükenmişlik	9
2.2.1. Tükenmişlik Tanımı	9
2.2.2. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler.....	10
2.2.2.1. Bireysel ve Sosyal Faktörler	11
2.2.2.2. İş ve Örgütsel Faktörler	11
2.2.3. Tükenmişlik Belirtileri.....	12
2.2.3.1. Fiziksel Belirtiler	12
2.2.3.2. Psikolojik Belirtiler.....	12
2.2.3.3. Davranışsal Belirtiler	12
2.2.4. Tükenmişliğin Evreleri	12
2.2.4.1. İdealistik Coşku	12
2.2.4.2. Durgunluk	13

2.2.4.3. Engellenme	13
2.2.4.4. Apati.....	13
2.2.5. Hemşirelik ve Tükenmişlik	13
2.3. Anksiyete	14
2.3.1. Anksiyete Tanımı	14
2.3.2. Anksiyete Bozuklukları ve Sınıflandırılması	14
2.3.2.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	15
2.3.2.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	15
2.3.2.3. Özgül Fobi	15
2.3.2.4. Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	16
2.3.2.5. Panik Bozukluk.....	16
2.3.2.6. Agorafobi	16
2.3.2.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	17
2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri	17
2.3.4. Anksiyete ve Hemşirelik	17
2.4. Başa Çıkma Tutumları	18
2.4.1. Başa Çıkma Tanımı	18
2.4.2. Başa Çıkma Tutumu Çeşitleri.....	19
2.4.3. Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Faktörler	19
2.4.4. Başa Çıkma Tutumu ve Hemşirelik	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1.Araştırmanın Tipi.....	21
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	21
3.5.Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri	21
3.6.Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.7.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	22
3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	22
3.7.2. Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu (TÖ-KF).....	22
3.7.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu (KAÖKF).....	23
3.7.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)	23
3.8. Araştırmanın Süreci	24
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
7. KAYNAKLAR	79
8. EKLER.....	91
9. ÖZGEÇMİŞ	108



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344).....	26
Tablo 4.2. Hemşirelerin İş Durumlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344).....	26
Tablo 4.3. Hemşirelerin Kronik Hastalıklarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)....	27
Tablo 4.4. Hemşirelerin Sigara Kullanımlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)...	28
Tablo 4.5. COVID-19 Pandemisinde Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)	29
Tablo 4.6. COVID-19 Pandemisinde Hemşirelerin Davranışlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344).....	30
Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalışma Durumlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)....	32
Tablo 4.8. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Özellikler	33
Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=344)	34
Tablo 4.10. Medeni Duruma Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.11. Çocuk Varlığına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.12. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.13. Gelir Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.14. Hemşirelerin Çalıştığı Birimlere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.15. Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.16. Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.17. COVID-19 Pandemisi Öncesinde Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.18. Birlikte Yaşanılan Kişilerde Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48

Tablo 4.19. COVID-19 Pandemi Sürecinde Aile/Arkadaş ile Aynı Evde Yaşamaktan Tedirgin Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.20. COVID-19 Pandemi Sürecinde Fiziksel Tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.21. COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.22. COVID-19 Pandemi Sürecinde Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyini Azaltacak Başa Çıkma Tutumları Geliştirme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.23. COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.24. Pandemi Sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.25. Pandemi Sürecinde COVID-19 Tanısı Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.26. Birlikte Yaşanılan Kişiler Arasında COVID-19 Tanısı Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.27. COVID-19 Aşısı Olma Duruma Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.28. Hemşirelerin Pandemi Sürecinde Bir Yakınını COVID-19 Sebebiyle Kaybetme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.29. Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.30. Çalışma Saatleri İçerisinde Dinlenme Fırsatı Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 4.31. Ölçeklerin Toplam Puan İlişkilerinin Değerlendirilmesi.....	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Koronavirüsün Yapısı	4
Şekil 2: Maslach'ın Tükenmişlik Modeli	10
Şekil 3: Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	24



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

- ARDS:** Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
- BÇTDÖ:** Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- BT:** Bilgisayarlı Tomografi
- CoV:** Koronavirüsler
- COVID-19:** Koronavirüs Hastalığı 2019
- DSM 5:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ICTV:** Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi
- IgG:** İmmünoglobulin G
- IgM:** İmmünoglobulin M
- KKE:** Kişisel Koruyucu Ekipman
- KAÖKF:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu
- MBI:** Maslach Tükenmişlik Envanteri
- OKB:** Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- rRT-PCR:** Gerçek-Zamanlı Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu
- SARS-CoV:** Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü
- SARS-CoV-2:** Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü -2
- SNRI:** Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
- SSRI:** Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
- TÖ-KF:** Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- IMF:** Uluslararası Para Fonu
- YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

ABSTRACT

Şahin, İ.S. (2022). Investigation of the Relationship Between Burnout and Anxiety Levels of Nurses and their Coping Attitudes During COVID-19 Pandemic, Yeditepe University of Health Sciences, Department of Nursing, The Master Thesis. Istanbul.

This research was conducted in a descriptive and cross-sectional type in order to examine the relationship between the burnout and anxiety levels of nurses and their coping attitudes in the COVID-19 pandemic. The research was carried out online between 09.02.2022 and 09.04.22 with 344 nurses working in a hospital in Konya and voluntarily accepted to participate in the study. The data of the study were collected using the Informed Consent Form, Sociodemographic Information Form, Short Form of Burnout Scale, Short Form of the Coronavirus Anxiety Scale and Coping Attitudes Assessment Scale in order to inform the participants ethically and to obtain their consent. Statistics of the study were made using IBM SPSS V25 with mean, standard deviation, median, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Dunn test, Spearman rank correlation. The mean age of the nurses was 30.83 ± 5.14 , 65.4% (225) were female and 34.6% (119) were male. When their marital status is evaluated, 45.3% (156) of them are single and 54.7% are married. It was determined that female nurses experienced more anxiety and burnout than male nurses. When the educational status of the nurses was examined, it was found that there was a statistically significant difference between postgraduate graduates and women in the assessment of anxiety, burnout and coping attitudes ($p < 0.05$). According to the income status of the nurses, the burnout of the nurses whose income is less than their expenses was found to be higher. In addition, it was determined that there was a positive and significant relationship between the coping attitudes of the participants and their anxiety and burnout levels ($p < 0.05$). It is recommended that the obtained data be used as a resource to improve the work and living conditions of nurses in the pandemic and post-pandemic period and studies should be conducted with larger sample groups.

Keywords: COVID-19, Pandemic, Nurse, Anxiety, Burnout, Coping Attitude

ÖZET

Şahin, İ.S. (2022). COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Araştırma Konya ilinde bir üniversite hastanesinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 344 hemşire ile 09.02.2022 - 09.04.22 tarihleri arasında çevrim içi ortamda gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, katılımcıları etik olarak bilgilendirmek ve onaylarını almak amacıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Sosyodemografik Bilgi Formu, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplandı. Çalışmanın istatistikleri IBM SPSS V25 kullanılarak ortalama, standart sapma, medyan, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunn testi, Spearman rank korelasyonu ile yapıldı. Hemşirelerin yaş ortalaması $30,83 \pm 5,14$, %65,4'ü (225) kadın ve %34,6'sı (119) erkektir. Medeni durumları değerlendirildiğinde %45,3'ü (156) bekâr ve %54,7'si evlidir. Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha fazla anksiyete ve tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde anksiyete, tükenmişlik ve başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçümlerinde yüksek lisans mezunu ve kadınların istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hemşirelerin gelir durumlarına göre geliri giderinden az olan hemşirelerin tükenmişliği daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların başa çıkma tutumları ile anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Elde edilen verilerin pandemi ve sonrası dönemde hemşirelerin iş ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinde kaynak olarak kullanılması ve daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Hemşire, Anksiyete, Tükenmişlik, Başa Çıkma Tutumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları saptanmış ve bu vakalar kontrol altına alınamayarak kısa sürede önce Çin'in diğer eyaletlerine sonra da tüm dünyaya yayılarak bir pandemiye neden olmuştur (1). 11 Şubat 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yeni hastalığı COVID-19 (koronavirüs hastalığı 2019) olarak isimlendirmiştir. Daha sonrasında ise Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi (ICTV) yeni virüsün ismini SARS-CoV'e (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü) benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü-2) olarak belirlemiştir (2). DSÖ bu hastalığı, 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan etmiştir (3,4). Ülkemizdeki ilk vaka 11 Mart 2020'de bildirilmiş ve COVID-19'a bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Daha sonra vakaların tüm Türkiye'ye yayıldığı belirtilmiştir (3,5,6).

COVID-19'un dünya üzerindeki yaygınlığı, yeni, öngörülemeyen ve yüksek düzeydeki enfeksiyon yapısı, yüksek morbidite ve mortalite oranları alışılan baş etme biçimlerini etkisiz kılmakta ve dünya üzerindeki tüm sağlık çalışanları için büyük bir yük oluşturmaktadır (7).

COVID-19 salgınında servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hastaların bakım ve tedavisinde aktif rol alan hemşireler, salgının yönetiminde en ön safta, büyük riskler ve zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (8). COVID-19 pandemisi ile birlikte tüm dünyada hemşirelik mesleğinin ne kadar vazgeçilmez olduğu, iyi eğitim almış, nitelikli ve deneyimli hemşirelere ihtiyaç duyulduğu; hemşireler olmadan, hiçbir ülkenin salgınlara karşı savaşı kazanamayacağı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşamayacağı ortaya çıkmıştır (9). Literatüre bakıldığında mesleki rol ve çalışma ortamına göre salgın sürecinin bireylerin ruh sağlıkları üzerine etkileri en fazla sağlık çalışanlarında hissedilmektedir (10). Yaşanmakta olan bu pandeminin hemşireleri özellikle psikososyal açıdan; uzun mesai saatleri, çalışmayı zorlaştıran kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE), aile ve sosyal destek kaynaklarından uzak olma, virüs bulaş riski, ekip arkadaşlarının kaybına tanık olma gibi özellikleri ile etkilediği görülmektedir (7).

COVID-19 pandemisinde yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon, öfke, uyku sorunları, tükenmişlik, ikincil travmatik stres tepkilerinin hemşireler arasında sık görülen psikolojik sorunlar olduğu belirtilmektedir (11).

“Başa çıkma”, birey için stres oluşturan olumsuz olay veya durumlara karşı dayanmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümüdür. Bireyin stres oluşturan durumlarla başa çıkma şekli; biliş, duygulanım ve davranışın birbiri ile etkileşiminden sonra şekillenir. Stres verici olaylar ya da etkenlerin bireyin yaşamında yarattığı olumsuz etkileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. Kullanılan başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi etkenlere bağlı olarak bireyden bireye göre değişiklik gösterebilir (12). Bu tutumları kullanmak bireylerin ruhsal sağlıklarını korumalarına yardım eder.

COVID-19 pandemisi ile birlikte artan anksiyete ve tükenmişlik durumlarına yönelik hemşirelerin etkin başa çıkma tutumları geliştirmeleri kendi iyi oluşlarına katkı sağlayarak, iş devamsızlıklarının azalmasına, iş veriminin artmasına ve bu sayede de kaliteli sağlık hizmeti verebilmelerine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, hemşirelerde COVID-19 pandemisine bağlı olarak gelişen tükenmişlik, anksiyete gibi ruhsal problemlerin varlığından bahsedilmiş fakat bu ruhsal problemlerle nasıl başa çıkmaları gerektiği konusunda yapılmış az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu tez çalışması ile yapılması planlanan araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin, hemşirelerin yaşadıkları tükenmişlik duygusu ve anksiyete düzeyleri ile bu bulguları yönelik geliştirdikleri başa çıkma tutumlarının incelenerek, bilişsel ve psikolojik koruyucu önlemler ile psikolojik anlamda iyi oluşlarının artmasına katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1) Katılımcıların COVID-19 tükenmişlik, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tutumları nedir?
- 2) Katılımcıların COVID-19 tükenmişlik düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mı?
- 3) Katılımcıların COVID-19 anksiyete düzeyi ve başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mı?

4) Katılımcıların sosyodemografik düzeyleri ile COVID-19 tükenmişlik, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mı?



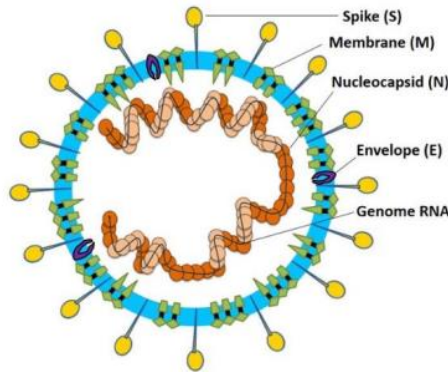
2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemisi

Pandemi, Eski Yunan dilinde “tüm” anlamına gelen “pan” ve “insanlar” anlamına gelen “demos” sözcüklerinden oluşan “tüm insanları etkileyen” anlamında bir kavramdır (13). DSÖ tarafından bir hastalığın pandemi sayılabilmesi için; yeni bir virüsün veya mutasyona uğramış etkenin olması, etkenin insandan insana hızlı, kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması gerekmektedir (14). İnsanoğlu tarih boyunca pandemiye neden olan birçok salgın hastalıkla karşı karşıya kalmış ve pandemilerin sonuçları her zaman ağır olmuştur. COVID-19 pandemisi ise bunların en sonuncusudur. 31 Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaleti Wuhan şehrinde başlayan SARS-CoV-2’nin neden olduğu COVID-19 salgını, hızla 6 kıta ve yüzlerce ülkeye yayılarak; koronavirüslerin yol açtığı ilk pandemi olarak tarihe geçmiştir (15).

2.1.1. Koronavirüs Ailesi ve COVID-19’un Yapısı

Koronavirüsler 60-140 nm aralığında çapları olan zarflı ve pozitif sarmallı RNA virüsleridir (16). Yüzeyden çıkan 21-22 adet spike proteini nedeniyle virüs taca benzetilmektedir. Bu benzerlik nedeniyle virüse Latince karşılığı taç olan “Corona” adı verilmiştir (17). Koronavirüsler (CoV), Coronaviridae familyası Orthocoronavirinae alt familyasına ait olan tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. COVID-19 hastalığına neden olan SARS CoV-2 de koronavirüs ailesinden olup ciddi solunum yetmezliği oluşturan zarflı bir RNA virüsüdür (18).



Şekil 1: Koronavirüsün yapısı (19)

2.1.2. COVID-19 Bulaş Yolları

Wuhan canlı hayvan pazarı COVID-19 hastalığına dair tespit edilen ilk vakaların ortak olarak son ziyaret ettikleri alan olması nedeniyle virüsün çıkış noktası olarak düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda, SARS-CoV-2'nin bir yarasa koronavirüsü ile %96 oranında aynı nükleotid kimliğe sahip olduğu ortaya konmuştur (20). Canlı hayvan pazarıyla ilişkisi olmayan kişilerde de aynı semptomlarla hastaneye başvuruların olması bulaşın insandan insana olabildiği görüşünü ortaya çıkarmıştır (21). Bugüne geldiğimizde ise; SARS-CoV-2'nin esas bulaş yolunun insandan insana damlacık yoluyla olduğu bilinmektedir. Virüs içeren partiküllerin kişiden kişiye bulaşması öksürme/hapşırmaya ve hatta enfekte bir kişinin normal nefes alması/konuşması ile oluşur (22). Virüs bulaşması, doğrudan (kişiler üzerinde biriken) veya dolaylı (nesneler üzerinde biriken) olarak temas ve hava yoluyla (damlacıklar ve aerosoller) gerçekleşmektedir (23). Zoralioğlu'nun (2020) yaptığı çalışmada, SARS-CoV-2'nin, bakır yüzeylerde dört saat, karton ve plastik yüzeylerde bir gün, paslanmaz çelik yüzeylerde ise iki veya üç gün kalabildiği bildirilmektedir (24). Bu durum insanların kontamine nesnelerle temas ettikten sonra burnuna, ağzına veya gözlerine dokunmaları halinde enfekte olabileceklerini göstermektedir (25).

2.1.3. COVID-19 Belirti ve Bulguları

Koronavirüsün enkübasyon süresi 2 ila 14 gün arasında değişmekle birlikte, enfekte bir kişinin bulaştırıcılığı hastalığın semptomlarının başlamasından iki gün önce başlayabilmekte ve semptomların başlamasından sonraki onuncu güne kadar devam edebilmektedir (26). COVID-19 virüsü bulaş sonrası asemptomatik taşıyıcılıktan, solunum yetmezliğine kadar geniş spektrumlu klinik bir tabloya yol açabilmektedir. Bazı hastaların solunum sıkıntısı giderek kötüleşmeye devam etmekte ve genellikle üçüncü haftaya kadar uzayan mekanik ventilasyon desteği gerektiren akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) geliştirmektedir (27) Bu tablonun çeşitliliğine yaş, cinsiyet, kronik hastalık gibi birçok faktörün neden olduğu gösterilmiştir (24).

Bütün yaş gruplarında görülmekle birlikte, kronik hastalığı olan bireylerde, 65 yaş ve üstü popülasyonda hem klinik tablo ağır seyretmekte hem de ölüm oranları artmaktadır (28). COVID-19 pandemisinde en sık karşılaşılan semptomlar; ateş ve öksürüktür. Diğer sık görülen semptomlar ise; yorgunluk, kas ağrısı ve nefes darlığıdır. Koku ve tat alma bozukluğu da hastalığın ilk dönemlerinde ortaya çıkan ve bireylerde sıklıkla karşılaşılabilen semptomlardandır (29). Wuhan' da 138 COVID-19 tanılı hasta ile yapılan bir çalışmaya göre; hastalığın başlangıcında en sık görülen klinik özellikler; %99 ateş,

%70 hâlsizlik, %59 kuru öksürük, %40 iştahsızlık, %35 miyalji, %31 dispne, %27 balgam çıkartma olarak bulunmuştur (1).

2.1.4. COVID-19 Tanılama

Şüpheli vakaların doğrulanmasında yaygın olarak kullanılan yöntem solunum yolundan alınan gerçek zamanlı ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (“real-time reverse transcription polymerase chain reaction”, rRT-PCR) dur. (3). RT-PCR’ın yanında IgG (immünoglobulin G) ve IgM (immünoglobulin M) antikorları için serolojik testler de yapılmaktadır (30).

COVID-19 tanılamaında kullanılan diğer bir tanı yöntemi de toraks bilgisayarlı tomografi (BT) dir. Toraks BT’de izlenen en önemli bulgular bazal yerleşimli, bilateral, periferel buzlu cam dansiteleridir. COVID-19 enfeksiyonu bulunan hastalarda tek taraflı ya da bilateral, periferel yerleşimli, subplevral buzlu cam opasiteleri sıklıkla görülür (31).

2.1.5. COVID-19’un Dünyadaki Etkileri

COVID-19’un DSÖ tarafından pandemi olarak ilanının üzerinden iki yıldan fazla zaman geçmiştir. Salgın başladığı günden itibaren Çin ve Uzakdoğu ülkelerinden diğer Asya, Avrupa, Amerika ve Afrika ülkelerine de sıçramış ve hızlı bir yayılım göstermiştir (32). Virüs, insandan insana damlacık ve temas yoluyla çok hızlı bir şekilde yayılarak, tüm dünyayı etkisi altına almış ve birçok yönden değişime ve dönüşüme neden olmuştur. Salgını atlatabilmek için Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından küresel düzeyde ‘Tecrit Tedbirleri’ başlatılmıştır. Bu kapsamda hükümetler gümrük kapılarının kapanması, uçuşların sınırlandırılması, limanların kapatılarak ithal mal alımlarının durdurulması gibi tedbirlerle ülke giriş çıkışlarını kontrol altında tutmaya çalışmışlardır (33). Salgını kontrol altında tutmak için alınan tedbirlere rağmen, virüs sınırları aşarak hızla yayılmaya devam etmiştir. Amerika ve Avrupa ülkeleri salgının kontrolünde büyük zorluklar yaşamıştır. Buna karşın Çin, Hong Kong, Singapur gibi ülkelerin salgınla mücadelede daha başarılı oldukları görülmüştür. Uzakdoğu ve Asya ülkelerinin salgınla mücadelede başarılı olmaları salgınlarla mücadele konusunda yakın dönemde bir takım tecrübelerle sahip olmalarından kaynaklanmaktadır (34).

Çin’de başlayan COVID-19 salgını ile mücadelede neredeyse her ülke farklı yaklaşımlar göstermiş fakat hazırlıksız yakalanan salgın birçok ülkede sağlık sistemi, sağlık personelinin yetersizliği, tıbbi araç-gereç ve malzemenin eksikliği nedenleriyle kaosa sebep olmuştur. Süreçte ülkeler tıbbi malzeme temini konusunda sıkıntı yaşadığından tıbbi malzeme ihracatını yasaklamış, özel sektör sağlık kuruluşlarını

kamulaştırmıştır (32). Salgını kontrol altına alabilmek için alınan önlemler ve kısıtlamalar ekonomik, psikolojik ve sosyolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Salgının hızla yayılması, virüsün bilinmezliği, karantina uygulamaları ve sonucunun çoğunlukla ölümle sonuçlanması karşısında insanların stres, depresyon ve anksiyete belirtileri gibi psikolojik sıkıntılar yaşadığı gözlemlenmiştir (35).

Hükümetlerin aldığı önlemler, daha önce eşi benzeri görülmemiş bir ekonomik felaketi de beraberinde getirmiştir. Bütün dünyada uçuşların sınırlandırılması, sokağa çıkma yasaklarının getirilmesi, eğitim kurumlarının tatil edilmesi, limanların ve iş yerlerinin kapatılması, insanların işten çıkarılması, toplu gösterilerin yasaklanması, yaşanan ekonomik sıkıntının büyüklüğünü göstermekte ve pandemi sürecinden sonra da belirli bir süre daha devam edeceği düşünülmektedir (36).

2.1.6. COVID-19'un Türkiye'deki Etkileri

Ülkemizdeki ilk vaka 11 Mart 2020'de bildirilmiş ve COVID-19'a bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Daha sonra vakaların tüm Türkiye'ye yayıldığı belirtilmiştir (3,5,6).

Türkiye'nin koronavirüse karşı mücadele planlarının ana çerçevesini 2019'da hazırlanan Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı oluşturmuştur. Bu plan doğrultusunda Türkiye 10 Ocak 2020'de otuz bir uzmandan oluşan Koronavirüs Bilim Kurulu'nu kurmuştur (37). Bilim Kurulu COVID-19 rehberi hazırlamış ve rehberle beraber filyasyon, tedavi ve korunma uygulamaları başlatılmıştır (38). Bu uygulamalar doğrultusunda virüsün yayılımını engellemek için seyahat kısıtlamasına başlanmıştır. 22 Ocak'ta Wuhan-İstanbul uçuşları durdurulmuş, 5 Şubat'tan itibaren ise Çin'den gelen tüm uçuşlar iptal edilmiştir. 23 Şubat'ta Türkiye-İran sınırı kapatılmış ve yurt dışı seyahatleri kademeli olarak azaltılmış, 27 Mart tarihinde ise tüm uçuşlar durdurulmuştur (34). İlk vakanın görülmesinin ardından 16 Mart 2020 tarihinde ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretim kurumlarında yüz yüze eğitime ara verilerek uzaktan devam edilmesine karar verilmiştir (38). Üniversitelerin tatil edilmesinin ardından boşalan öğrenci yurtları umre ibadeti için Suudi Arabistan'da bulunan Türk vatandaşlarının dönüşte 14 günlük karantina süreci için tahsis edilmiştir (39).

T.C. İçişleri Bakanlığı tarafından insan hareketliliğini önlemek amacıyla şehirlerde düzenleme kararı alınmış buna yönelik; kamuya açık alanların kapatılması, 65 yaş ve üstü risk teşkil eden grupların sokağa çıkmalarının yasaklanması, cemaatle kılınan namazların bulaş riski taşıdığı için camilerin kapatılması, toplu etkinliklerin (konser, gösteri, spor müsabakaları) ertelenmesi, restoranların oturma alanlarının kapatılarak

sadece paket servis yapmalarına izin verilmesi, marketlerin çalışma saatlerinin düzenlenerek içeride bulunabilecek müşteri sayısına kısıtlama getirilmesi, kamuda çalışan personellerin esnek çalışma düzeninde çalışması ve acil ameliyatların yapılıp elektif ameliyatların ertelenmesi gibi önlemler alınmıştır (39,40).

2.1.7. COVID-19 ve Hemşirelik

İnsanoğlu tarih boyunca pandemiye neden olan birçok salgın hastalıkla karşı karşıya kalmış ve pandemilerin sonuçları her zaman ağır olmuştur. COVID-19 pandemisi ise bunların en sonuncusudur. Çoğu salgın hastalıkta olduğu gibi COVID-19 pandemisinde de en ön cephede yine hemşireler mücadele etmiştir. COVID-19 pandemisi dünyada hızla yayılmış ve ülkelerin sağlık sistemini zora düşürmüştür. Çok fazla sayıda insanın enfekte olması, artan yoğun bakım ihtiyacı ve iş yükü hemşirelik mesleğinin temel amacı olan bakım kavramının önemini ortaya çıkarmıştır (41). COVID-19 ile mücadelede hemşirelik bakımı sadece fiziksel bakımı değil aynı zamanda psikolojik desteği de içermektedir. Hemşireler, hastaları yalnız bırakmamış, hayatlarının son anlarında onların yanında olmuş, ölüm sonrası süreçte hazırlıkların yapılması, uygun bir şekilde transferlerin sağlanması ve vefat eden kişilerin yakınlarının yas sürecinin desteklenmesi ile hemşirelik bakımı vermeye devam etmişlerdir (42). Hemşireler COVID-19 virüsünden korunmak için giydikleri KKE'den dolayı uzun saatler nefes almakta zorlanmış, susuzluk, konuşmakta ve iletişim kurmakta güçlük yaşamışlardır. KKE'lerin içinde en fazla bir saat geçtikten sonra ıslanmış, bazı kurumlarda ekipman dahi bulamamışlardır (43). Çalışma şartlarının uzun ve yorucu olması, iş yükünün giderek artması, uygulanan mobbingler, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan fiziksel ve psikolojik şiddet, yönetimin ihtiyaçlara cevap vermemesi hemşireler üzerindeki yükü daha da artırmıştır (44). COVID-19 pandemisinde hemşireler çalıştıkları alanlardan dolayı toplumdan izole edilmiş ve damgalanmaya maruz bırakılmışlardır. Birlikte yaşadıkları kişilere bulaştırma korkusuyla evlerinde değil başka bir yerde kalmayı tercih etmiş bu nedenle de yakınlarından ayrı olmak zorunda kalmışlardır (45). Bütün bu zorlu şartlar altında hemşireler hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmişlerdir. Artan vaka sayıları ile birlikte ölüm sayılarının da giderek yükselmesi, uzun çalışma süreleri, enfekte olma ve bulaştırma korkusu, koruyucu ekipmanlarla çalışmanın neden olduğu fiziksel kısıtlılık, ailelerinden uzak olma, bakım verilen hastaların ve ekip arkadaşlarının kaybına tanık olma hemşirelerin tükenmişlik, anksiyete, TSSB (travma sonrası stres bozukluğu), depresyon, ümitsizlik gibi ruhsal problemler yaşamalarına neden olmuştur (46).

Arpacioğlu ve arkadaşları (2020) tarafından COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, koronavirüs korkusu, depresyon, mesleki doyum ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada; COVID-19 hastaları ile doğrudan çalışan sağlık çalışanlarında, doğrudan çalışmayanlara göre tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hekimlere göre daha yüksek seviyede koronavirüs korkusu yaşadıkları ve iş doyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise kadın sağlık çalışanlarının erkeklere göre daha yüksek seviyede depresyon ve koronavirüs korkusu yaşadıkları belirtilmiştir (47).

Çin’de COVID-19 hastalarını tedavi eden 1257 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların %70’inden fazlasının psikolojik distres yaşadığı, çalışmaya katılan katılımcıların isteksiz oldukları ve istifa etmeyi düşündükleri, yüksek düzeyde stres, anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir. Anksiyete ve depresyon belirtileri ile hemşire olmak ve kadın olmak arasında ilişki bulunmuştur (10).

Yapılan çalışmalara bakıldığında COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları özellikle de hemşireler üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu açıkça görülmektedir. Pandemi ile mücadelenin etkin yönetilebilmesi için sağlık sisteminin vazgeçilmez parçası olan hemşirelerin bilişsel, davranışsal ve psikolojik koruyucu önlemler alınarak ruh sağlıklarının korunması son derece önemlidir.

2.2. Tükenmişlik

2.2.1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından gönüllü olarak çalışan sağlık çalışanlarında görülen hayal kırıklığı, yorgunluk, güdülenme eksikliği ve işi bırakma isteklerini tanımlamak amacıyla akademik bir kavram olarak kullanılmıştır. Freudenberger tükenmişliği “enerji, güç ve kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı kişinin başarısız olması, yıpranması ve tükenmiş hale gelmesi” şeklinde tanımlanmıştır (48).

Cherniss (1980) tükenmişliği, “bireyin yoğun stres ya da doyumsuzluğa bir karşılık olarak, yaptığı işten soğuma şeklinde gösterdiği bir tepki” olarak tanımlamıştır (49).

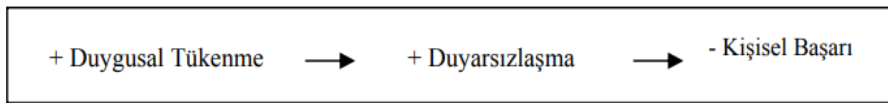
Cardinell (1981) tükenmişliği, daha geniş bir anlamda ele alarak “insanın hayatında ortaya çıkan ciddi bir rahatsızlık belirtisi; orta yaş krizi” olarak tanımlamıştır (50).

Pines ve Aronson (1988) ise tükenmişliği, “duygusal açıdan emek ve dikkat isteyen şartlar altında uzun süre kalmaktan kaynaklanan fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak tükenme durumu” olarak tanımlamışlardır (51).

Freudenberger tarafından tükenmişlik kavramının literatüre kazandırılmasının ardından birçok tükenmişlik tanımı yapılmış olsa da günümüze geldiğimizde en çok kabul gören tükenmişlik tanımını Christina Maslach yapmıştır.

Maslach’a göre tükenmişlik “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendromdur”(52). Maslach ve Jackson, kişilerin tükenmişlik durumlarını belirlemek amacıyla Maslach Tükenmişlik Envanteri (MBI)’ni geliştirmiştir. Tüm dünyada tükenmişlik durumunu ölçmede kullanılan en yaygın ölçme aracıdır. MBI’den sonra kullanılan ikinci en yaygın ölçme aracı ise 1981’de Pines, Aronson ve Kafry tarafından geliştirilen “Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)”dir (53).

Maslach ve arkadaşları tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç boyutlu bir süreç olarak ifade etmişlerdir. Çevrelerinden gelen psikolojik isteklere cevap veremeyecek duruma gelen insanlar ilk olarak duygusal tükenme yaşamaya başlamaktadırlar. Gelen isteklerle başa çıkamayacaklarını düşünerek çevrelerine kayıtsız kalıp duyarsızlaşmakta, sonrasında ise hem çevrelerine hem de içinde bulundukları kuruma vermeleri gereken katkıyı veremediklerine inanarak kişisel başarısızlık hissi yaşamaktadırlar (54).



Şekil 2: Maslach'ın Tükenmişlik Modeli (55)

2.2.2. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler

Tükenmişlik yoğun iş temposuyla çalışan insanlar başta olmak üzere günümüzde toplumun her kesiminde karşılaşılabilen bir sendromdur. Çalışma yaşamının yoğunluğu kadar bireysel özelliklerde tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkilidir. Tükenmişliğe neden olan faktörler bireysel ve sosyal faktörler ile iş ve örgütsel faktörler olarak ifade edilmektedir.

2.2.2.1. Bireysel ve Sosyal Faktörler

Bireyin kişisel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, iş doyumu, işine aşırı bağlılığı, ego gücü, çalışma arkadaşlarıyla kurduğu ilişkiler ve iletişim şekli, bireyin tükenmeye daha yatkın olan A tipi kişilik özelliklerinin bulunması tükenmişliğin bireysel ve sosyal faktörleri olarak sıralanabilir (56).

Tükenmişliğe yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında sosyodemografik verilere göre tükenmişlikle ilgili en güçlü ilişki yaş ile saptamıştır. Genç çalışanların ileri yaştaki çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. Nedeni olarak ise işe yeni başlanan yıllarda daha fazla beklenti içine girmeleri gösterilmiştir (57).

Aynı meslekte çalışan kadın ve erkeklerin tükenmişlik düzeylerine bakılan bir çalışmada kadın çalışanların daha fazla tükenmişlik duygusu yaşadığı, erkeklerin ise daha fazla duyarsızlaştıkları ve kişisel başarıda düşme hissi yaşadıkları ortaya çıkmıştır (58).

Bireylerin eğitim düzeyi tükenmişlik üzerinde etkili olan bir diğer faktördür. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça tükenmişlik duygusu ile mücadelede başarılı olunacağı varsayılmaktadır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında ise eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kariyer beklentilerinin de arttığı bu durumun strese neden olup tükenmişlik düzeyini arttırdığı görülmektedir (59).

Tükenmişliğe neden olan sosyal faktörlere bakıldığında ise aile ve sosyal desteğin öne çıktığı görülmektedir. Mutlu bir aile yapısına ve paylaşım yapılan bir arkadaş çevresine sahip olmanın tükenmişlik duygusunu azalttığı ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda literatürde medeni durum ve tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakıldığında evli ve çocuk sahibi olanların hiç evlenmemiş, boşanmış ve çocuk sahibi olmayanlara göre daha az tükenmişlik yaşadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (57).

2.2.2.2. İş ve Örgütsel Faktörler

Tükenmişliğe neden olan iş ve örgütsel faktörler irdelendiğinde bireyin çalışma ortamı ve kişilik özelliklerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Yapılan araştırmalarda bireylerde görülen tükenmişliğin nedeni bireysel olmaktan çok durumsal olarak saptanmış ve çözüm yollarının da işin sosyal ortamında aranması gerektiği vurgulanmıştır (57,60).

Yapılan iş ve iş yükü, işin kalitesi, çalışılan kurumun özelliği, çalışma saatleri, meslektaşlardan ve kurumdan sağlanan desteğin yetersizliği, rol belirsizliği ve rol çatışması, mesleğin ilerlemeye açık olmaması, kurumun işleyiş hataları, kurumun yöneticilerinin liderlik tarzı, adaletsizlik, kurum içi iletişim şekli, yetersiz maaş tükenmişliğe neden olan iş ve örgütsel faktörler olarak sıralanabilir (55, 61).

2.2.3. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişliğe yönelik belirtiler yapılan tanımlara ve çalışmalara bakıldığında fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak üç başlık altında incelenmektedir (57).

2.2.3.1. Fiziksel Belirtiler

Tükenmişlik fiziksel olarak yorgunluk, baş ağrısı, halsizlik, uyuşukluk gibi hafif belirtilerle başlayıp önlem alınmadığında soğuk algınlıkları, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, kilo kaybı, solunum güçlüğü, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, mide ve bağırsak sorunları ile kendini gösterir (62). Bu belirtiler yaşanan stresin vücudun fizyolojisini bozması sonucunda ortaya çıkar (63).

2.2.3.2. Psikolojik Belirtiler

Psikolojik belirtiler tükenmişliğin fiziksel ve davranışsal belirtilerine göre daha az belirgindir. Bu belirtiler; huzursuzluk, aşırı sinirlilik hali, tedirginlik, sabırsızlık, özgüven eksikliği, kısıtlanmışlık hissi, ajitasyon, ümitsizlik, arkadaşlık ve aile içi ilişkilerde bozulma, suçluluk hissi, paranoya ve depresyon durumları olarak sıralanabilir (62).

2.2.3.3. Davranışsal Belirtiler

Tükenmişliğin davranışsal belirtileri fiziksel ve psikolojik belirtilere göre daha görünür olan ve başkaları tarafından daha kolay fark edilebilen belirtilerdir. Sağlığı olumsuz olarak etkileyen sigara, alkol, madde kullanımı gibi davranışlar gösterilmesi, konsantrasyon düşüklüğü, çabuk öfkelenme, sinir patlamaları, unutkanlık, alınganlık, ağlama nöbetleri, yalnız kalma isteği, işten uzaklaşma, iş yerine geç gelme, hizmet verilen bireylere hatalı müdahale, iş arkadaşları ile olumsuz iletişim ve sorunlar yaşama, işten ayrılma ve başka bir iş bulma isteği tükenmişliğin davranışsal belirtileri olarak sıralanabilir (62).

2.2.4. Tükenmişliğin Evreleri

Edelwich tükenmeyi idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve apati olarak dört evrede tanımlanmıştır.

2.2.4.1. İdealistik Coşku

Birey bu evrede fazla mutluluk, enerji ve gerçekçi olmayan mesleki beklentiler sergiler. Mesleği her şeyin önüne geçer ve hizmet verdikleri kişiler ile aşırı bağ kurarlar. Gereksiz sorumluluklar alır, stres altına girer ve her koşulda başarılı olmayı beklerler.

2.2.4.2. Durgunluk

Birey bu evrede mutluluk ve enerjisini kaybetmeye başlar. Önceden umursamadığı zorluklardan rahatsız olur ve düş kırıklıkları yaşar. Mesleği dışındaki hayatı daha önemli hale gelir.

2.2.4.3. Engellenme

İdealist bir şekilde mesleğini yapan kişi bu evrede insanlara yardımcı olamadığını, olumsuzlukları düzeltemediğini anlamaya başlar. Yoğun bir şekilde engellenmişlik ve değersizlik hissine kapılır.

2.2.4.4. Apati

Bu evrede birey duygusal kopmalar yaşamaya başlar. Mesleğini ekonomik nedenlerden dolayı sürdürür ve zevk almaz. Mesleğinde ilerleme hedeflerini yitirmiş, kendini çaresiz hissetmeye başlamıştır. Birey için iş yaşamı bu noktadan sonra mutsuzluk ve huzursuzluk veren bir alan olacaktır (64).

2.2.5. Hemşirelik ve Tükenmişlik

Maslach ve Jackson tükenmişliği özellikle insanlarla bire bir iletişim gerektiren hemşirelik, hekimlik, öğretmenlik gibi meslek gruplarında daha sık görülen bir sendrom olarak tanımlamıştır (65). Tükenmişlik açısından sağlık hizmeti veren meslekler arasında en riskli meslek grubu hemşireliktir. Hemşireler duygu yoğunluğunun fazla yaşandığı hastalık, ağrı, acı çekme, ölüm, yalnızlık gibi durumlarla çok sık karşılaşmakta ve temel amaçları olan bakım verme görevini yerine getirmektedirler (66). Bu durumlarda hemşireler destekleyici duygusal kaynaklara ve motivasyona ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşireler duygusal olarak yeterince desteklenmediğinde ve motive edilmediğinde iyilik hallerinde bozulmalar ortaya çıkmaktadır (67).

Çalışma ortamında oluşan olumsuz faktörler, hemşirenin görev ve yetkilerinin net bir şekilde tanımlanmamış olması, iş yükünün yoğunluğu, hasta insan grubu ile birlikte çalışmanın yarattığı duygusal stres, ölümcül olan hastalarla çalışma, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan sorunlar, uzun nöbet saatleri, rol çatışması, çalışma arkadaşları ile sosyal destek azlığı, adalet eksikliği, farklı eğitim düzeyindeki hemşirelerin iş tanımının aynı olması ve düşük maaş hemşireleri tükenmeye ve mesleği terk etmeye yöneltmektedir (52, 68).

2.3. Anksiyete

2.3.1. Anksiyete Tanımı

Latince’de “ango” ve “anxio” kelimeleriyle ifade edilen anksiyete süregelen korku olarak tanımlanmaktadır (69). Bireyin kendisini tehlikede görmesi sonucunda yaşadığı huzursuzluk korku ve kaygıya neden olur. Somut bir tehlike karşısında hissedilen duygu korku olarak tanımlanırken, ortada hiçbir somut tehlike olmamasına rağmen, hissedilen huzursuzluk ve tedirginlik hali kaygı (anksiyete) olarak tanımlanmaktadır (70).

Anksiyete; bireylerin yaşamlarının bazı dönemlerinde yaşadığı nedeni belirsiz endişe ve huzursuzluk veren çoğunlukla fizyolojik belirtilerinde eşlik ettiği korku durumudur (71). Günlük yaşamda bireyin tehlikeli durumlardan, risklerden kendini koruyabilmesi için normal düzeyde anksiyeteye ihtiyacı vardır. Ancak yaşanan anksiyete yaşamın normal düzenini bozmaya başladığında tedavi edilmesi gereken patolojik durum olarak değerlendirilmektedir (72).

Yaşanan anksiyetenin düzeyi kişiden kişiye göre değişmekle birlikte hafif düzeyde endişeden ağır düzeyde panik yaşamaya kadar görülebilmektedir. Bireylerde görülen en sık belirtisi huzursuzluktur. Bunun dışında; gerginlik, sinirlilik, baş ağrısı, mide bulantısı, ateş, kulak çınlaması, uyku problemleri, kas ağrıları, nefes alıp vermede güçlük, titreme, terleme, heyecan ve aşırı uyarılmışlık hali anksiyetenin önemli klinik belirtileridir (72). Araştırma sonuçlarına bakıldığında dünyadaki en yaygın psikiyatrik hastalıklar anksiyete bozukluklarıdır.

2.3.2. Anksiyete Bozuklukları ve Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları pek çok farklı klinik özellikler içermektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı DSM-5 kriterlerine göre konulmaktadır. Amerika Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’e göre anksiyete bozuklukları;

- Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül Fobi
- Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- Panik Bozukluk
- Agorafobi
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu

- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
- Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

şeklinde sınıflandırılmaktadır (73).

2.3.2.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Çocukluklarda 4 hafta, erişkinlerde ise 6 ay ve daha üstü bir süre evinden, sevdiği kişilerden ayrı kalmaya bağlı olarak yaşanan aşırı seviyede kaygı durumu olarak tanımlanmaktadır. Birey ayrı kaldığı kişileri kaybedeceği, başlarına kötü bir şey geleceği korkusu ve kaygısı yaşar. Bağlı olduğu kişilerden ayrılacağını düşündüğünde ise mide bulantısı, baş ve karın ağrısı gibi fiziksel belirtiler göstermeye başlayabilir. Ayrılma kaygısı bozukluğu en sık çocukluk çağında konulan bir tanıdır. Çocuklar okul döneminin başlaması ile birlikte ebeveynlerinden ayrı kalma durumu ile karşılaşır. Ayrılma kaygısı en çok 5-7 ile 11-13 yaş gruplarında görülür (73,74).

2.3.2.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Bireyin başka durumlarda konuşmasına rağmen konuşması beklenen toplumsal ortamlarda (okul, iş yeri vb.) sürekli olarak konuşmaması durumudur. Bu tanının konulabilmesi için en az bir aydır sürüyor olması, bireyin okul ve iş başarısını, eğitimini ve sosyal hayatını etkilemesi gerekmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarına göre görülme sıklığı azdır. Sosyal fobi, kaçınma bozukluğu, altını ıslatma, dışkı kaçırma, OKB (Obsesif-Kompulsif Bozukluk), konuşma ve dil bozuklukları seçici konuşmazlığa eşlik eden rahatsızlıklardır (73,74).

2.3.2.3. Özgül Fobi

Belirli bir duruma veya nesneye ya da belirli bir durumla veya nesneyle karşılaşmaya yönelik geliştirilen sürekli korkma, kaygı duyma ve kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Özgül fobisi olan ergen ve yetişkinler bu durumun manasız olduğunu bilirler ancak engel olamazlar. Çocuklar ise ağlama, bağırma, sıkıca sarılma gibi tepkiler göstererek belirti verebilirler. Özgül fobi tanısı konulabilmesi için en az altı ay boyunca bireyin korkmasına, kaygılanmasına neden olan nesneler veya durumların günlük yaşam düzenini, toplumsal hayatı, iş ya da eğitim ile ilgili işlevselliği bozması gerekmektedir. Bireyin korkmasına, kaygılanmasına neden olan nesneler veya durumlar olmadığında bireyde rahatsızlık belirtileri gözlenmez ve hayatı etkilenmez. Özgül fobilerin en sık

görülen tipleri; yükseklik, uçak, deprem, iğne, kan, yıldırım, kapalı alan korkusu şeklinde sıralanabilir (73,74).

2.3.2.4. Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Geç çocukluk ve erken ergenlik arası dönemde başlayan sosyal kaygı bozukluğu, bireyin toplum içinde otururken ya da toplantılar, sunumlar sırasında terlemesi, kızarması, ellerinin titremesi, utanması yanlış bir şey yapacağını düşünerek korkması olarak tanımlanmaktadır. Sosyal kaygı bozukluğu tanısı için korku duyma, utanma ve kaçınma belirtilerinin altı ay veya daha uzun bir süre devam ediyor olması gerekmektedir. Yaşam boyu görülme oranı %3-13'tür. Bu oran ile sosyal kaygı bozukluğu en sık görülen kaygı bozukluklarından biridir. Ayırıcı tanısında panik bozukluk, agorafobi ve major depresif bozukluk mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Cinsiyete göre yapılan sıklık çalışmalarında kadınlarda ve genç bireylerde daha sık görüldüğü sonucu bulunmuştur (73,74).

2.3.2.5. Panik Bozukluk

Panik atağı olan bireylerin atak geçirmediikleri dönemde atağın ne zaman geleceğine dair beklenti ve kaygı içerisinde oldukları bir klinik tablo olarak tanımlanmaktadır. Panik bozukluğun en önemli belirtisi, ne zaman başlayacağı bilinmeyen ve tekrar eden panik nöbetleridir. DSM-5'e göre panik atak sırasında görülen bulgular; çarpıntı, terleme titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik hissi, uyuşmalar, gerçek dışılık hissi (derealizasyon), çıldırma korkusu ve ölüm korkusudur. Panik atağın varlığını belirleyemebilmek için bu bulgulardan en az dört ve daha fazlasının bireyde görülmesi gerekmektedir. Panik bozukluğun tanısı için ise; bireyin bir ay boyunca panik atak yaşanmadığı dönemlerde atak beklentisi içerisinde olması, korkması ve kaçınma davranışları göstermesi gerekmektedir. Panik bozukluk 20'li yaşların sonunda başlar ve görülme sıklığı en çok ergenlerdedir (73,74).

2.3.2.6. Agorafobi

Agorafobi bireyin kendini güvende hissetmediği, yardım almasının zor olduğunu düşündüğü toplu taşıma araçlarında, açık alanlarda, kapalı ortamlarda, tek başına evden çıktığı durumlarda gelişen bir kaygı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Agorafobi hafif bir seviyede seyrederse birey korku ve kaygıyla içinde bulunduğu duruma katlanmaya çalışır. Şiddetlendiğinde durumdan kaçınma davranışları geliştirmeye başlar. Tablo ağırlaştığında ise birey tamamen eve kapanır. Bu durum bireyin iş, eğitim ve sosyal hayat

düzenini bozarak işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. Agorafobi tanısı için bulguların en az altı ay boyunca devam etmesi gerekmektedir. Bulgular madde kullanımı ya da başka bir psikolojik bozukluğa bağlı olmamalıdır (73,74).

2.3.2.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu en az altı aylık bir sürede hemen hemen her gün ortaya çıkan bireye fiziksel ve ruhsal yönden endişe veren günlük olaylarla ilgili aşırı kaygı duymak olarak tanımlanmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerde genel bir huzursuzluk durumu hâkimdir. Bu huzursuzluk hali bireyin sosyal ve iş yaşantısında sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. DSM-5'e göre yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan bireylerde huzursuzluk, kolay yorulma, odaklanamama, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu belirtileri görülmektedir. Tanı için ise, bu belirtilerin en az üç tanesinin altı aydır devam ediyor olması, bireylerin duyduğu endişe ve kaygı haline eşlik etmesi gerekmektedir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmekte ve yaşam boyu görülme oranı %3-6 olarak belirtilmektedir (73,74).

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yöntemleri

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi ya da her ikisinin de birlikte kullanıldığı bir tedavi protokolü izlenir. Tedavide iki yönteminde birlikte kullanılmasının yalnızca farmakoterapi veya psikoterapi uygulanmasından daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Kanıta dayalı tedavi yaklaşımı açısından psikoterapi yöntemi olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT), farmakoterapide ise birinci basamak ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) kullanılmaktadır (75).

2.3.4. Anksiyete ve Hemşirelik

Hastaneler ağır, stresli ve uzun süren çalışma şartları nedeniyle sağlık çalışanları için hem fizyolojik, hem psikolojik hem de sosyal olarak birçok riski barındırır. Sağlık sisteminin vazgeçilmez üyeleri olan hemşirelerin çalışma şartlarına bakıldığında ise; hayati birimlerde birçok olumsuz yaşam olayına tanıklık ederek, ağır iş yükü altında, rol belirsizlikleri içerisinde çalıştıkları görülmektedir. Çalışma ortamındaki bu olumsuz durumlar hemşirelerin yoğun stres yaşamalarına ve ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Hemşireler hem hastanın yararına olacak doğru uygulama kararını vermek hem de bu uygulamayı en hızlı şekilde uygulayarak hastayı korumakla yükümlüdürler. Bu sorumluluk da hemşireler üzerinde anksiyete

yaratmaktadır. Bu noktada hemşirelerin iyilik hallerinin korunması ve sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır (76).

Literatür incelendiğinde; eğitim ve araştırma hastanesi ile birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan 100 hemşire ile yapılan bir çalışmada, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde sürekli kaygı ortalaması $35,6 \pm 9,5$, birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirilerde ise $37,1 \pm 7,0$ olarak bulunmuştur (77).

622 hemşire ile yapılan bir çalışmada; durumluk anksiyete puanı $45,0 \pm 7,2$, sürekli anksiyete puanı ise $40,0 \pm 9,4$ (orta düzey) olarak bulunmuştur (78).

İki devlet hastanesinde çalışan 194 hemşirenin katıldığı bir başka çalışmada ise; hemşirelerin kaygı ortalaması puanları 35.530 ± 11.49 (orta düzey) olarak saptanmıştır (79).

COVID-19 pandemisinde en ön safta mücadele eden hemşireler, tedavi ve bakım verme görevlerini büyük risk altında yerine getirmektedirler. Bu süreçte hem kendileri, hem aileleri, hem de pandemi ile yan yana mücadele ettikleri meslektaşları için kaygılanmaktadırlar. Eski normalin yaşanmadığı, sosyal iletişim ve etkileşimin azaldığı, geleceğe ilişkin belirsizliğin hâkim olduğu bu dönemde hemşirelerin anksiyete, depresyon, panik atak, OKB, tükenmişlik gibi birçok ruhsal bozukluk yaşayabilecekleri pandeminin sonlanmasının ardından da bu bozuklukların devam edebileceği düşünülmektedir (80).

2.4. Başa Çıkma Tutumları

2.4.1. Başa Çıkma Tanımı

Bireyler yaşamları boyunca fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda birçok uyarana maruz kalmaktadır. Bu uyarılar bireye sıkıntı vererek günlük yaşantısının da problemlerle karşılaşmasına neden olabilmektedir. Birey bu problemlerin çözüm yollarını sorgulayabilecek ve üstesinden gelebilecek nitelikteyse normal yaşam düzenine dönebilmek için çabalayacaktır. Bu durumda başa çıkma tutumları ön plana çıkmaktadır (81).

Literatür incelendiğinde bir tanıma göre başa çıkma; bireyin stres yaratan durumların üstesinden gelme süreci olarak tanımlanmaktadır (82).

Bir başka tanımda ise; birey için stres oluşturan olumsuz olay veya durumlara karşı dayanmak için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak açıklanmıştır (83).

2.4.2. Başa Çıkma Tutumu Çeşitleri

Başa çıkma tutumları, bireyin hayatında stres, korku ve gerilim oluşturan durumların kaynağını anlama ve yönetme amacıyla seçtiği yollardır. Bireylerin iyilik hallerinin sürdürülmesinde, işlevselliklerinin korunmasında başa çıkma tutumları geliştirmelerinin önemi büyüktür (84).

Folkman ve Lazarus başa çıkmayı problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma olarak ikiye ayırmışlardır. Problem odaklı başa çıkma ortaya çıkan olumsuz olay ve durumları anlamaya, çözüm yolları aramaya, harekete geçerek stres oluşturan durumu değiştirmeye ya da ortadan kaldırmaya odaklanırken, duygusal odaklı başa çıkma bireyin kendisini ve çevresini suçlama, sosyal destek arama, hayalleri üzerinde odaklanma ve kaçınma davranışları göstermeye dayanmaktadır (85).

Başa çıkma daha sonra algılanan tehlikeye doğru yaklaşmaya ya da tehliken uzaklaşmaya yönelik aktif ve pasif başa çıkma tutumları olarak ele alınmıştır. Aktif başa çıkma stres yaratan durumun kaynağına yönelerek değiştirme veya ortadan kaldırma davranışları içerirken, pasif başa çıkma da stres yaratan durumlardan kaçınma davranışları söz konusudur (83, 86).

Problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri işlevsel olan başa çıkma tutumları olarak sınıflandırılmaktadır. Bireyler tehlikeler karşısında cesaretli olma, olumsuz durumlarda çözüm yolu arama, çevrelerinden sosyal destek alma eğilimindedirler. İşlevsel başa çıkma tutumları içerisinde yoga, meditasyon, nefes egzersizleri yapma, sağlıklı beslenme, sosyal aktivitelere katılma gibi yöntemler yer almaktadır (87).

Bireyin stres yaratan olumsuz durumların gerçekliğini kabul etmemesi, çözüm yolları aramaması, olumsuz durumlara karşı bilişsel ve davranışsal tepki göstermemesi, içine kapanması, intihar, alkol ve madde kullanımı gibi kısa süreli rahatlama sağlayan alışkanlıklar edinerek kaçma davranışları göstermesi ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumları olarak tanımlanmaktadır (88).

2.4.3. Başa Çıkma Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Literatür incelendiğinde başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörler; bireysel, fizyolojik ve çevresel faktörler olmak üzere olarak üçe ayrılmaktadır.

Bireysel faktörler; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, bireyin zekâsı ve kişilik yapısı, inanç sistemi, olaylara bakış açısı ve bireyin yaşamındaki değişikliklerdir.

Fizyolojik faktörler; karşılaşılan olumsuz durumun şiddeti ve süresi, sorunun bireyin hayatında etkilediği alan, bireyin yaşadığı tükenmişlik duygusu, soruna bağlı olarak yaşanan ağrı ve bireyin hayati tehlike durumu olarak sıralanmıştır.

Çevresel faktörler ise; aile yapısı, sosyoekonomik durum, sorunlarla baş etmede sosyal destek durumu, bireyin kurumundan istediği desteğin karşılanıp karşılanmaması ve fiziki çevrede yaşanan değişiklikleri içermektedir (87,89).

2.4.4. Başa Çıkma Tutumu ve Hemşirelik

Çalışma koşulları ve çalıştıkları alanlar gereği insanlarla direkt etkileşim halinde olan hemşireler daha fazla stres altında kalmaktadır. Hemşirelerin iyilik hallerini sürdürmeleri ve işlevselliklerini korumaları için etkili başa çıkma tutumlarına sahip olmaları gerekir. Hemşirelerin stresle etkin şekilde başa çıkma tutumları geliştirmeleri, hem kendi ruh ve beden sağlıklarını, hem de çevreleri ile olan ilişkilerini korumalarına imkân tanıyacaktır. Ayrıca bakım verdikleri insanların hayatlarını da direkt olarak etkileyecektir (12).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Konya ilinde bir üniversite hastanesinde görev yapan tüm hemşireler ile 09.02.2022 - 09.04.22 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya ilinde bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan tüm hemşireler oluşturmaktadır (n=983). Araştırmanın örneklemi, 09.02.2022 - 09.04.22 tarihleri arasında araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 344 hemşire oluşturmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplaması G*Power V3.1.9.7 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin toplam puanları ve alt boyutların toplam puanları arasındaki korelasyon yaklaşımı üzerinden minimum örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Ölçümler aynı bireyler üzerinde gerçekleştirildiğinden hesaplama yapılırken aynı kişilerde değerlendirmelerin yapılması durumu (common index) dikkate alınmıştır. Buna göre tek yönlü hipotez için 0,05 α tipi hata olasılığında, 0,80 güçte, ölçümler arası 0,10 düzeyinde korelasyonda ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 342 kişi olarak hesaplanmıştır.

3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Hemşire pozisyonunda çalışıyor olması
- Oryantasyon sürecini geçmiş olması (2 ay ve üstü çalışması)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.5.Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- Psikiyatrik ilaç kullanıyor olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi
- Veri toplama araçlarını eksik doldurması
- Daha önce tükenmişlik, anksiyete ve başa çıkma tutumlarını etkileyebilecek herhangi bir araştırmaya katılmış olması
- Pandemi öncesinde anksiyete ya da depresyon tanısı almış olması.

3.6.Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişkenler:** Hemşirelerin tükenmişlik düzeyi, anksiyete düzeyi ve başa çıkma tutumları.
- **Bağımsız Değişkenler:** Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri.

3.7.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, katılımcıları etik olarak bilgilendirmek ve onaylarını almak amacıyla “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek-1), “Sosyodemografik Bilgi Formu” (Ek-2), “Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu” (Ek-3), “Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu” (Ek-4) ve “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği” (Ek-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından ilgili literatür (90-95) taranarak oluşturulmuş olup hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, görevi, görev yeri vb.), tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumlarını etkileyen faktörleri içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu (TÖ-KF)

Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) Pines, Aranson ve Kafry tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Pines, 2005 yılında 21 maddeden oluşan TÖ’nün yerine, uygulama ve analiz aşamasında daha az zaman gerektiren ve 10 maddeden oluşan Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formunu (TÖ-KF) geliştirmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2013 yılında Çapri tarafından yapılmıştır.

7’li likert tipinde hazırlanmış olan ölçek 10 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. 10 madde bulunan ölçekte, ters puanlanan madde yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bizim çalışmamızdaki cronbach alfa katsayısı ise 0.955’dir. Ölçek maddelerinin “1 Hiçbir zaman” ve “7 Her zaman” biçiminde puanlanması sonucunda 10 maddeye verdiğiniz puanlar toplanıp 10 rakamına bölünerek TÖ-KF’ den tek bir puan elde edilmektedir. Bu puan tükenmişlik puanıdır ve her bir kişinin tükenmişlik düzeyi aşağıdaki biçimde yorumlanmaktadır.

- 1) Ölçekten alınan “2.4 ve altındaki” puanlar tükenmişlik derecesinin çok düşük olduğu biçiminde yorumlanmaktadır.
- 2) Ölçekten alınan “2.5 ile 3.4” arasındaki puanlar tükenmişlik için tehlike sinyallerinin olduğu biçiminde yorumlanmaktadır.

- 3) Ölçekten alınan “3.5 ile 4.4” arasındaki puanlar tükenmişlik durumu içinde bulunulduğu biçiminde yorumlanmaktadır.
- 4) Ölçekten alınan “4.5 ile 5.4” arasındaki puanlar çok ciddi bir tükenmişlik problemi yaşandığı biçiminde yorumlanmaktadır.
- 5) Ölçekten alınan “5.5 ve üzerindeki” puanlar en kısa zamanda profesyonel yardım alınması gerektiği biçiminde yorumlanmaktadır (96).

3.7.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu (KAÖKF)

Ölçek 2020 yılında Lee tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2020 yılında Biçer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

5’li likert tipinde hazırlanmış olan ölçek, 5 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekte yer alan her bir ifade “Hiçbir zaman”, “Nadir, bir veya iki günden az”, “Birkaç gün”, “7 günden fazla”, “Son 2 hafta da neredeyse her gün” şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 0, 1, 2, 3 ve 4 şeklinde puanlandırılmıştır.

Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “20”, en düşük puan ise “0” dır. 9 ve üzeri puanlar anksiyete seviyesi yüksek olarak yorumlanmaktadır. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,832 olarak belirlenmiştir (97). Ölçeğin bizim çalışmamızdaki cronbach alfa katsayısı ise 0.852’dir.

3.7.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Bu ölçek Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında 15 alt boyut ve 60 madde olarak geliştirilmiş olup, Zuckerman ve Gagne tarafından 2003 yılında Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 alt boyut ve 40 madde olarak revize edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2015 yılında Ersanlı ve Dicle tarafından yapılmış “Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza” isimleri ile Türkçe’ye uyarlanmıştır. 4’lü likert tipinde hazırlanmış olan ölçek 32 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2, “Böyle Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilir. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.766 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bizim çalışmamızdaki cronbach alfa katsayısı ise 0.945’dir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 32’dir. Ölçekten alınan yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olması anlamına gelmektedir (98).

3.8. Araştırmanın Süreci

Araştırmanın verileri 09.02.2022 - 09.04.2022 tarihleri arasında çevrim içi ortamda toplanmıştır. Verilerin toplanmasında gönüllülük esas olarak alınmıştır. Veri toplama formu araştırmanın amacı, hedefi, verilerin toplanması ve saklanması hakkındaki bilgilerin yer aldığı gönüllü onam formunun katılımcılar tarafından okunup onaylandıktan sonra araştırma soruları aktif hale gelecek şekilde düzenlenmiştir. Form çevrim içi ortamda hemşirelere gönderildikten sonra kliniklere gidilerek yüz yüze bilgilendirme yapılmıştır.

İş No	Araştırma Basamakları	AYLAR					
		Haziran Temmuz 2021	Ağustos Eylül 2021	Ekim Kasım Aralık Ocak 2021- 2022	Şubat Mart Nisan 2022	Mayıs 2022	Haziran 2022
1	Konunun belirlenmesi ve ilgili literatürün taranması						
2	Tez çalışmasının planlanması						
3	Tez önerisinin sunulması						
4	Gerekli izinlerin alınması						
5	Verilerin toplanması						
6	Verilerin değerlendirilmesi						
7	Tez raporunun yazılması						
8	Tez savunma sınavı						

Şekil 3: Araştırmanın zaman çizelgesi

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistikleri IBM SPSS V25 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İstatistik analizler öncesinde sürekli değişkenlerin kategorilere göre normal dağılıma uygunlukları kontrol edilmiştir. Örneklem sayısının düşük olduğu durumda normallik değerlendirmesinde Shapiro Wilk, örneklem büyüklüğünün 50 ve üstünde olduğu durumda ise Kolmogorow Smirnow testi ile normal dağılıma uygunluklar değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler kategorik değişkenler için sayı (n), yüzde (%) değerleriyle, sürekli değişkenler için ise ortalama $\pm$ standart sapma, medyan [minimum-maksimum] merkezi eğilim ölçülerinden uygun olanlar kullanılarak sunulmuştur. Bağımsız iki grup medyan karşılaştırmasında Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grubun medyanlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Post-hoc karşılaştırmalarda Dunn testi ile değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Sürekli

değişkenlerdeki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman rank korelasyonu kullanılmıştır. İstatistik anlamlılıklar $p < 0,05$ önem düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için, Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (Ek-6). Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na araştırma izni için başvurulmuş ve onay alınmıştır (Ek-7). Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinin başhekimliğinden kurum izni alınmıştır (Ek-8). Veri toplama araçlarından olan, "Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu", "Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu" ve "Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği"nin kullanımı için yazarlardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-9).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Konya ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşireler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla toplanan verilerden elde edilmiş olan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>
Yaş	30,83±5,14	30 [20-51]
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	225	65,4
Erkek	119	34,6
Medeni Durum		
Bekâr	156	45,3
Evli	188	54,7
Çocuk varlığı		
Evet	133	38,7
Hayır	211	61,3
Eğitim Durumu		
Lise mezunu	11	3,2
Ön lisans mezunu	35	10,2
Üniversite mezunu	255	74,1
Yüksek lisans veya üzeri mezunu	43	12,5
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	79	23,0
Gelir gidere eşit	193	56,1
Gelir giderden az	72	20,9

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30,83±5,14'dür. Hemşirelerin %65,4'ü (225) kadın ve %34,6'sı (119) erkektir. Medeni durumları değerlendirildiğinde %45,3'ü (156) bekâr ve %54,7'si evlidir. Hemşirelerin %38,7'sinin çocuğu vardır. Hemşirelerin %3,2'si (11) lise, %10,2'si (35) ön lisans, %74,1'i (255) lisans ve %12,5'i (43) yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyindedir. Gelir durumları değerlendirildiğinde %23,0'ünün (79) geliri giderinden fazla, %56,1'inin (193) geliri giderine eşit ve %20,9'unun (72) geliri giderinden azdır (Tablo 4. 1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin İş Durumlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>
Çalışma süresi	8,21±5,84	7 [1-31]
	n	%

Çalışılan birim		
Yoğun Bakım	157	45,6
Servis	126	36,6
Acil	61	17,7

Hemşirelerin meslek hayatındaki ortalama çalışma süresi $8,21 \pm 5,84$ 'dür. Hemşirelerin %45,6'sı (157) yoğun bakımda, %36,6'sı (126) serviste ve %17,7'si (61) acilde çalışmaktadır (Tablo 4. 2).



Tablo 4.3. Hemşirelerin Kronik Hastalıklarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	n	%
Kronik hastalık durumu		
Evet	40	11,6

Hayır	304	88,4
Kronik hastalıklar		
Astım	10	25,0
Çölyak	2	5,0
Diyabet	9	22,5
Fmf	1	2,5
Gastrit	1	2,5
Görh	1	2,5
Göz hastalıkları	3	7,5
Guatr	1	2,5
Hipertansiyon	2	5
Migren	1	2,5
Pcos	1	2,5
Romatizma	1	2,5
Tiroid hastalıkları	7	17,5

Hemşirelerin %11,6'sının (40) kronik hastalığı bulunmaktadır. En sık görülen kronik hastalıklar ise %25,0 (10) sıklıkla astım ve ardından %22,5 (9) sıklıkla diyabettir (Tablo 4. 3).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Sigara Kullanımlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	n	%
Sigara içme durumu		

Evet	226	65,7
Hayır	118	34,3
Pandemi öncesi döneme göre içilen sigara miktarında artış olma durumu		
Evet	111	32,3
Hayır	233	67,7

Hemşirelerin %65,7'si (226) sigara kullanmaktadır. Pandemi öncesi döneme göre içtiği sigara miktarında artış bildirenler, katılımcıların %32,3'ünü (111) oluşturmaktadır. (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. COVID-19 Pandemisinde Hemşirelere Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	n	%
COVID-19 pandemi sürecinde yaşanan kişiler		
Ailem ile	269	78,2

Arkadaşım ile	25	7,3
Tek Başıma	50	14,5
Birlikte yaşanan kişilerde kronik hastalık durumu		
Evet	91	26,5
Hayır	253	73,5
Kronik hastalıklar		
Astım	9	10,0
Böbrek Yetmezliği	7	7,8
Çölyak	1	1,1
Demans	1	1,1
Diyabet	18	20,0
Epilepsi	1	1,1
Hipertansiyon	25	27,8
Kalp Damar Hastalıkları	3	3,3
Kalp Yetmezliği	3	3,3
Koah	6	6,7
Meme Kanseri	2	2,2
Ms	1	1,1
Myestenia Graves	1	1,1
Siroz	2	2,2
Prostat Kanseri	1	1,1
Romatizma hastalıkları	6	6,6
Tiroid hastalıkları	3	3,3

Hemşirelerin %78,2'si (269) COVID-19 pandemisi öncesinde ailesi, %7,3'ü (25) arkadaşı ile yaşarken %14,5'i (50) ise yalnız yaşadığını bildirmiştir. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilerin %26,5'inde (91) kronik hastalığı bulunmaktadır. En sık görülen kronik hastalık %27,8 (25) sıklıkla hipertansiyon olarak bildirilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. COVID-19 Pandemisinde Hemşirelerin Davranışlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	n	%
COVID-19 pandemi sürecinde aile/arkadaş ile aynı evde yaşamaktan tedirgin olma durumu		
Evet	280	81,4

Hayır	64	18,6
COVID-19 pandemi sürecinde anksiyete düzeyinin arttığını düşünme durumu		
Evet	305	88,7
Hayır	39	11,3
COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) yaşama durumu		
Evet	219	63,7
Hayır	125	36,3
COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) yaşama durumu		
Evet	285	82,8
Hayır	59	17,2
COVID-19 pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyini azaltacak başa çıkma tutumları geliştirme durumu		
Evet	92	26,7
Hayır	252	73,3
Aktiviteler		
Çok Takmamak	3	3,4
Film izlemek- Kitap okumak	17	19,1
İbadet	3	3,4
Meditasyon- Yoga	11	12,4
Müzik dinlemek	14	15,7
Spor aktiviteleri (yürüyüş, pilates, vs.)	23	25,8
Psikolojik Destek	1	1,1
Resim-Puzzle yapmak	7	7,8
Sosyal Aktivite	9	10,1
Uyku	1	1,1
COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu		
Evet	53	15,4
Hayır	291	84,6
Pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösterme durumu		
Evet	253	73,5
Hayır	91	26,5
Pandemi sürecinde COVID-19 tanısı alma durumu		
Evet	229	66,6
Hayır	115	33,4
Birlikte yaşanan kişilerde COVID-19 tanısı alma durumu		
Evet	219	63,7

Hayır	125	36,3
COVID-19 aşısı olma durumu		
Evet	303	88,1
Hayır	41	11,9
Pandemi sürecinde bir yakınını COVID-19 sebebiyle kaybetme durumu		
Evet	154	44,8
Hayır	190	55,2

Hemşirelerin %81,4'ü (280) COVID-19 pandemi sürecinde ailesi/arkadaşı ile aynı evde yaşamaktan tedirgin olduğunu, %88,7'si (305) pandemi sürecinde anksiyete düzeyinin arttığını bildirmiştir. Hemşirelerin 63,7'si (219) COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) belirtisi gösterdiğini, %82,8'i (285) psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösterdiğini bildirmiştir. Hemşirelerin 26,7'si (92) pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyini azaltacak başa çıkma tutumları geliştirmiştir. Geliştirilen tutumların %25,8'ini (23) spor aktiviteleri oluşturmuştur. Hemşirelerin %15,4'ü (53) pandemi sürecinde psikolojik destek almıştır. Hemşirelerin %73,5'i (253) pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi göstermiş ve %66,6'sı (229) COVID-19 tanısı almış, % 63,7'sinin (219) birlikte yaşadıkları bireyler arasında COVID-19 tanısı alanlar olmuştur. Hemşirelerin %88,1'i (303) COVID-19 aşısı yaptırmış ve %44,8'i (154) pandemide COVID-19 nedeniyle bir yakınını kaybetmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 7. Hemşirelerin Çalışma Durumlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler (N=344)

	n	%
Çalışma ortamından memnun olma durumu		
Evet	205	59,6
Hayır	139	40,4
Çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı olma durumu		
Evet	200	58,1
Hayır	144	41,9

Hemşirelerin %59,6'sı (205) çalışma ortamından memnundur ve %58'i (200) çalışma saatleri içinde dinlenme fırsatı bulunduğunu bildirmiştir (Tablo 4.7).



Tablo 4.8. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Özellikler

Ölçekler	<i>Ort. $\pm$SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>
TÖ-KF Toplam	3,23 $\pm$ 1,49	2,8 [1,1-7]
KAÖKF Toplam	3,92 $\pm$ 3,64	3 [0-20]
BÇTDÖ Toplam	79,38 $\pm$ 15,5	78 [33-128]
Kendine Yardım	16,56 $\pm$ 4,52	17 [6-24]

Yaklaşım	21,06±4,66	21 [7-28]
Uyum Sağlama	19,88±4,75	21 [7-28]
Sakinma Kaçınma	10,21±3,75	9 [6-24]
Kendine Ceza	11,67±3,89	11 [6-24]

BÇTDÖ alt boyutlarında; kendine yardım alt boyutu puan ortalaması 16,56±4,52; yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 21,06±4,66; uyum sağlama alt boyutu puan ortalaması 19,88±4,75; sakınma kaçınma alt boyutu puan ortalaması 10,21±3,75; kendine ceza alt boyutu puan ortalaması 11,67±3,89 olarak elde edilmiştir. BÇTDÖ ölçeği toplam puan ortalaması 79,38±15,5; KAÖKF ölçeği toplam puan ortalaması 3,92±3,64; TÖ-KF ölçeği puan ortalaması 3,23±1,49 olarak saptanmıştır (Tablo 4. 8).

Tablo 4.1. Cinsiyete Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=344)

Ölçekler	Cinsiyet	Ort. ±SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF Ort	Kadın	3,43±1,46	3 [1,4-7]	U=9736 p<0,001
	Erkek	2,84±1,47	2,4 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Kadın	4,39±3,68	4 [0-20]	U=9894,5 p<0,001
	Erkek	3,04±3,42	2 [0-17]	
Başa Çıkma Tutumu Puan Toplam	Kadın	82,82±14,09	80 [47-128]	U=8695,5 p<0,001
	Erkek	72,87±16,00	74 [33-120]	

Kendine yardım	Kadın	17,71±4,24	18 [6-24]	U=7678 p<0,001
	Erkek	14,39±4,24	13 [6-24]	
Yaklaşım	Kadın	21,91±4,45	21 [9-28]	U=9605,5 p<0,001
	Erkek	19,45±4,64	21 [7-28]	
Uyum Sağlama	Kadın	20,66±4,63	21 [7-28]	U=9967,5 p<0,001
	Erkek	18,41±4,66	19 [7-28]	
Sakınma-Kaçınma	Kadın	10,44±3,68	10 [6-24]	U=11346 p=0,019
	Erkek	9,77±3,84	9 [6-24]	
Kendine Ceza	Kadın	12,1±3,93	12 [6-24]	U=10651 p=0,002
	Erkek	10,85±3,69	10 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Buna göre kendine yardım (p<0,001), yaklaşım (p<0,001), uyum sağlama (p<0,001), sakınma-kaçınma (p<0,001), kendine ceza (p<0,001) alt boyutlarında, KAÖKF (p<0,001) ve TÖ-KF (p<0,001) ölçek toplam puan ortalamalarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tüm ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.2. Medeni Duruma Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	Ort. ±SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF Ort	Bekâr	3,33±1,6	2,9 [1,2-7]	U=13891 p=0,400
	Evli	3,14±1,4	2,7 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Bekâr	3,91±4,22	3 [0-20]	U=13393 p=0,163
	Evli	3,93±3,1	3 [0-17]	
	Bekâr	79,67±16,48	77 [42-128]	U=14503

Başa Çıkma Tutumu Puan Toplam	Evli	79,13±14,68	79 [33-124]	p=0,861
Kendine yardım	Bekâr	16,12±4,6	17 [6-24]	U=13215,5
	Evli	16,92±4,44	18 [6-24]	p=0,112
Yaklaşım	Bekâr	20,98±4,55	21 [8-28]	U=14309,5
	Evli	21,12±4,76	21 [7-28]	p=0,695
Uyum Sağlama	Bekâr	19,98±4,7	21 [7-28]	U=13983
	Evli	19,8±4,81	20 [7-28]	p=0,455
Sakınma-Kaçınma	Bekâr	10,72±4,22	10 [6-24]	U=13125
	Evli	9,78±3,26	9 [6-24]	p=0,092
Kendine Ceza	Bekâr	11,87±4,27	11 [6-24]	U=14408
	Evli	11,5±3,55	11 [6-24]	p=0,779

U: Mann Whitney U test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Medeni durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında medeni durum ile anksiyete, tükenmişlik ve başa çıkma tutumları durumları arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4.10).

Tablo 4.3. Çocuk Varlığına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Çocuk Varlığı	Ort. ±SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF Ort	Evet	3,34±1,49	2,9 [1,3-7]	U=12931,5 p=0,221
	Hayır	3,15±1,49	2,8 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,09±3,25	3 [0-17]	U=12627,5 p=0,115
	Hayır	3,82±3,88	3 [0-20]	
Başa Çıkma Tutumu Puan Toplam	Evet	80,02±15,16	79 [33-124]	U=13063,5 p=0,281
	Hayır	78,97±15,73	77 [42-128]	
Kendine yardım	Evet	16,65±4,69	18 [6-24]	U=13659 p=0,676
	Hayır	16,5±4,42	17 [6-24]	

Yaklaşım	Evet	21,37±4,91	21 [7-28]	U=12993,5 p=0,241
	Hayır	20,86±4,49	21 [8-28]	
Uyum Sağlama	Evet	20,12±5	21 [7-28]	U=13408,5 p=0,484
	Hayır	19,73±4,6	21 [7-28]	
Sakinme-Kaçınma	Evet	10,05±3,52	9 [6-24]	U=13670,5 p=0,686
	Hayır	10,31±3,89	10 [6-24]	
Kendine Ceza	Evet	11,83±3,74	12 [6-23]	U=13112 p=0,302
	Hayır	11,56±3,99	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuk sahibi olma ile anksiyete, tükenmişlik ve başa çıkma tutumları durumları arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4.11).

Tablo 4.4. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Durumu	Ort. ±SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri	İkili karşılaştırmalar
TÖ-KF ort	Lise	3,18±1,28	2,9 [1,6-5,9]	KW=6,449 p=0,092	NS
	Ön lisans	3,7±1,72	3,5 [1,3-7]		
	Üniversite	3,1±1,44	2,7 [1,1-7]		
	Yüksek lisans veya üzeri	3,6±1,55	3,4 [1,4-7]		
KAÖKF Toplam	Lise	3,27±3,61	2 [0-12]	KW=11,851 p=0,008	L-YL: p=0,005
	Ön lisans	3,51±3,12	3 [0-11]		
	Üniversite	3,74±3,62	3 [0-20]		
	Yüksek lisans veya üzeri	5,51±3,92	5 [0-20]		
BÇTDÖ Toplam	Lise	82±18,25	77 [53-112]	KW=11,364 p=0,010	L-YL: p=0,006
	Ön lisans	77,91±16,03	77 [41-124]		
	Üniversite	78,36±15,48	77 [33-127]		
	Yüksek lisans veya üzeri	85,91±13,1	83 [59-128]		
Kendine yardım	Lise	15,73±5,98	14 [6-24]	KW=20,715 p<0,001	ÖL-YL: p<0,001
	Ön lisans	14,83±4,78	14 [6-24]		

	Üniversite	16,43±4,38	17 [6-24]		L-YL: p=0,001
	Yüksek lisans veya üzeri	18,95±3,88	18 [8-24]		
Yaklaşım	Lise	21,18±5,36	20 [14-28]	KW=11,288 p=0,010	L-YL: p=0,005
	Ön lisans	20,66±4,92	21 [8-28]		
	Üniversite	20,73±4,65	21 [7-28]		
	Yüksek lisans veya üzeri	23,28±3,76	22 [15-28]		
Uyum Sağlama	Lise	20,73±5,14	19 [14-28]	KW=7,316 p=0,062	NS
	Ön lisans	19±4,63	20 [8-28]		
	Üniversite	19,68±4,79	21 [7-28]		
	Yüksek lisans veya üzeri	21,58±4,26	21 [10-28]		
Sakınma kaçınma	Lise	11,45±4,48	10 [7-22]	KW=3,281 p=0,350	NS
	Ön lisans	11,06±4,24	11 [6-24]		
	Üniversite	10,04±3,55	9 [6-24]		
	Yüksek lisans veya üzeri	10,23±4,21	9 [6-24]		
Kendine ceza	Lise	12,91±4,68	12 [6-20]	KW=1,98 p=0,576	NS
	Ön lisans	12,37±4,35	12 [6-23]		
	Üniversite	11,48±3,74	11 [6-24]		
	Yüksek lisans veya üzeri	11,86±4,2	11 [6-24]		

KW: Kruskal Wallis test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, ÖL: Ön lisans, L: Lisans, YL: Yüksek lisans, NS: İstatistik olarak karşılaştırılması anlamlı değil

Eğitim durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p<0,001), yaklaşım (p=0,010), BÇTDÖ (p=0,010) ve KAÖKF (p=0,008) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, uyum sağlama (p=0,062), sakınma-kaçınma (0,350), kendine ceza (p=0,576) ve TÖ-KF (p=0,092)'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Post hoc karşılaştırmalarda kendine yardım alt boyutunda ÖL-YL (p<0,001) ve L-YL (p=0,001) arasında anlamlı fark saptanmıştır. YL mezunu hemşirelerin puan ortalamaları yüksektir. Yaklaşım alt boyutunda L-YL (p=0,005) arasında anlamlı fark saptanmıştır. YL mezunu hemşirelerin puan ortalamaları yüksektir. BÇTDÖ ölçek puan ortalaması ikili karşılaştırmalarında L-YL (p=0,006) arasında anlamlı fark saptanmıştır. YL mezunu hemşirelerin puan ortalaması yüksektir. KAÖKF ölçek puan ortalaması ikili karşılaştırmalarında L-YL (p=0,009) arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.5. Gelir Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gelir Durumu	Ort. $\pm SS$	Medyan[<i>min</i> – <i>maks</i>]	Test istatistiği; p değeri	İkili karşılaştırmalar
TÖ-KF ort	Gelir giderden fazla	2,85 $\pm$ 1,36	2,4 [1,3-6,6]	KW=14,565 p=0,001	Gelir>Gider: Gelir<Gider: p<0,001 Gelir $\equiv$ Gider – Gelir<Gider: p=0,024
	Gelir gidere eşit	3,18 $\pm$ 1,45	2,8 [1,1-7]		
	Gelir giderden az	3,77 $\pm$ 1,61	3,4 [1,4-7]		
KAÖKF Toplam	Gelir giderden fazla	3,78 $\pm$ 3,34	3 [0-14]	KW=1,748 p=0,417	NS
	Gelir gidere eşit	3,7 $\pm$ 3,42	3 [0-20]		
	Gelir giderden az	4,65 $\pm$ 4,44	4 [0-20]		
BÇTDÖ Toplam	Gelir giderden fazla	78,82 $\pm$ 15,35	80 [42-124]	KW=0,326 p=0,850	NS
	Gelir gidere eşit	79,6 $\pm$ 15,43	78 [33-128]		
	Gelir giderden az	79,38 $\pm$ 16,05	78,5 [47-127]		
	Gelir giderden fazla	17,51 $\pm$ 3,97	18 [11-24]		NS

Kendine yardım	Gelir gidere eşit	16,45±4,77	17 [6-24]	KW=3,97 p=0,137	
	Gelir giderden az	15,82±4,29	16,5 [6-24]		
Yaklaşım	Gelir giderden fazla	20,67±4,86	21 [8-28]	KW=0,91 5 p=0,633	NS
	Gelir gidere eşit	21,17±4,7	21 [7-28]		
	Gelir giderden az	21,19±4,34	21 [9-28]		
Uyum sağlama	Gelir giderden fazla	19,51±5,09	21 [7-28]	KW=1,01 6 p=0,602	NS
	Gelir gidere eşit	20,14±4,7	21 [7-28]		
	Gelir giderden az	19,61±4,54	20 [7-28]		
Sakınma kaçınma	Gelir giderden fazla	9,87±3,5	9 [6-24]	KW=1,15 8 p=0,561	NS
	Gelir gidere eşit	10,18±3,68	9 [6-24]		
	Gelir giderden az	10,65±4,17	10 [6-24]		
Kendine ceza	Gelir giderden fazla	11,27±3,1	11 [6-23]	KW=0,62 5 p=0,731	NS
	Gelir gidere eşit	11,67±3,98	11 [6-24]		
	Gelir giderden az	12,1±4,39	12 [6-24]		

KW: Kruskal Wallis test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, NS: İstatistik olarak karşılaştırılması anlamlı değil

Gelir durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,137), yaklaşım (p=0,633), uyum sağlama (p=0,602), sakınma kaçınma (p=0,561), kendine ceza (0,731), BÇTDÖ (p=0,850) ve KAÖKF (p=0,417) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, TÖ-KF (p=0,024)'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. İkili karşılaştırmalarda; Gelir>Gider-Gelir<Gider (p<0,001) ve Gelir ≡ Gider - Gelir<Gider (p=0,024) ikilileri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gelir<Gider olan hemşirelerin puan ortalaması diğer grupların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalıştığı Birimlere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalıştığınız birim	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri	Post-hoc karşılaştırmalar
TÖ-KF ort	Yoğun Bakım	3,42±1,52	3 [1,1-7]	KW=6,940 p=0,031	A-S: p=0,042
	Servis	3,15±1,51	2,75 [1,2-7]		
	Acil	2,87±1,32	2,5 [1,2-6,1]		
KAÖKF Toplam	Yoğun Bakım	4,17±3,51	4 [0-17]	KW=3,238 p=0,198	NS
	Servis	3,94±4,06	3 [0-20]		
	Acil	3,26±2,98	2 [0-14]		
BÇTDÖ Toplam	Yoğun Bakım	79,48±15,33	79 [41-124]	KW=7,718 p=0,021	A-S: p=0,019
	Servis	81,44±15,66	78,5 [47-128]		
	Acil	74,85±14,89	74 [33-112]		
Kendine yardım	Yoğun Bakım	16,24±4,45	17 [6-24]	KW=10,52 p=0,005	A-S: p=0,008

	Servis	17,49±4,59	18 [6-24]		
	Acil	15,44±4,24	16 [6-24]		
Yaklaşım	Yoğun Bakım	21,08±4,71	21 [8-28]	KW=6,265 p=0,044	A-S: p=0,037
	Servis	21,59±4,57	21 [9-28]		
	Acil	19,92±4,55	21 [7-28]		
Uyum sağlama	Yoğun Bakım	19,59±5,05	21 [7-28]	KW=10,081 p=0,006	A-S: p=0,007
	Servis	20,84±4,35	21 [7-28]		
	Acil	18,66±4,43	19 [7-28]		
Sakınma kaçınma	Yoğun Bakım	10,5±3,86	9 [6-24]	KW=2,152 p=0,341	NS
	Servis	10,05±3,83	9 [6-24]		
	Acil	9,79±3,24	10 [6-22]		
Kendine ceza	Yoğun Bakım	12,06±4,07	11 [6-24]	KW=2,55 p=0,279	NS
	Servis	11,47±3,88	11 [6-24]		
	Acil	11,05±3,34	11 [6-20]		

KW: Kruskal Wallis test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, NS: İstatistik olarak karşılaştırılması anlamlı değil

Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,005), yaklaşım (p=0,044), uyum sağlama (p=0,006), BÇTDÖ (p=0,021) ve TÖ-KF (p=0,031) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, sakınma kaçınma (p=0,341), kendine ceza (p=0,279) ve KAÖKF (p=0,198) 'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İkili karşılaştırmalarda; tüm farklılıklar acil ve servis çalışanları arasında saptanmıştır. Serviste çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları acilde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.14).

Tablo 4.7. Kronik Hastalık Varlığına Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kronik hastalık varlığı	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,85±1,64	3,45 [1,4-7]	U=4504,5 p=0,008
	Hayır	3,14±1,45	2,75 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	5,25±3,69	6 [0-15]	U=4439 p=0,005
	Hayır	3,75±3,61	3 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	81,2±14,92	79,5 [41-117]	U=5541,5 p=0,362
	Hayır	79,13±15,58	78 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	17,05±4,92	17 [6-24]	U=5655,5 p=0,470
	Hayır	16,49±4,47	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,48±4,94	21 [8-28]	U=5542 p=0,356
	Hayır	21,13±4,62	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	20±4,59	20 [8-28]	U=6012 p=0,908

	Hayır	19,87±4,78	21 [7-28]	
Sakınma kaçınma	Evet	10,8±3,06	10 [7-19]	U=4937 p=0,052
	Hayır	10,13±3,83	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	12,88±3,92	12 [7-23]	U=4679 p=0,017
	Hayır	11,51±3,87	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Kronik hastalık varlığına göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,470), yaklaşım (p=0,356), uyum sağlama (p=0,908), sakınma kaçınma (p=0,052) ve BÇTDÖ (p=0,362) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, kendine ceza (p=0,017), KAÖKF (p=0,005) ve TÖ-KF (p=0,008)'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalığı olan hemşirelerin puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayan hemşirelerden anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.15).

Tablo 4.8. Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sigara kullanma	Ort. $\pm$SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	2,91 $\pm$ 1,38	2,5 [1,1-7]	U=8391 p<0,001
	Hayır	3,83 $\pm$ 1,51	3,7 [1,4-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	3,58 $\pm$ 3,2	3 [0-20]	U=11895 p=0,098
	Hayır	4,58 $\pm$ 4,31	4 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	76,58 $\pm$ 15,42	76 [33-127]	U=9303 p<0,001
	Hayır	84,73 $\pm$ 14,26	82 [55-128]	
Kendine yardım	Evet	16,08 $\pm$ 4,28	17 [6-24]	U=11060,5 p=0,009
	Hayır	17,47 $\pm$ 4,84	17,5 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,57 $\pm$ 4,64	20 [7-28]	U=11141,5 p=0,011
	Hayır	22 $\pm$ 4,56	21 [13-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,19 $\pm$ 4,74	20 [7-28]	U=10139,5 p<0,001
	Hayır	21,21 $\pm$ 4,51	21 [11-28]	
Sakinma kaçınma	Evet	9,61 $\pm$ 3,43	9 [6-24]	U=9681,5 p<0,001
	Hayır	11,36 $\pm$ 4,06	10 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,13 $\pm$ 3,51	10 [6-24]	U=10473 p=0,001
	Hayır	12,69 $\pm$ 4,36	12 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Sigara kullanma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım ($p=0,009$), yaklaşım ($p=0,011$), uyum sağlama ($p<0,001$), sakınma kaçınma ($p<0,001$), kendine ceza ($p=0,001$), BÇTDÖ ($p<0,001$) ve TÖ-KF ($p<0,001$) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, KAÖKF ($p=0,098$)'de grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sigara kullanmayan hemşirelerin puan ortalamaları, sigara kullanan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4.9. COVID-19 Pandemisi Öncesinde Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemisi öncesi yaşanılan kişiler	Ort. $\pm$ SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri	İkili karşılaştırmalar
TÖ-KF ort	Aile	3,25 $\pm$ 1,44	2,9 [1,1-7]	KW=3,01 p=0,222	NS
	Arkadaş	2,89 $\pm$ 1,67	2,4 [1,2-6,3]		
	Tek başıma	3,25 $\pm$ 1,69	2,5 [1,2-7]		
KAÖKF Toplam	Aile	4,07 $\pm$ 3,5	3 [0-20]	KW=6,556 p=0,038	Anlamlılık saptanmadı
	Arkadaş	3,04 $\pm$ 3,85	2 [0-16]		
	Tek başıma	3,56 $\pm$ 4,24	2 [0-20]		
BÇTDÖ Toplam	Aile	79,6 $\pm$ 15,16	79 [33-127]	KW=6,753 p=0,034	Arkadaş-Aile: p=0,034
	Arkadaş	71,8 $\pm$ 13,79	73 [44-110]		
	Tek başıma	81,94 $\pm$ 17,18	78,5 [42-128]		
Kendine yardım	Aile	16,65 $\pm$ 4,54	17 [6-24]	KW=4,766 p=0,092	NS
	Arkadaş	14,72 $\pm$ 3,52	15 [6-21]		
	Tek başıma	16,96 $\pm$ 4,73	18 [6-24]		
Yaklaşım	Aile	21,27 $\pm$ 4,55	21 [7-28]	KW=8,258 p=0,016	Aile-Arkadaş: p=0,012
	Arkadaş	18,44 $\pm$ 4,63	18 [9-28]		
	Tek başıma	21,24 $\pm$ 4,93	21 [8-28]		
Uyum sağlama	Aile	20,02 $\pm$ 4,76	21 [7-28]	KW=6,622 p=0,036	Arkadaş-Tek başıma: p=0,039
	Arkadaş	17,36 $\pm$ 4,36	19 [8-23]		
	Tek başıma	20,42 $\pm$ 4,62	21 [7-28]		
	Aile	10,08 $\pm$ 3,56	9 [6-24]	KW=1,32	NS

Sakınma kaçınma	Arkadaş	10,2±4,24	9 [6-21]	p=0,517	
	Tek başıma	10,92±4,43	10 [6-24]		
Kendine ceza	Aile	11,58±3,69	11 [6-24]	KW=1,823 p=0,402	NS
	Arkadaş	11,08±4,29	11 [6-24]		
	Tek başıma	12,4±4,67	12 [6-24]		

KW: Kruskal Wallis test istatistiği, $p < 0,05$ Anlamlılık düzeyi, NS: İstatistik olarak karşılaştırılması anlamlı değil

COVID-19 pandemisi öncesinde birlikte yaşanan kişilere göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaklaşım ($p=0,016$), uyum sağlama ($p=0,036$), KAÖKF ($p=0,038$) ve BÇTDÖ ($p=0,034$) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, kendine yardım ($p=0,092$), sakınma kaçınma ($p=0,517$) ve kendine ceza ($p=0,402$) ve TÖ-KF ($p=0,222$)'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kendine yardım alt boyutunda aile-arkadaş ($p=0,012$), uyum sağlama alt boyutunda arkadaş- tek başına ($p=0,039$), BÇTDÖ ölçeğinde aile-arkadaş ($p=0,034$) arasında puan ortalamalarına göre anlamlı fark saptanmıştır. Arkadaşı ile yaşayan hemşirelerin toplam puan ortalamaları anlamlı olarak düşüktür (Tablo 4.17).

Tablo 4.10. Birlikte Yaşanılan Kişilerde Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Birlikte yaşanılan kişilerde kronik hastalık olma durumu	Ort. $\pm$SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,55 $\pm$ 1,44	3,4 [1,2-7]	U=9110,5 p=0,003
	Hayır	3,11 $\pm$ 1,49	2,6 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,62 $\pm$ 3,67	4 [0-17]	U=9510,5 p=0,013
	Hayır	3,67 $\pm$ 3,61	3 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,37 $\pm$ 14,34	78 [47-107]	U=11164 p=0,669
	Hayır	79,38 $\pm$ 15,92	78 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	15,67 $\pm$ 4,6	17 [6-24]	U=9729,5 p=0,027
	Hayır	16,88 $\pm$ 4,46	18 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,92 $\pm$ 4,48	21 [9-28]	U=11139 p=0,642
	Hayır	21,11 $\pm$ 4,73	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	20,02 $\pm$ 4,63	21 [7-28]	U=11103,5 p=0,613
	Hayır	19,83 $\pm$ 4,81	21 [7-28]	
Sakinma kaçınma	Evet	10,7 $\pm$ 3,37	10 [6-21]	U=9507,5 p=0,013
	Hayır	10,03 $\pm$ 3,87	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	12,05 $\pm$ 3,66	12 [6-23]	U=10334 p=0,144
	Hayır	11,53 $\pm$ 3,97	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Birlikte yaşanılan kişilerde kronik hastalık olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım ($p=0,027$), sakınma kaçınma ($p=0,013$), KA KF ($p=0,013$) ve T -KF ($p=0,003$)  l ek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, yaklaşım ($p=0,642$), uyum sağlama ($p=0,613$), kendine ceza ($p=0,144$) ve B TD  ($p=0,669$)'de grupların toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Birlikte yaşanılan kişilerde kronik hastalık olma durumunda sakınma kaçınma, KA KF ve T -KF puan ortalamaları yüksek çıkarken, kendine yardım ve yaklaşım alt boyutlarında düşük çıkmıştır (Tablo 4. 18).



Tablo 4.11. COVID-19 Pandemi Sürecinde Aile/Arkadaş ile Aynı Evde Yaşamaktan Tedirgin Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemi sürecinde aile/arkadaş ile aynı evde yaşamaktan tedirgin olma durumu	Ort. $\pm SS$	Medyan [<i>min</i> – <i>maks</i>]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,26 $\pm$ 1,47	2,9 [1,1-7]	U=7827 p=0,114
	Hayır	3,06 $\pm$ 1,6	2,5 [1,2-6,8]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,18 $\pm$ 3,48	4 [0-20]	U=5916,5 p<0,001
	Hayır	2,81 $\pm$ 4,13	1 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,33 $\pm$ 14,95	78,5 [33-128]	U=8689 p=0,706
	Hayır	79,56 $\pm$ 17,85	77 [42-124]	
Kendine yardım	Evet	16,51 $\pm$ 4,55	17 [6-24]	U=8664,5 p=0,679
	Hayır	16,77 $\pm$ 4,45	18 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,15 $\pm$ 4,53	21 [7-28]	U=8343,5 p=0,384
	Hayır	20,66 $\pm$ 5,2	21 [8-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,9 $\pm$ 4,67	21 [7-28]	U=8837 p=0,863
	Hayır	19,8 $\pm$ 5,16	21 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,09 $\pm$ 3,54	9 [6-24]	U=8690 p=0,705
	Hayır	10,72 $\pm$ 4,53	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,68 $\pm$ 3,65	11 [6-24]	U=8268 p=0,331
	Hayır	11,63 $\pm$ 4,84	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 pandemi sürecinde aile/arkadaş ile aynı evde yaşamaktan tedirgin olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF ($p<0,001$) ölçeğinde anlamlı fark saptanırken, diğer ölçek toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ailesi/ev arkadaşları ile birlikte yaşamaktan tedirgin olan hemşirelerin, KAÖKF ölçek puan ortalaması anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (Tablo 4.19).



Tablo 4.12. COVID-19 Pandemi Sürecinde Fiziksel Tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) belirtisi gösterme durumu	Ort. $\pm$SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,59 $\pm$ 1,54	3,2 [1,3-7]	U=8323 p<0,001
	Hayır	2,59 $\pm$ 1,16	2,3 [1,1-6,4]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,71 $\pm$ 3,85	4 [0-20]	U=8513 p<0,001
	Hayır	2,54 $\pm$ 2,77	2 [0-14]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	81,74 $\pm$ 15,12	80 [41-128]	U=10453,5 p<0,001
	Hayır	75,22 $\pm$ 15,35	76 [33-124]	
Kendine yardım	Evet	16,86 $\pm$ 4,64	17 [6-24]	U=12192,5 p=0,090
	Hayır	16,02 $\pm$ 4,27	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,62 $\pm$ 4,6	21 [8-28]	U=11336,5 p=0,007
	Hayır	20,07 $\pm$ 4,62	20 [7-28]	
Uyum Sağlama	Evet	20,39 $\pm$ 4,63	21 [7-28]	U=11670,5 p=0,022
	Hayır	19 $\pm$ 4,86	20 [7-28]	
Sakınma kaçınma	Evet	10,6 $\pm$ 3,77	10 [6-24]	U=10709 p=0,001
	Hayır	9,52 $\pm$ 3,62	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	12,27 $\pm$ 3,95	12 [6-24]	U=10033,5 p<0,001
	Hayır	10,61 $\pm$ 3,55	9 [6-23]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) belirtisi gösterme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaklaşım (p=0,007), uyum sağlama (p=0,022), sakınma kaçınma (p=0,001), kendine ceza (p<0,001), BÇTDÖ (p<0,001), KAÖKF (p<0,001) ve TÖ-KF (p<0,001) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, kendine yardım (p=0,090) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) belirtisi gösteren hemşirelerin ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.13. COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösterme durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,37±1,46	2,9 [1,2-7]	U=4997,5 p<0,001
	Hayır	2,52±1,44	2 [1,1-6,4]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,44±3,64	4 [0-20]	U=3383,5 p<0,001
	Hayır	1,42±2,44	0 [0-14]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	80,18±15,04	79 [33-128]	U=6861,5 p=0,026
	Hayır	75,51±17,18	75 [42-116]	
Kendine yardım	Evet	16,72±4,55	17 [6-24]	U=7342 p=0,123
	Hayır	15,76±4,34	16 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,25±4,59	21 [7-28]	U=7447 p=0,161
	Hayır	20,15±4,9	21 [8-28]	
Uyum sağlama	Evet	20,06±4,68	21 [7-28]	U=7602,5 p=0,243
	Hayır	19,05±5,04	20 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,18±3,59	9 [6-24]	U=7790 p=0,371
	Hayır	10,34±4,47	9 [6-22]	
Kendine ceza	Evet	11,97±3,87	11 [6-24]	U=6032 p=0,001
	Hayır	10,2±3,71	9 [6-21]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösterme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine ceza (p=0,001), BÇTDÖ (p=0,026), KAÖKF (p<0,001) ve TÖ-KF (p<0,001) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, kendine yardım (p=0,123), yaklaşım (p=0,161), uyum sağlama (p=0,243) ve sakınma kaçınma (p=0,371) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösteren hemşirelerin ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4.14. COVID-19 Pandemi Sürecinde Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyini Azaltacak Başa Çıkma Tutumları Geliştirme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyini azaltacak başa çıkma tutumları geliştirme durumu	Ort. $\pm SS$	Medyan [<i>min</i> – <i>maks</i>]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,22 $\pm$ 1,37	2,8 [1,4-6,8]	U=11296,5 p=0,717
	Hayır	3,23 $\pm$ 1,54	2,8 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,66 $\pm$ 3,37	4,5 [0-17]	U=9017 p=0,001
	Hayır	3,65 $\pm$ 3,71	3 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	82,93 $\pm$ 14	82 [55-117]	U=9159 p=0,003
	Hayır	78,08 $\pm$ 15,84	77 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	18,14 $\pm$ 4,28	18 [8-24]	U=8413 p<0,001
	Hayır	15,98 $\pm$ 4,48	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,92 $\pm$ 4,54	21 [13-28]	U=9864,5 p=0,032
	Hayır	20,74 $\pm$ 4,67	20 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	21,28 $\pm$ 4,69	21 [10-28]	U=8925 p=0,001
	Hayır	19,37 $\pm$ 4,68	20 [7-28]	
Sakinma kaçınma	Evet	9,89 $\pm$ 2,85	9,5 [6-19]	U=11455,5 p=0,866
	Hayır	10,33 $\pm$ 4,02	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,7 $\pm$ 3,47	11 [6-23]	U=11203 p=0,631
	Hayır	11,65 $\pm$ 4,04	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyini azaltacak başa çıkma tutumları geliştirme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p<0,001), yaklaşım (p=0,032), uyum sağlama (p=0,001), BÇTDÖ (p=0,003), KAÖKF (p=0,001) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, sakınma kaçınma (p=0,866), kendine ceza (p=0,631), TÖ-KF (p=0,717)'de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tükenmişlik ve anksiyete

düzeyini azaltacak başa çıkma tutumları geliştiren hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının geliştirmeyenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.22).



Tablo 4.15. COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,38±1,42	3 [1,4-7]	U=6868,5 p=0,205
	Hayır	3,2±1,51	2,8 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	5,38±3,67	5 [0-16]	U=5322 p<0,001
	Hayır	3,66±3,58	3 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	82,58±17,02	81 [41-119]	U=6574,5 p=0,088
	Hayır	78,79±15,17	78 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	18,26±4,26	18 [6-24]	U=5564,5 p=0,001
	Hayır	16,25±4,51	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,72±5,15	21 [8-28]	U=6820 p=0,174
	Hayır	20,94±4,56	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	20,21±5,02	21 [7-28]	U=7110 p=0,363
	Hayır	19,82±4,71	21 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,13±3,68	9 [6-24]	U=7678 p=0,960
	Hayır	10,22±3,77	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	12,26±3,62	12 [6-23]	U=6674 p=0,116
	Hayır	11,56±3,93	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,001) alt boyutu ve KAÖKF (p<0,001) ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, yaklaşım (p=0,174), uyum sağlama (p=0,363), sakinme kaçınma (p=0,960), kendine ceza (0,116), BÇTDÖ (p=0,088) ve TÖ-KF (p=0,205)'te gruplar arasında fark saptanmamıştır. Psikolojik destek alan hemşirelerin puan ortalamaları almayanlara göre yüksek saptanmıştır (Tablo 4.23)

Tablo 4.16. Pandemi Sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) Belirtisi Gösterme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösterme durumu	Ort. $\pm$SS	Medyan [min – maks]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,35 $\pm$ 1,5	2,9 [1,1-7]	U=9238 p=0,005
	Hayır	2,87 $\pm$ 1,4	2,6 [1,2-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,39 $\pm$ 3,72	4 [0-20]	U=7705 p<0,001
	Hayır	2,63 $\pm$ 3,1	2 [0-14]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,53 $\pm$ 15,32	79 [33-128]	U=10849 p=0,415
	Hayır	78,96 $\pm$ 16,07	76 [42-124]	
Kendine yardım	Evet	16,75 $\pm$ 4,39	18 [6-24]	U=10403 p=0,170
	Hayır	16,01 $\pm$ 4,85	16 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,9 $\pm$ 4,66	21 [7-28]	U=10751 p=0,343
	Hayır	21,51 $\pm$ 4,66	21 [8-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,74 $\pm$ 4,76	20 [7-28]	U=10627,5 p=0,273
	Hayır	20,27 $\pm$ 4,74	21 [7-28]	
Sakınma kaçınma	Evet	10,28 $\pm$ 3,77	9 [6-24]	U=10975,5 p=0,507
	Hayır	10,01 $\pm$ 3,71	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,85 $\pm$ 3,89	11 [6-24]	U=10394 p=0,166
	Hayır	11,15 $\pm$ 3,86	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösterme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF (p<0,001) ve TÖ-KF (p=0,005) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, kendine yardım (0,170), yaklaşım (p=0,343), uyum sağlama (p=0,273), sakınma kaçınma (p=0,507), kendine ceza (0,166), BÇTDÖ (p=0,415)'te gruplar arasında fark saptanmamıştır. COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösteren hemşirelerin ölçek puan ortalamaları almayanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.24).

Tablo 4.17. Pandemi Sürecinde COVID-19 Tanısı Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Pandemi sürecinde COVID-19 tanısı alma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,18±1,48	2,7 [1,1-7]	U=12590 p=0,507
	Hayır	3,31±1,52	3 [1,3-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,07±3,68	3 [0-20]	U=12025,5 p=0,186
	Hayır	3,63±3,56	3 [0-16]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79±15,85	78 [33-128]	U=12716 p=0,604
	Hayır	80,11±14,82	79 [41-124]	
Kendine yardım	Evet	16,66±4,41	17 [6-24]	U=12790,5 p=0,663
	Hayır	16,37±4,74	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,88±4,78	21 [7-28]	U=12324,5 p=0,326
	Hayır	21,41±4,39	21 [8-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,98±4,8	21 [7-28]	U=12746,5 p=0,626
	Hayır	19,69±4,68	20 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,05±3,54	9 [6-24]	U=12592,5 p=0,506
	Hayır	10,52±4,14	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,43±3,77	11 [6-24]	U=11941 p=0,155
	Hayır	12,13±4,11	12 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Pandemi sürecinde COVID-19 tanısı alma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4.25).

Tablo 4.18. Birlikte Yaşanılan Kişiler Arasında COVID-19 Tanısı Alma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Birlikte yaşadığınız kişiler arasında COVID-19 tanısı alma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,13±1,37	2,8 [1,1-7]	U=13072 p=0,488
	Hayır	3,39±1,67	2,9 [1,2-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,16±3,47	4 [0-20]	U=11327 p=0,007
	Hayır	3,5±3,9	2 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,01±15,29	78 [33-127]	U=13444,5 p=0,784
	Hayır	80,01±15,9	79 [42-128]	
Kendine yardım	Evet	16,56±4,37	17 [6-24]	U=13641 p=0,958
	Hayır	16,55±4,79	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,95±4,67	21 [7-28]	U=13492 p=0,823
	Hayır	21,26±4,64	21 [8-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,9±4,69	21 [7-28]	U=13463,5 p=0,799
	Hayır	19,86±4,88	21 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,05±3,58	9 [6-24]	U=13073,5 p=0,486
	Hayır	10,49±4,02	10 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,56±3,64	11 [6-24]	U=13535,5 p=0,863
	Hayır	11,86±4,3	11 [6-24]	

U: Mann W hitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Birlikte yaşanılan kişiler arasında COVID-19 tanısı alma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF (p=0,007) toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı saptanırken, diğer alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4. 26).

Tablo 4.19. COVID-19 Aşısı Olma Duruma Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	COVID-19 aşısı olma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,2±1,45	2,8 [1,1-7]	U=6211 p=0,999
	Hayır	3,4±1,8	2,8 [1,2-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,02±3,67	3 [0-20]	U=5260 p=0,109
	Hayır	3,22±3,41	2 [0-12]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,74±15,24	79 [42-128]	U=5589 p=0,297
	Hayır	76,66±17,28	77 [33-120]	
Kendine yardım	Evet	16,83±4,45	17 [6-24]	U=4589 p=0,006
	Hayır	14,56±4,58	15 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,2±4,62	21 [8-28]	U=5356,5 p=0,147
	Hayır	20±4,83	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,9±4,73	21 [7-28]	U=6137,5 p=0,901
	Hayır	19,73±4,96	21 [7-28]	
Sakınma kaçınma	Evet	10,2±3,76	9 [6-24]	U=6039 p=0,771
	Hayır	10,27±3,74	10 [6-22]	
Kendine ceza	Evet	11,61±3,77	11 [6-24]	U=5938 p=0,644
	Hayır	12,1±4,74	11 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

COVID-19 aşısı olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,006) alt boyutunda grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, diğer alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4.27).

Tablo 4.20. Hemşirelerin Pandemi Sürecinde Bir Yakınını COVID-19 Sebebiyle Kaybetme Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Pandemi sürecinde bir yakınını COVID-19 sebebiyle kaybetme durumu	Ort. $\pm SS$	Medyan [<i>min</i> – <i>maks</i>]	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	3,05 $\pm$ 1,35	2,7 [1,2-7]	U=13457,5 p=0,201
	Hayır	3,37 $\pm$ 1,58	3,1 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	4,56 $\pm$ 3,61	4 [0-20]	U=11275 p<0,001
	Hayır	3,4 $\pm$ 3,6	2,5 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,11 $\pm$ 15,53	77 [41-127]	U=13917 p=0,437
	Hayır	79,59 $\pm$ 15,51	79 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	16,84 $\pm$ 4,4	18 [6-24]	U=13783 p=0,353
	Hayır	16,33 $\pm$ 4,62	17 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	20,98 $\pm$ 4,63	21 [8-28]	U=14155,5 p=0,600
	Hayır	21,12 $\pm$ 4,69	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	19,81 $\pm$ 4,61	21 [7-28]	U=14174 p=0,616
	Hayır	19,95 $\pm$ 4,88	21 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	10,01 $\pm$ 3,69	9 [6-24]	U=13907,5 p=0,428
	Hayır	10,37 $\pm$ 3,79	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,47 $\pm$ 3,71	11 [6-24]	U=14051,5 p=0,525
	Hayır	11,82 $\pm$ 4,03	11,5 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Hemşirelerin pandemi sürecinde bir yakınını COVID-19 sebebiyle kaybetme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF (p<0,001) toplam puan ortalamasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken, diğer alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (p>0,05 Tablo 4.28).

Tablo 4.21. Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışma ortamından memnun olma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	2,83±1,31	2,5 [1,2-7]	U=8802 p<0,001
	Hayır	3,81±1,56	3,4 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	3,53±3,34	3 [0-17]	U=12108 p=0,017
	Hayır	4,5±3,99	4 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	79,53±14,71	78 [44-124]	U=13612 p=0,482
	Hayır	79,15±16,65	78 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	16,95±4,44	18 [6-24]	U=12403 p=0,040
	Hayır	15,99±4,6	16 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,41±4,5	21 [9-28]	U=12812 p=0,108
	Hayır	20,54±4,85	21 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	20,24±4,59	21 [7-28]	U=12526,5 p=0,055
	Hayır	19,35±4,96	20 [7-28]	
Sakinme kaçınma	Evet	9,79±3,62	9 [6-24]	U=11507,5 p=0,002
	Hayır	10,83±3,86	10 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,14±3,81	10 [6-24]	U=11029 p<0,001
	Hayır	12,44±3,9	12 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım (p=0,040), sakınma kaçınma (p=0,002), kendine ceza (p<0,001), KAÖKF (p=0,017) ve TÖ-KF (p<0,001)'de gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken; yaklaşım (p=0,108), uyum sağlama (0,055), BÇTDÖ (p=0,482)'de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışma ortamından memnun hemşirelerin kendine yardım puan ortalaması yüksek çıkarken, sakınma kaçınma, kendine ceza, KAÖKF ve TÖ-KF puan ortalamaları düşüktür (Tablo 4.29).

Tablo 4.22. Çalışma Saatleri İçerisinde Dinlenme Fırsatı Olma Durumuna Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı olma durumu	<i>Ort. ±SS</i>	<i>Medyan [min – maks]</i>	Test istatistiği; p değeri
TÖ-KF ort	Evet	2,8±1,31	2,4 [1,2-7]	U=8437,5 p<0,001
	Hayır	3,82±1,53	3,7 [1,1-7]	
KAÖKF Toplam	Evet	3,7±3,48	3 [0-17]	U=13215 p=0,190
	Hayır	4,23±3,86	4 [0-20]	
BÇTDÖ Toplam	Evet	80,65±14,67	79 [44-123]	U=12727 p=0,066
	Hayır	77,61±16,47	77 [33-128]	
Kendine yardım	Evet	16,94±4,48	18 [6-24]	U=12719,5 p=0,063
	Hayır	16,03±4,54	16 [6-24]	
Yaklaşım	Evet	21,59±4,36	21 [9-28]	U=12398 p=0,026
	Hayır	20,33±4,97	20 [7-28]	
Uyum sağlama	Evet	20,51±4,36	21 [8-28]	U=12025,5 p=0,009
	Hayır	19,02±5,14	19,5 [7-28]	
Sakınma kaçınma	Evet	10,06±3,55	9 [6-22]	U=13861 p=0,551
	Hayır	10,42±4,01	9 [6-24]	
Kendine ceza	Evet	11,56±3,87	11 [6-24]	U=13743,5 p=0,467
	Hayır	11,81±3,92	12 [6-24]	

U: Mann Whitney U test istatistiği; p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaklaşım (p=0,026), uyum sağlama (p=0,009) ve TÖ-KF (p<0,001) puan ortalamaları gruplar arasında istatistiksel olarak birbirinden anlamlı farklılık gösterirken, kendine yardım (p=0,063), sakınma kaçınma (p=0,551), kendine ceza (p=0,467), BÇTDÖ (p=0,066) ve KAÖKF (p=0,190) puan ortalamaları benzer saptanmıştır. Yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarında çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı bulan hemşirelerin puan ortalaması yüksek iken, TÖ-KF ölçek toplam puan ortalaması düşük saptanmıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.23. Ölçeklerin Toplam Puan İlişkilerinin Değerlendirilmesi

		Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum Sağlama	Sakınma Kaçınma	Kendine Ceza	BÇTDÖ Total	KAÖKF total	TÖ-KF ort
Kendine Yardım	rs	1,000	0,589**	0,540**	0,101	0,095	0,698**	0,287**	-0,008
	p		<0,001	<0,001	0,062	0,079	<0,001	<0,001	0,881
Yaklaşım	rs	0,589**	1,000	0,768**	0,226**	0,162**	0,801**	0,168**	0,110*
	p	<0,001		<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,002	0,041
Uyum Sağlama	rs	0,540**	0,768**	1,000	0,325**	0,177**	0,830**	0,163**	0,091
	p	<0,001	<0,001		<0,001	0,001	<0,001	0,002	0,093
Sakınma Kaçınma	rs	0,101	0,226**	0,325**	1,000	0,594**	0,551**	0,184**	0,397**
	p	0,062	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Kendine Ceza	rs	0,095	0,162**	0,177**	0,594**	1,000	0,504**	0,314**	,452**
	p	0,079	0,003	0,001	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
BÇTDÖ Total	rs	0,698**	0,801**	0,830**	0,551**	0,504**	1,000	0,309**	0,248**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
KAÖKF Total	rs	0,287**	0,168**	0,163**	0,184**	0,314**	0,309**	1,000	0,390**
	p	<0,001	0,002	0,002	0,001	<0,001	<0,001		<0,001
TÖ-KF Ort	rs	-0,008	0,110*	0,091	0,397**	0,452**	0,248**	0,390**	1,000
	p	0,881	0,041	0,093	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

rs: Spearman rank korelasyonu, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Kendine yardım alt boyutu puanı ile yaklaşım (rs=0,589), uyum sağlama (rs=0,589), BÇTDÖ puanı (rs=0,698) ve KAÖKF puanı (rs=0,287) arasında pozitif anlamlı düzeyde korelasyon saptanırken, sakınma kaçınma (p=0,069) alt boyutu ve TÖ-KF puanı (p=0,881) arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Yaklaşım alt boyutu puanı ile kendine yardım (rs=0,589), uyum sağlama (rs=0,589), sakınma kaçınma (rs=0,226), kendine ceza (rs=0,162), BÇTDÖ puanı (rs=0,801), KAÖKF puanı (rs=0,168) ve TÖ-KF (rs=0,110) arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Uyum sağlama puanı ile kendine yardım (rs=0,540), yaklaşım (rs=0,768), sakınma kaçınma (rs=0,325), kendine ceza (rs=0,177), BÇTDÖ (rs=0,830), KAÖKF (rs=0,163) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı düzey korelasyon saptanmıştır.

Sakınma kaçınma puanı ile yaklaşım ($rs=0,162$), uyum sağlama ($rs=0,325$), kendine ceza ($rs=0,594$), BÇTDÖ ($rs=0,551$), KAÖKF ($rs=0,184$) ve TÖ-KF ($rs=0,397$) arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

BÇTDÖ puanı ile kendine yardım ($rs=0,698$), yaklaşım ($rs=0,801$), uyum sağlama ($rs=0,830$), sakınma kaçınma ($rs=0,551$), kendine ceza ($rs=0,504$), KAÖKF ($rs=0,309$) ve TÖ-KF ($rs=0,248$) arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır.

TÖ-KF puanı ile yaklaşım ($rs=0,110$), sakınma kaçınma ($rs=0,397$), kendine ceza ($rs=0,452$), BÇTDÖ ($rs=0,248$) ve KAÖKF ($rs=0,390$) arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 4. 31).



5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,83 \pm 5,14$ yıl olarak saptanmıştır (Tablo 4. 2). Fırat ve arkadaşlarının pandemi döneminde sağlık çalışanlarının psikososyal zorlanmalarını incelemek amacıyla yapmış oldukları nitel bir çalışmada yaş ortalamasının $29,70 \pm 7,10$ yıl olduğu belirlenmiştir (99). Yapıcı ve arkadaşlarının COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının sosyal ilişkilerindeki dönüşümlerini incelendikleri bir çalışmada yaş ortalaması $32,3 \pm 7,9$ yıl olarak belirlenmiştir (100). Işıklı ve arkadaşlarının COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerle yapmış oldukları araştırmada yaş ortalaması $31,40 \pm 7,67$ yıl olarak bulunmuştur (101). Labrague ve Santos 261 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin yaş ortalamasını 30,95 yıl olarak bulmuşlardır (102). Kaçan ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişlik düzeyini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada yaş ortalaması $33,12 \pm 7,85$ yıl olarak bulunmuştur (52). Aydın ve arkadaşları hemşireler üzerinde iş stresi ve tükenmişliğin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bir araştırma da yaş ortalamasını $32,6 \pm 8,11$ yıl olarak bulmuşlardır (61). Dolayısı ile araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermekle birlikte, hemşirelerin genç-yetişkin ağırlıkta olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %65,4'ü kadın, %34,6'sı ise erkektir (Tablo 4. 2). Arpacıoğlu ve arkadaşlarının pandemi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID-19 korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %62,8'inin kadın, %37,2'sinin ise erkek olduğu belirlenmiştir (47). Fırat ve arkadaşlarının pandemi döneminde sağlık çalışanlarının psikososyal zorlanmalarını incelemek amacıyla yapmış oldukları nitel bir çalışmada katılımcıların %58,1'inin kadın, 39,1'inin ise erkek olduğu belirlenmiştir (99). Kaçan ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişlik düzeyini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %71,'inin kadın, %28,5'inin ise erkek olduğu belirlenmiştir (52). Uzun ve Mayda'nın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini inceledikleri bir araştırmada hemşirelerin %89,1'inin kadın, %10,9'unun erkek olduğu belirlenmiştir (103). Şengül ve arkadaşlarının hemşirelerde anksiyete düzeyinin tükenmişlik sendromuna olan etkisini incelediği bir araştırmada katılımcıların

%53.1'inin kadın, %46.9'unun ise erkek olduğu belirlenmiştir (79). Uçar ve arkadaşlarının yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarını değerlendirdikleri bir çalışmada katılımcıların %79,6'sının kadın, %20,4'ünün ise erkek olduğu belirlenmiştir (104). Bu doğrultuda; araştırmamıza katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre dağılım yüzdeleri literatür ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızda ve literatürde hemşireler ile yapılan birçok araştırmada kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum ülkemizde 1928 yılında 1218 sayılı kanunla hemşire olmak için kadın ve Türk olma şartı getirilmesi ve 1954 yılında yayımlanan kanunla ise hemşire olmak için kadın olma şartı aranması, 2007 yılında “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile erkek hemşirelerin de mesleğe girişinin başlaması ile açıklanabilir (137).

Araştırmamız sonucunda BÇTDÖ kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama, sakınma-kaçınma, kendine ceza alt boyutlarında, KAÖKF ve TÖ-KF ölçek toplam puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı saptanmıştır (Tablo 4. 9). BÇTDÖ, KAÖKF ve TÖ-KF'nun puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre yüksek saptanmıştır. Çölgeçen'in COVID-19 pandemisine bağlı kaygı düzeylerini incelediği çalışmada kadınların kaygı düzeyi erkeklerin kaygı düzeyinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (105). Kayaoğlu ve arkadaşlarının COVID-19 enfeksiyonunun hemşirelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada kadın hemşirelerin kaygı düzeylerinin erkek hemşirelerden anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). (106). Bu durum kadınların farklı anatomik ve hormonal yapıları aynı anda hem eş, hem anne hem de profesyonel sorumluluklar üstlenmeleri ile açıklanabilir. Kadınlar yaşamları boyunca daha fazla sorumluluk üstlenmekte, daha fazla strese maruz kalmakta, psikososyal faktörler sonucunda daha yüksek anksiyete, depresyon ve tükenmişlik seviyeleri oluşmaktadır (134). Bu doğrultuda; araştırmamıza katılan kadın hemşirelerin anksite düzeylerinin erkek hemşirelerden yüksek olması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin medeni durumları değerlendirildiğinde %45,3'ünün bekâr, %54,7'sinin ise evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 2). Zandian ve arkadaşlarının COVID-19 pandemisinde hemşirelerin çalışma isteği ve iş streslerine yönelik yaptıkları kesitsel bir araştırmada katılımcıların %29,9'unun bekâr, %70.1'inin ise evli olduğu görülmüştür (107). Bayülgen ve arkadaşlarının pandemi sürecinde hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları

çalışmalarında katılımcıların %30,5'inin bekâr, %69,5'inin ise evli olduklarını belirlemişlerdir (108). Işıklı ve arkadaşlarının COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerin psikolojik dayanıklılıkları, mesleki doyum ve korku düzeylerine yönelik yapmış oldukları araştırmada katılımcıların %45,5'inin bekâr ve %54,5'inin evli olduğu sonucuna ulaşmıştır (101). Gülbayrak ve Aktaş'ın kadın ve erkek hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini karşılaştırdığı bir çalışmada katılımcıların medeni durumları %37.7 bekâr, %58.1 evli ve %4.2 dul/boşanmış olarak bildirilmiştir (68). Bu doğrultuda; araştırmamıza katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılım yüzdeleri literatür ile benzerdir. Araştırmamız sonucunda medeni duruma göre BÇTDÖ, KAÖKF ve TÖ-KF'nun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.10). Literatür incelendiğinde araştırma sonucumuza benzer olarak Kayaoğlu ve arkadaşlarının COVID-19 enfeksiyonunun hemşirelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir araştırmada medeni durum ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (106). Mutlu'nun pandemi döneminde sağlık çalışanlarında koronavirüsün tükenmişliğe etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada medeni durum ile duygusal tükenmişlik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (114). Kılıç ve Seymen'in sağlık sektöründe tükenmişliğe etki eden faktörlerin analizlerini yaptıkları araştırmalarında medeni durumunun tükenmişliği etkileyip etkilemediğine bakıldığında; evli ve bekar kişilerin tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (55). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak Shanafelt ve arkadaşları çalışmalarında tükenmişlik düzeyinin yüksek olması ile bekar olmanın ilişkili olduğunu bildirmiştir (138). Başka bir çalışmada ise evli olmanın tükenmişlik düzeyini artırdığı belirtilmiştir (139). Bekâr olan sağlık çalışanlarının sosyal desteklerinin az olması, evli olanların ise iş ve aile yaşamının getirdiği sorumlulukların fazla olması nedeniyle tükenmişliklerinin yüksek olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçek alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4.11.) Çalışma sonucumuza benzer olarak Mutlu'nun yapmış olduğu çalışmada çocuk sahibi olma ve koronavirüs korkusu ve anksiyetesi arasında fark bulunmamıştır (114). Arpacıoğlu ve arkadaşları ile Karadem'in yapmış oldukları iki araştırmada da çalışmamıza benzer sonuçlar görülmektedir (47, 134). Literatüre bakıldığında araştırma sonucumuzdan farklı olarak en az bir çocuğu olan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin çocuğu olmayanlara göre daha

yüksek olduğu bildirilmiştir (131). Yapılan bir araştırmada pandemi döneminde çocuk sahibi olan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin, çocuğu olmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır (132). Yapılan bir başka araştırmada ise çocuk sahibi olanların olamayanlara göre kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (133). Bu durumun sağlık çalışanı olan ebeveynlerin virüsü çocuklarına bulaştırma korkusundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %3,2'sinin lise, %10,2'sinin ön lisans, %74,1'inin lisans ve %12,5'inin yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 2). Kaçan ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hemşirelerin eğitim düzeyi %37,3 lise, %15,8 ön lisans ve %46,8 lisans olarak bildirilmiştir (52). Yılmaz ve arkadaşlarının kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları değerlendirdikleri bir araştırmada hemşirelerin %4,5 lise, %7 ön lisans, %77,5 lisans ve %11 lisansüstü eğitim düzeyinde oldukları belirlenmiştir (109). Tarhan ve arkadaşlarının hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ve profesyonellik arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada hemşirelerin %1,3'ünün lise, %7,1'inin ön lisans, %75,6'sının lisans, %16'sının yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduklarını bildirilmiştir (110). Özdelikara ve Yaman'ın pandemi sürecinde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları bir araştırmada hemşirelerin %2'sinin lise, %10'unun önlisans, %73,5'inin lisans ve %14,5'inin lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (111). Bu bağlamda; araştırmamıza katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BÇTDÖ ve KAÖKF'da YL mezunu hemşirelerin puan ortalamaları yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.12). Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça anksiyeteleri ve başa çıkma tutumlarının da arttığı saptanmıştır. Literatürde araştırma sonucumuza benzer olarak Ersoy ve arkadaşlarının, Sampaio ve arkadaşlarının hemşirelerle yapmış oldukları her iki araştırmada da eğitim durumu yüksek olan hemşirelerin anksiyetelerinde yüksek olduğu saptanmıştır (115, 116). Bu durumun eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığının artmasından ve gelişmelerin yakından takip edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin gelir durumları incelendiğinde ise; %23'ünün gelirinin giderinden fazla, %56'sının gelirinin giderine eşit ve %20,9'unun gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 2). Şekerci'nin pandemi döneminde hemşirelerle yaptığı araştırmada hemşirelerin %17,6'sının gelirinin giderinden fazla, %64'ünün gelirinin giderine eşit, %18,4'ünün gelirinin giderinden az olduğu bildirilmiştir (112). Uzun ve Mayda'nın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini inceledikleri bir araştırmada hemşirelerin 14,6'sının gelirinin giderinden fazla, 55,2'sinin gelirinin giderine eşit ve 30,2'sinin gelirinin giderinden az olduğu belirtilmiştir (103). Çelik ve arkadaşlarının hemşirelerin maneviyatı ve manevi bakımı algılama düzeylerine yönelik yapmış oldukları araştırmada katılımcıların %16,4'ünün gelirinin iyi düzeyde, %54,3'ünün gelirinin orta düzeyde ve %29,3'ünün ise gelirinin yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (113). Bu doğrultuda; araştırmamıza katılan hemşirelerin gelir düzeyleri literatür ile yakınlık göstermektedir. Araştırmamız da gelir durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine yardım ($p=0,137$), yaklaşım ($p=0,633$), uyum sağlama ($p=0,602$), sakınma kaçınma ($p=0,561$), kendine ceza ($0,731$), BÇTDÖ ($p=0,850$) ve KAÖKF ($p=0,417$) ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, TÖ-KF ($p=0,024$)'de grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.13.) Buna göre geliri giderinden az olan hemşirelerin tükenmişliği de daha yüksek bulunmuştur. Metin ve Özer hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında gelirini düşük bulan hemşirilerin daha fazla tükendiklerini belirtmişlerdir (117). İlhan ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise maddi olarak zorluk yaşayan hemşirelerin tükendiği belirlenmiştir (118). Bu araştırmalar ile yaptığımız araştırma literatür kapsamında birbirini destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %45,6'sı (157) yoğun bakımda, %36,6'sı (126) serviste ve %17,7'si (61) acilde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4. 3). Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm farklılıklar acil ve servis çalışanları arasında saptanmıştır. Serviste çalışan hemşirelerin BÇTDÖ ve TÖ-KF puan ortalamaları acilde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.14.) Palfi ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinin, servis hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinden iki kat fazla olduğu belirtilmektedir (119). Metin ve Özer yaptıkları araştırmada yoğun bakım ve acil servislerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme

düzeyinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (117). Araştırma sonucumuz literatür ile farklılık göstermektedir. Araştırmamızdaki bu farklılığın sebebi olarak çalışmamızın pandemi döneminde yapılmış olması ve bu nedenle yoğun bakımlara ziyaretçi kabulünün olmaması, acil ve serviste çalışan hemşirelerin COVID pozitif ya da negatif olup olmadıklarını bilmedikleri hastalar, refakatçileri ve ziyaretçileri ile iletişimde bulunmaları, hasta hakkında bilgilendirme yapmaları nedeniyle tükenmişliklerinin daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları birime göre başa çıkma tutumlarını karşılaştıran bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %11,6'sının (40) kronik hastalığı bulunmaktadır. En sık görülen kronik hastalıklar ise %25,0 (10) sıklıkla astım ve ardından %22,5 (9) sıklıkla diyabet olarak belirlenmiştir (Tablo 4. 4). Kronik hastalık varlığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında KAÖKF ($p=0,005$) ve TÖ-KF ($p=0,008$)'de grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalığı olan hemşirelerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15). Karaaslan'ın sağlık çalışanları ile yapmış olduğu bir araştırmada kronik hastalığı olanların anksiyete puanları yüksek saptanmıştır (120). Araştırmamızın sonucuna paralel olarak Ocaktan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise kronik hastalık varlığının anksiyete düzeyini artırdığı bildirilmiştir (121). Bu durum; kronik hastalıklarından dolayı hemşirelerin sağlıklı gruba göre kendilerini daha fazla risk altında gördüğü, kronik hastalıkların hemşirelerin iyilik hallerini bozarak anksiyete düzeylerini artırdığı, artan anksiyeteninde zaman içerisinde tükenmişliğe neden olabileceği ile açıklanabilir. Araştırma sonucumuz bu anlamda literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin %65,7'si sigara kullanmaktadır. Pandemi öncesi döneme göre içtiği sigara miktarında artış bildirenler, katılımcıların %32,3'ünü oluşturmaktadır (Tablo 4. 5). Bayülgen ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin %73,6'sının sigara kullandığı ve pandemi öncesi döneme göre artış bildirdikleri saptanmıştır (108). Araştırmamızda sigara kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BÇTDÖ ve TÖ-KF ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, KAÖKF 'da grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.16). Araştırma sonucumuza benzer olarak yapılan bir başka araştırmada anksiyete ve sigara arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (121) anksiyete düzeyi ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin

saptandığı araştırmalarda literatürde mevcuttur (122). Bu durum sigara kullanımı ve anksiyete arasında kısır bir döngünün varlığını gösterir niteliktedir. İlgili literatür değerlendirildiğinde sigara kullanımı ve tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki olduğunu (140) belirten araştırmalar olduğu gibi ilişki olmadığını belirten araştırmalar (141) da mevcuttur. Bu sonuçlara göre kişiler için risk oluştursa da stresten kurtulmak için sigara kullanmanın kişilerdeki tükenmişlik düzeylerini kısa bir süre için de olsa azaltabildiği söylenebilmektedir. Başa çıkma tutumlarının sigara içmeyen hemşirelerde içenlere göre daha yüksek çıkması, sigara içmeyen hemşirelerin aktif ve işlevsel başa çıkma tutumları geliştirmeleriyle ilişkilendirilebilir.

Araştırmamız sonucunda hemşirelerin %78,2'si COVID-19 pandemisi sürecinde ailesi, %7,3'ü arkadaşı ile yaşarken %14,5'i ise yalnız yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4. 6). Arpacıoğlu ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yapmış olduğu bir araştırmada katılımcıların %53,5'inin eşiyle ve/veya çocuklarıyla, %18,2'sinin anne ve babasıyla %20,7'sinin tek başına, %7,6'sının diğer cevabı verdiği bildirilmiştir (47). Yapılan bir başka araştırmada katılımcıların pandemi döneminde %61,8'inin eşi veya çocuklarıyla, %29,2'sinin anne ve babasıyla, %8'inin ise tek başına yaşadığı belirlenmiştir (123). Literatür ile araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda COVID-19 pandemisi sürecinde birlikte yaşanan kişilere göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; arkadaşıyla ve tek başına yaşayan hemşirelerin ailesiyle yaşayan hemşirelere göre başa çıkma tutumları anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (Tablo 4.17). Ailesi ile birlikte yaşayan hemşirelerin başa çıkma tutumlarının, ailesi ile yaşamayan hemşirelere göre fazla çıkması aile bireylerinden alınan manevi ve sosyal destek ile açıklanabilir.

Araştırma sonucumuza göre; hemşirelerin birlikte yaşadıkları kişilerin %26,5'inde kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 4. 6). Birlikte yaşanan kişilerde kronik hastalık olma durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; birlikte yaşadığı kişilerde kronik hastalığı olan hemşirelerin olmayanlara göre anksiyete ve tükenmişlik düzeyi anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.18). Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, araştırma sonucumuza benzer şekilde aile bireylerinde kronik hastalık olan katılımcıların anksiyete ve stres puanları yüksek olarak bildirilmiştir (124). Bu durum hemşirelerin, kronik hastalıkları gereği pandemide daha fazla risk altında olan aile bireylerine COVID-19 virüsünü bulaştırma korkularıyla ilişkilendirilebilir.

Araştırmamız sonucunda hemşirelerin %81.4'ünün COVID-19 pandemi sürecinde aile/arkadaş ile aynı evde yaşamaktan tedirgin oldukları saptanmıştır (Tablo 4. 7). Ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, KAÖKF ölçeğinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 4.19). Ailesi/ev arkadaşı ile birlikte yaşamaktan tedirgin olan hemşirelerin, anksiyete düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bayülgen ve arkadaşlarının pandemi sürecinde hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin aile bireylerine virüsü bulaştırma korkuları nedeniyle anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (108). Arpacıoğlu ve arkadaşlarının pandemi döneminde sağlık çalışanları ile yaptıkları araştırmada “kiminle yaşıyorsunuz?” sorusuna “Eşimle ya da eşim ve çocuğumla yaşıyorum” diyen katılımcıların, yalnız yaşayanlara göre COVID-19 korku puanları daha yüksek bulunmuştur (47). Fırat ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, pandemi de en ön safta mücadele eden hemşirelerin virüsü ailelerine bulaştırma korkusu nedeniyle evlerinin dışında bir yerde kalmayı seçtikleri belirlenmiştir (99). Hemşireler COVID-19 hastalarına bakım verirken bulaşıcı olan virüse maruz kalmakta ve enfekte olma riskleri artmaktadır. Bu durum hemşirelerin virüsü birlikte yaşadıkları aile üyelerine bulaştırma korkusuna neden olarak anksiyetelerini artırmaktadır. Araştırmamızla benzer sonuçları olan bir başka araştırmada ise; virüsü aile üyelerine bulaştırmaktan korkan sağlık çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuş, bulaş riskini azaltmak için evlerinin dışında bir yerde yaşamaya başladıkları bildirilmiştir (125). Bu bağlamda; araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur.

Araştırmamız sonucunda; COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) ve psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösteren hemşirelerin anksiyete ve tükenmişlik puan ortalamaları yüksek çıkmıştır (Tablo 4. 20, 4. 21). Literatür incelendiğinde; hemşirelerin ağır iş yükü, enfekte olma ve çevresine bulaştırma korkusu, sosyal destek azlığı, meslektaşları ile iletişimdeki sorunlar, mesleğe yeni başlamış olma, COVID-19 hastalarına bire bir bakım ve tedavi verilen birimlerde çalışma, KKE kullanımı, çalışma arkadaşlarını veya aile üyelerini virüs nedeniyle kaybetme anksiyete düzeylerini artırmış fiziksel ve psikolojik tükenmelerine neden olmuştur (67, 126, 127).

Araştırmamızda anksiyete ve tükenmişlik düzeyi yüksek çıkan hemşirelerin başa çıkma tutumlarında yüksek olarak saptanmıştır. (Tablo 4.22). Bu sonuç, hemşirelerin hayat

düzenlerini ve işlevselliklerini sürdürmek için maruz kalınan risklerden kendilerini koruma davranışı olarak açıklanabilir. Fariz ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada sağlık çalışanlarının pandeminin yarattığı olumsuz duygu ve durumlardan uzaklaşarak baş etmeye çalıştıkları bildirilmiştir (128). Besirli ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek çıkan sağlık çalışanlarının başa çıkma tutumlarıda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (129). Araştırmamız literatür ile benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF ($p<0,001$) ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, BÇTDÖ ve TÖ-KF gruplar arasında fark saptanmamıştır. (Tablo 4. 23.) Literatür incelendiğinde, doğrudan böyle bir bulguya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonucumuzun literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız sonucunda hemşirlerde pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösterme durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KAÖKF ve TÖ-KF’da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.24). Bu durum belirti gösteren hemşirelerin COVID-19 tanısı alma kokularıyla ilişkilendirilebilir. García-Reyna ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada COVID-19 hastaları ile çalışan ve belirti gösteren hemşirelerde daha fazla korku ve anksiyete bulgularının görüldüğü bildirilmiştir (130). Benzer olarak Arpacıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada belirti gösteren hemşirelerin hastalığa yakalanma, ailelerine bulaştırma ve ölüm gibi nedenlerle anksiyetelerinin yüksek olduğu görülmüştür (47). Bu bağlamda; araştırma sonucumuz literatür ile benzerdir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin pandemi sürecinde COVID-19 tanısı alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeklerin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$ Tablo 4.25). Araştırmamıza katılan hemşirelerin %66,6’sı COVID-19 tanısı almıştır. Literatürdeki araştırma sonuçları ile yaptığımız araştırma sonucumuz farklılık göstermektedir. Yapılan birçok araştırmada COVID-19 tanısı alan hemşirelerin karantina ve izolasyon, damgalanma, hastalığı bulaştırma, ölmekten korkma gibi nedenlerle daha fazla anksiyete ve tükenmişlik yaşadıkları bildirilmiştir (47, 99, 101, 125, 130). Araştırma

sonucumuzda ki bu farklılık örneklem grubumuz için KAÖKF VE BÇTDÖ açısından farklı tanımlayıcı değişkenlerin göz önünde bulundurulabileceğini işaret etmektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumuna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri düşük çıkarken, çalışma ortamından memnun olmayan hemşirelerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri yüksek olarak bulgulanmıştır (Tablo 4.29). Pandemi döneminde çalışma ortamları gereği COVID-19 tanısı ve riski olan bireylerle birlikte çalışan hemşirelerin anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri toplumun diğer kesimine göre yüksek olarak bulgulanmaktadır. Bu durum çalışma şartları, KKE kullanımı, virüse doğrudan maruziyet ve yakalanma korkusu ile ilişkilendirilebilir. COVID-19 tanılı hastalar ile doğrudan çalışan, doğrudan çalışmayan ve sağlık çalışanı olmayan grupların arasında yapılan bir araştırmada COVID-19 tanılı hastalar ile doğrudan çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir (47). Bu sonuç bizim araştırma sonucumuzu doğrular niteliktedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı bulma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaklaşım ve uyum sağlama alt boyutlarında çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı bulan hemşirelerin puan ortalaması yüksek iken, TÖ-KF ölçek toplam puan ortalaması düşük saptanmıştır (Tablo 4. 30). Bu kapsamda hemşirelerde çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatı bulma durumu azaldıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada Konya ilinde bir üniversite hastanesinde görev yapan ve çalışmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşirelerin COVID-19 pandemisinde anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri ile başa çıkma tutumları incelenmiştir. Araştırma sonuçları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,83 \pm 5,14$ 'dür.
- Hemşirelerin %65,4'ünün (225) kadın ve %34,6'sının (119) erkek, %45,3'ünün (156) bekâr ve %54,7'sinin evli, %38,7'sinin çocuk sahibi olduğu, %3,2'sinin (11) lise, %10,2'sinin (35) ön lisans, %74,1'inin (255) lisans ve %12,5'inin (43) yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, %23'ünün (79) gelirinin giderinden fazla, %56,1'inin (193) gelirinin giderine eşit ve %20,9'unun (72) gelirinin giderinden az olduğu,
- Hemşirelerin %45,6'sının (157) yoğun bakımda, %36,6'sının (126) serviste ve %17,7'sinin (61) acilde çalıştığı,
- Hemşirelerin %11,6'sının (40) kronik hastalığı olduğu,
- Hemşirelerin %65,7'sinin (226) sigara kullandığı, pandemi öncesi döneme göre içtiği sigara miktarında artış bildirenler, katılımcıların %32,3'ünü (111) oluşturduğu,
- Hemşirelerin %78,2'sinin (269) COVID-19 pandemisi sürecinde ailesi, %7,3'ünün (25) arkadaşı ile yaşarken %14,5'inin (50) ise yalnız yaşadığı,
- Hemşirelerin %81,4'ünün (280) COVID-19 pandemi sürecinde aile/arkadaş ile aynı evde yaşamaktan tedirgin olduğu, %88,7'sinin (305) pandemi sürecinde anksiyete düzeyinin arttığı,
- Hemşirelerin 63,7'sinin (219) COVID-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) belirtisi gösterdiği, %82,8'inin (285) psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösterdiği,
- Hemşirelerin 26,7'sinin (92) pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyinizi azaltacak başa çıkma tutumları geliştirdiği, %15,4'ünün (53) pandemi sürecinde psikolojik destek aldığı,
- Hemşirelerin %73,5'inin (253) pandemi sürecinde COVID-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü, vs.) belirtisi gösterdiği ve %66,6'sının (229) COVID-19 tanısı

aldığı, % 63,7'sinin (219) birlikte yaşadıkları bireyler arasında COVID-19 tanısı alanlar olduğu,

- Hemşirelerin %88,1'inin (303) COVID-19 aşısı yaptırdığı ve %44,8'i (154) pandemide COVID-19 nedeniyle bir yakını kaybettiği,
- Hemşirelerin %59,6'sının (205) çalışma ortamından memnun ve %58,1'inin (200) çalışma saatleri içinde dinlenme fırsatı bulunduğunu belirttiği,
- Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri için tehlike sinyallerinin çaldığı, anksiyete düzeylerinin çok yüksek olmadığı, başa çıkma tutum düzeylerinin yüksek olduğu,
- Hemşirelerin başa çıkma tutumları ile anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu,
- Kadın hemşirelerin başa çıkma tutumu, anksiyete ve tükenmişliklerinin erkek hemşirelere göre yüksek bulgulandığı,
- Yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tutumlarının yüksek olarak saptandığı,
- Geliri giderinden az olan hemşirelerin tükenmişliklerinin fazla olduğu,
- Acil ve servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişliklerinin yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek çıktığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Olası sağlık krizlerine yönelik afet eylem planlarının hazırlanması, psikolojik desteklerin sağlanması ve bu yönde hemşirelerin başa çıkma tutumlarını artırmaya yönelik sürekli eğitimlerin yapılması,
- Hastane yöneticilerinin belirli aralıklarla hemşirelerin, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerini ölçeklerle tarayarak risk oranını belirleyip, bu doğrultuda yeni ve iyileştirici politikalar benimsemesi,
- Pandemi sürecinin olumsuz etkilerinden korunmak için hemşirelerin; hobi edinme, sosyal çevre ve iş arkadaşlarıyla daha fazla iletişim kurma, fiziksel aktivite yaparak veya dinlenerek açık havada zaman geçirme, motivasyonlarını yükseltecek aktivite programları oluşturma gibi olumlu baş etme yöntemlerine yönlendirilmeleri,
- Çalışmamızın yeni yapılacak çalışmalara referans olarak katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Benzer çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında ve farklı değişkenler üzerinde nitel çalışma olarak yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Wang D, Hu B, Hu C. et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020; 323(11):1061-9.
2. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*. 2020; 5(4):536-544.
3. Polat C. COVID-19 pandemisi: Genel bir bakış. *Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi*. 2020; 34(1): 25-31
4. World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 March 2020. (online). Erişim Adresi: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-atthe-media-briefing-on-COVID-19-19>. (Erişim Tarihi: 1 Kasım 2021).
5. Demirbilek Y, Pehlivan Türk G, Özgüler ZÖ, Alp ME. COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2020; 50(SI-1): 489-494.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19). (online). Erişim Adresi: <https://COVID-1919bilgi.saglik.gov.tr/tr>. (Erişim Tarihi: 1 Kasım 2021).
7. Hiçdurmaz D, Üzar Özçetin YS. COVID-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020; 7(Özel Sayı): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.775531
8. Duygulu S, Başaran Açıl S, Kuruca Özdemir E, Erdat Y. COVID-19 salgını: Yönetici hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020; 7(Özel Sayı): 34-46. DOI: 10.31125/hunhemsire.776215
9. Şenol Çelik S. , Koç G., Atlı Özbaş A. ve ark. Uluslararası hemşireler yılında COVID-19 pandemisi: *Türk Hemşireler Derneği Çalışmaları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021; 6(1): 23-27.
10. Çakır Kardeş V. Pandemi süreci ve sonrası ruhsal ve davranışsal değerlendirme. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 2020; 4(2): 160-169.
11. Şener Özalp Ş. COVID-19 pandemisinde hemşirelerin ödediği bedel: Merhamet yorgunluğu. *Journal of Innovative Healthcare Practices*. 2021; 2(2): 80-87.

12. Kaya Y. , Derince D. , Açıkgöz A. , Baydemir C. Hemşirelik öğrencilerinde başa çıkma tutumları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 5(3): 30-38.
13. Aslan, R. Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. *Ayrıntı Dergisi*. 2020; 8(85), 35-41.
14. Şeker, M., Özer, A., Tosun, Z., Korkut, C., & Doğrul, M. COVID-19 Küresel salgın değerlendirme raporu. TÜBA. Ankara: *Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları*. 2020
15. Uğraş Dikmen A. , Kına M., Özkan S. , İlhan M. N. COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *J Biotechnol & Strategic Health Res*. 2020; 4: 29-36.
16. Lu, Q., & Shi, Y. (2020). Coronavirus disease (COVID-19- 19) and neonate: What neonatologist need to know. *Journal of medical virology*. 2020; 92(6), 564-567.
17. Malik, Y. Properties of Coronavirus and SARS-CoV-2. *The Malaysian journal of pathology*. 2021; 42(1), 3-11.
18. Çöl M, Güneş G, Çınar G, Birengel MS. COVID-19 salgınına genel bir bakış, genel klinik özellikler (Ed: Memikoğlu KO, Genç V). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. 2020. Bölüm 1-6
19. Gürsel H. SARS-CoV-2 Yapısı ve Enfeksiyon Mekanizması Hakkında. Aka Biyoteknoloji. https://akabiotech.com/wp-content/uploads/2020/05/AKA_COVID-19-19_JPT_Hande-Gursel_130420.pdf (Erişim Tarihi: 12.01.2022)
20. Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020. 579(7798), 270-273.
21. Platto, S., Xue, T., & Carafoli, E. COVID-19: an announced pandemic. *Cell Death & Disease*, 2020. 11(9), 1-13.
22. Stadnytskyi, V., Bax, C. E., Bax, A., & Anfinrud, P. The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *Proceedings of The National Academy of Sciences*. 2020. 117(22), 11875-11877.
23. Kutter, J. S., Sponken, M. I., Fraaij, et al. Transmission routes of respiratory viruses among humans. *Current opinion in virology*. 2018. 28, 142-151.
24. Zoralioğlu M. COVID-19 tanısı ile interne edilen 30-50 yaş arası hastalarda cinsiyetin prognoz üzerine etkisi ve bunu etkileyen diğer faktörler (Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2020.

25. Van Doremalen N., Bushmaker T., Morris D., et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020. 382(16), 1564-1567.
26. Akova M. Eşitsizlik ve COVID-19. TTB: COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu, Eylül 2020: 388-391. [Url:https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID-1919-rapor_6/COVID-1919-rapor_6_Part48.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID-1919-rapor_6/COVID-1919-rapor_6_Part48.pdf) Erişim tarihi: 12.01.22
27. İnal İnce, D., Vardar Yağlı, N., Sağlam, M., & Çalık Kütükcü, E. COVID-19 enfeksiyonunda akut ve post akut fizyoterapi ve rehabilitasyon. *Turk J Physiother Rehabil*. 2020. 31(1), 81-93.
28. Örs, İ. (2020). COVID-19 ve Deri. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1 (3) , 26-29
29. Tong, J. Y., Wong, A., Zhu, D et al. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2020. 163(1), 3- 11.
30. Cheng MP, Yansouni CP, Basta NE, et al. Serodiagnostics for Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Coronavirus-2: A Narrative Review. *Annals of Internal Medicine*. 2020.
31. Özdemir M., Taydaş O., Öztürk M.H. COVID-19 Enfeksiyonunda Toraks Bilgisayarlı Tomografi Bulguları, *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 2020;1(Özel Sayı):91-96
32. Demir M, Günaydın Y, Demir ŞŞ. Koronavirüs (COVID-19) salgınının Türkiye’de turizm üzerindeki öncülleri, etkileri ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2020, 6:80-107.
33. International Monetary Fund (IMF). World Economic Outlook: The Great Lockdown, World Economic Outlook 2020 Reports. Erişim Tarihi: 11 Kasım 2021 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020>
34. Tunç A. , Atıcı F. Z. Dünyada ve Türkiye’de pandemilerle mücadele: Risk ve kriz yönetimi bağlamında bir değerlendirme. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020; 5(2): 329-362.
35. Atalan A. Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of medicine and surgery*. 2020;56:38-42

36. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International journal of surgery*. 2020.
37. Duran H. Devletlerin koronavirüsle karşılaştırmalı mücadele stratejileri. Ankara: SETA Yayınları, 2020.
38. Şirin H, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de COVID-19 epidemiyolojisi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2020;28(Suppl):6-13.
39. Erdem İ. Koronavirüse (COVID-19) karşı Türkiye’nin karantina ve tedbir politikaları. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(4)
40. Deniz Ö.P., Evci Kiraz E.D. COVID-19 pandemi sürecinde şehir sağlığı çalışmaları. *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 2020;1(Özel Sayı):147-151
41. Çevirme A. , Kurt A. COVID-19 pandemisi ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2020; 7(5): 46-52.
42. Kiyat İ. , Karaman S. , İşcan Ataşen G., Elkan Kiyat Z. Yeni koronavirüs (COVID-19) ile mücadelede hemşirelik. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2020; 1(1): 81-90.
43. Kıraner E. , Terzi B. COVID-19 pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2020; 24(EK-1): 83-88.
44. Yüncü V, Yılan Y. COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: Bir durum analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* Ekim 2020;(Ek Sayı):373-401.
45. Güvenç R, Baltacı E. COVID-19 ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı. Türk tabipleri birliği COVID-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu, 17 Eylül 2020:349-354. Url:https://www.ttb.org.tr/kutuphane/COVID-1919-rapor_6/COVID-1919-rapor_6_Part41.pdf (Erişim Tarihi: 09.03.2022)
46. Yumru M. COVID-19 ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23(Ek 1):5-6.
47. Arpacıoğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID-19 korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal* 2021;46(1):88-100.
48. İnce NB, Şahin AE. Maslach tükenmişlik envanteri-eğitimci formu’nu Türkçe’ye uyarlama çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi* 2015;6(2);385-399.

49. Poyraz K. ,Sürücüoğlu H. İlk ve orta öğretim okul yöneticilerinde tükenmişlik (Kütahya İl Merkezi Örneği). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.2015; (44): 0-0.
50. Basım H. N. , Şeşen H. Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: Kamu’ da bir araştırma. *Ege Academic Review*. 2006; 6(2): 15-23.
51. Çetin, F. , Basım, H. N. & Aydoğan, O. Örgütsel bağlılığın tükenmişlik ile ilişkisi: Öğretmenler üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2011;(25) , 61-70.
52. Yüksel Kaçan C. , Örsal Ö. , Köşgeroğlu N. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2017; 5(2): 65-74.
53. Çapri, B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006; 2 (1), 62-77.
54. İnce N. B. , Şahin A. E. Maslach tükenmişlik envanteri-eğitimci formu’nu Türkçe’ye uyarlama çalışması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*. 2016; 6(2): 0-0.
55. Kılıç T. , Aytemiz Seymen O. Sağlık sektöründe, tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerinanalizi ve bir araştırma. *Journal Of Management And Economics Research*. 2011; 9(16): 47-67.
56. Barutçu E. , Serinkan C. Burnout syndrome: An important problem today, and a research study conducted in Denizli. *Ege Academic Review*. 2008; 8(2): 541-561.
57. Arı, G. S. & Bal, E. Ç. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi . *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 2008;15 (1) , 131-148 .
58. Ergin, Canan. “ Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması”, VII ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları, *Türk Psikologlar Derneği Yayını*. 1993. 22-25 Eylül, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
59. Maslach, Christina.“Job burnout: New directions in research and intervention” *Current Directions In Psychological Science*.2008; vol.12, 5, 189-192.
60. Budak G.,Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2016; 20(2): 95-108.
61. Çetin Aydın G., Aytaç S. , Şanlı Y. İşe ilişkin duygular, iş stresi ve tükenmişliğin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Journal of Social Policy Conferences*. 2021; (80): 1-35.

62. Ardıç K. , Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (Göü Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008; 10(2): 69-96.
63. Derin, Ö. & T.Demirel, Y. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığı zayıflatıcı etkilerinin malatya merkez’de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2012;17 (2) ,509-530.
64. Reed T. Stages of disillusionment in the helping professions. Ed: Edelwich J, Brodsky A, Burn-Out. Pp. 106, Human Sciences Press, New York, US, 1980. <https://Sci-Hub.Tw/https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019263658106544520>. (Erişim Tarihi 24.02.22)
65. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. Job burnout. *Annual Reviews Of Psychology*. 2001;52, 397- 422.
66. Üstün, B. Hemşirelik ve tükenmişlik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2001;17 (3) , 87-96
67. Altay B., Gönener D., Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010; 15(1): 10-16.
68. Gülbayrak, B. , Mavili Aktaş, A. Kadın ve erkek hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: Ankara Örneği" . *Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi* 16 (2020): 413-432
69. E. M. Özen, Z. N. A. Serhadlı, A. S. Türkcan, G. E. Ülker. depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23:60-65
70. Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2019; 6(10): 117-135.
71. Arkın S. Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. İzmir, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2017.
72. Tükel, R., & Alkın, T. Anksiyete bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*.2020; 1, 551-552.
73. Gürhan, N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.

74. Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.Ankara,Nobel Tıp Kitabevleri; 2018
75. Çıtak, S. Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2018; 9(3), 141-149.
76. Çevik Durmaz Y. , Kuzu A. , Kilig N. Ebe ve Hemşirelerde Çalışma Koşullarının Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020; 10(1): 73-80.
77. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012, 4:17-23.
78. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2007, 29:139-146.
79. Şengül H, Çınar F, Bulut A. Hemşirelerde anksiyete düzeylerinin tükenmişlik sendromuna etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2019, 8:219-229.
80. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 2020, 1-4.
81. Basut, E. (2006). Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(1), 31- 36.
82. Deniz, M. & Yılmaz, E. Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zekâ ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2006; 3 (25) , 17-26.
83. Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005;6(4), 221-6.
84. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46(4): 839
85. Folkman, S., Lazarus, RS. An Analysis Coping in a Middle- aged community sample. *Journal of health and social behavior* ,1980; vol:21, 219-239.
86. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*. 1986;41(7):813.
87. Somaiya, M., Kolpakwar, S., Faye, A. & Kamath, R. Study of mechanisms of coping, resilience and quality of life in medical undergraduates. *Indian Journal of Social Psychiatry*,2015; (3), 19-28.

88. Steinhardt, M. & Dolbier, C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*. 2008;56(4):445-453.
89. Stratta, P., Capanna, C., Dell’Osso, L., Carmassi, C., Patriarca, & Di Emidio, G. Resilience and coping in trauma spectrum symptoms prediction: a structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*. 2015;(77), 56-61
90. Yıldırım M., Güler A. Factor analysis of the COVID-19 perceived risk scale: A preliminary study. *Death Studies*. 2020; 1-8.
91. Samur M., Seren Intepeler S. Nurses' view of their work environment, health and safety: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*. 2019; 27(7):1400-8.
92. Yürük Bal E., Çelik H. COVID-19 salgını ile mücadelede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*. 2020; 12(2).
93. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 112954.
94. Satıcı B., Göçet-Tekin E., Deniz M., Satıcı S. A. Adaptation of the fear of COVID-19 scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020.
95. Harper C. A., Satchell L. P., Fido D., Latzman R. D. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020
96. Çapri, B. (2013). Tükenmişlik ölçeği-kısa formu ile eş tükenmişlik ölçeği-kısa formu’nun Türkçe uyarlaması ve psikoanalitik-varoluşçu bakış açısından mesleki ve eş tükenmişlik ilişkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13 (3), 1393-1418.
97. Biçer, İ. , Çakmak, C. , Demir, H. & Kurt, M. E. Koronavirüs anksiyete ölçeği kısa formu: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi (COVID-19 Özel Sayısı)* 2020; 216-225.
98. Dicle, A.N., Ersanlı, K. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe’ye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2015; 3(16), 111-126.

99. Fırat M, Kanbay Y, Utkan M, Demir Gökmen B, Okanlı A. COVID-19 pandemisinde hizmet veren sağlık çalışanlarının psikososyal zorlanmaları: Türkiye’den nitel bir çalışma. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences* 2021;6(13):74-80.
100. Yapıcı, G., Altınören Evgin, İ., Ertong Attar, G. & Kurt, A. Ö. (2022). Bir üniversite hastanesinde covid-19tanısı alan sağlık çalışanlarının sosyal ilişkilerindeki dönüşümlerin değerlendirilmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. (13), 30-50.
101. Gökce Işıklı, A., Şen, H., & Soydaş, D. COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık, mesleki doyum ve korku düzeylerinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(4), 281-278.
102. Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of nursing management*. 2021; 29(3), 395-403.
103. Uzun L. N. , Mayda A. S. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Medical Journal*. 2020; 12(1): 137-143.
104. Uçar N. , Aygin D. , Uzun E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. *OTSBD*. 2016; 1(4): 18-37.
105. Çölgeçen, Y., & Çölgeçen, H. COVID-19 pandemisine bağlı yaşanan kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi: Türkiye örneği. *Electronic Turkish Studies*.2020; 15(4).
106. Kayaoğlu, K., Polat, H., Asi Karakaş, S., & Şahin Altun, Ö. COVID-19 enfeksiyonunun hemşirelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 2021;13(4).
107. Zandian, H., Alipourı-Sakha, M., Nasırı, E., Zahiriian Moghadam, T. 2021. Nursing work intention, stress, and professionalism in response to the COVID-19 outbreak in Iran: a cross-sectional study. Work. Epub Ahead Of Print
108. Yeşil Bayülgen M., Bayülgen A. , Yeşil F. H. , Akcan Türksever H. COVID-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 2021; 3(1): 1-6.
109. Yılmaz, D., Düzgün, F., & Dikmen, Y. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; (4), 713-719.

110. Tarhan, G., Kılıç, D., & Yıldız, E. Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58(4), 411.
111. Özdelikara A. , Yaman E. Pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin sağlık kaygısı ve karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 6(2): 383-399.
112. Şekerci, K. COVID-19 pandemisinin yoğun bakım hemşirelerinde yorgunluk, stres ve iş yüküne etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ, Namık Kemal Üniversitesi, 2021.
113. Sis Çelik A. , Özdemir F. , Durmaz H. , Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015; 1(3): 1-12.
114. Mutlu, B. Pandemi sürecinde yoğun bakım ünitelerindeki sağlık çalışanlarının koronavirüs korkusunun tükenmişliğe etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi, 2022.
115. Ersoy S, Özkahraman Ş, İsmail K, Ersoy H. COVID-19’lu hastalara tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesi. *Turkish Studies*.2020; 15(06): 1037– 1049
116. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses’ mental health during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2020;62(10): 783-787
117. Metin Ö. , Gök Özer F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 10(1): 58-66.
118. İlhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*,. 2008; 61(1), 100-106.
119. Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z ve ark. The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14:19-25.
120. Karaaslan, S. Elazığ il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri (Uzmanlık Tezi). Elazığ. Fırat Üniversitesi. 2015
121. Ocaktan M. E. , Keklik A. , Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde spielberger durumculuk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002; 55(1)

122. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *Journal Pakistan Medical Association*.2004; 54: 45-49.
123. Yakut E, Kuru Ö, Güngör Y. Sağlık Personelinin COVID-19 Korkusu ile Tükenmişliği Arasındaki İlişkide Aşırı İş Yükü ve Algılanan Sosyal Desteğin Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle Belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi* 2020; 24(83):241-262.
124. Özkan, Y. , Danışmaz Sevin, M. & Avcı, Ü. E. COVID-19 küresel salgın sürecinde depresyon, anksiyete ve stresin duygusal yeme bozukluğuna etkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet, COVID-19 Özel Sayı Cilt 1*, 183-200.
125. Oruç, M.A., Yavuz, E., Ayar, N., & Yılmaz, M. COVID-19 pandemisi nedeniyle misafirhane ve otellerde konaklamayı tercih eden sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *TJFMPC*, 2021; 15(4), 769-775.
126. Çakır Ö, Tanğ Y. Türkiye’de sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu: bir meta analiz çalışması. *The Journal Of Industrial Relations & Human Resources*, 2018; 20(4): 39-59.
127. Aydın T. , Ağaçdiken S. COVID-19 pandemi sürecinde hemşirelerde meslektaş dayanışması ve tükenmişlik durumu. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 6(1): 11-22.
128. Fariz, S., Kadakal, A., & Fariz, G. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında travma sonrası büyümenin stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek açısından yordanması. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 292-301.
129. Besirli A., Erden S.C, Atilgan M. ve ark. The relationship between anxiety and depression levels with perceived stress and coping strategies in health care workers during the COVID-19 pandemic. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*. 2021; 55(1): 1-11
130. García-Reyna B, Castillo-García GD, Barbosa-Camacho FJ, et al. Fear of COVID-19 scale for hospital staff in regional hospitals in Mexico: A brief report. *Int J Ment Health Addict* 2020;1–12.
131. Yiğit D, Açıkgoz A. Anxiety and death anxiety levels of nurses in the COVID-19 pandemic and affecting factors. *J Educ Res Nurs. J Educ Res Nurs*. 2021;18(Supp. 1): 85-92.
132. Karasu F, Ozturk Copur E. COVID-19 an intensive care nurse at the forefront of the epidemic with increasing cases: “Heroes standing at the front”. *J Intensive Crit Care Nurs*. 2020;24(1):11-14.

133. Sakaoğlu HH, Orbatu D, Emiroglu M, Çakır Ö. COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik hastanesi örneği. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2020;30(Ek sayı):1-9
134. Bulca Karadem F. Sağlık Çalışanlarında COVID-19 korkusunu belirleyen psikiyatrik değişkenlerin incelenmesi (Uzmanlık Tezi). Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2020.
135. Kaya B, Balkaya NA. Aydın ilindeki ebelerin iş doyumu ve tükenmişliklerini etkileyen faktörler. *DEUHYO ED* 2013; 6: 184-97.
136. Tambağ, H. , Kahraman, Y., Şahpolat, M.. & Can, R. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2015; 4.:11 143-149.
137. Özçiftçi, S. Hemşirelik bakımında etik tutum ölçeği geliştirme (Yüksek lisans Tezi). İzmir, Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.
138. Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. *Archives Of Internal Medicine*. 2012;172(18), 1377-1385.
139. 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: 80-827.
140. Akkal A. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Denizli İlinde Ameliyathane ve Yoğun Bakımlarda Görev Alan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Hekimleri ile Cerrahi Branş Hekimlerinin Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Denizli, T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2021.
141. Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E. Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* 2021;15(2):348-356.

8. EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Ek-3. Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu

Ek-4. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu

Ek-5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Ek-6. Etik Kurul Kararı

Ek-7. Sağlık Bakanlığı Araştırma İzni

Ek-8. Kurum İzni

Ek-9. Ölçek Kullanım İzinleri

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri ile başa çıkma tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bir araştırmadır. Araştırmanın sonucunda elde edilecek verilerin, hemşirelerin yaşadıkları tükenmişlik duygusu ve anksiyete düzeyleri ile bu bulgulara yönelik geliştirdikleri başa çıkma tutumlarının incelenerek, bilişsel ve psikolojik koruyucu önlemler ile psikolojik anlamda iyi oluşlarının artmasına katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerle yapılan araştırma kapsamında, sizden öncelikle sosyodemografik bilgi formunu sonrasında Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmanız istenecek ve araştırma sonlandırılacaktır.

Görüşme sırasında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak, katılımcıların isimleri saklı kalacak ve kimlikleri yetkisiz taraflardan korunacak, yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için her soruya sizi en doğru tanımlayan cevabı vermeniz beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan ayrılmanız durumunda sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

Hem. İpek Simge ŞAHİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUNDAKİ TÜM AÇIKLAMALARI OKUDUM. BANA YUKARIDA KONUSU VE AMACI BELİRTİLEN ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA ARAŞTIRMACI TARAFINDAN YAPILDI. ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILDIĞIMI, İSTEDİĞİM ZAMAN ARAŞTIRMADAN AYRILABİLECEĞİMİ BİLİYORUM. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI, BU ÇALIŞMA SONUÇLARININ KULLANILMASINI

**KISITLAMAMAYI, YAYIN, RAPOR VE BENZERİ BİLİMSEL DÖKÜMANLARDA
KULLANILMASINI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Tanık Olan Kişinin;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Ek-2. Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

4. Çocuğunuz Var mı?

a) Var

b) Yok

5. Eğitim Durumunuz:

a) Lise mezunuyum

b) Ön lisans mezunuyum

c) Üniversite mezunuyum

d) Yüksek lisans veya üzeri mezunuyum

6. Gelir Durumunuz:

a) Gelirim Giderimden Fazla

b) Gelirim Giderime Eşit

c) Gelirim Giderimden Az

7. Çalıştığınız birim hangisidir?

- a) Yoğun bakım
- b) Servis
- c) Acil

8. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?

9. Kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise açıklayınız.....

10. Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Pandemi öncesi döneme göre içtiğiniz sigara miktarında artış oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Covid-19 pandemi sürecinde kiminle yaşıyordunuz?

- a) Ailem ile birlikte
- b) Arkadaşım ile birlikte
- c) Tek başıma

13. Birlikte yaşadığınız bireylerde kronik hastalığı olan var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Evet ise açıklayınız.....

14. Covid-19 pandemi sürecinde aileniz/arkadaşınız ile birlikte aynı evde yaşamaktan tedirgin oldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

15. Covid-19 pandemi sürecinde anksiyete düzeyinizin arttığını düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

16. Covid-19 pandemi sürecinde fiziksel tükenmişlik (baş ağrısı, yorgunluk, kilo kaybetme, vs.) ya da psikolojik tükenmişlik (uyku düzeninin bozulması, umutsuzluk, konsantrasyon eksikliği, vs.) belirtisi gösterdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

17. Covid-19 pandemi sürecinde tükenmişlik ve anksiyete düzeyinizi azaltacak başa çıkma tutumları geliştirdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

Evet ise açıklayınız.....

18. Covid-19 pandemi sürecinde psikolojik destek aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

19. Pandemi sürecinde Covid-19 (ateş, öksürük, solunum güçlüğü vs.) belirtisi gösterdiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

20. Pandemi sürecinde Covid-19 tanısı aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

21. Birlikte yaşadığınız bireyler arasında Covid-19 tanısı alan oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

22. Covid 19 aşısı oldunuz mu?

a) Evet

b) Hayır

23. Pandemi sürecinde bir yakınınızı Covid-19 sebebiyle kaybettiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

24. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?

a) Evet

b) Hayır

25. Çalışma saatleri içerisinde dinlenme fırsatınız oluyor mu?

a) Evet

b) Hayır

Ek-3. Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu

TÖ-KF

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. **İş ortamınız ve mesleğinizle** ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

ÖRNEK: 5 1- Yorgun

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir Zaman	Sadece Bir Defa	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla	Her Zaman

- 1- Yorgun
- 2- İnsanlar İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış
- 3- Umutsuz
- 4- Kapana Kısılmış
- 5- Çaresiz
- 6- Çökmüş
- 7- Zayıf
- 8- Güvensiz
- 9- Uyuma Güçlüğü
- 10- Yeter Artık Dayanamıyorum

Ek-4. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu

<u>Son 2 haftada aşağıda belirtilen durumları ne kadar sık yaşadınız?</u>		Hiçbir zaman	Nadir, bir veya iki günden az	Birkaç gün	7 günden fazla	Son 2 hafta da neredeyse her gün
1	Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştigimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.	0	1	2	3	4
2	Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.	0	1	2	3	4
3	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya dondum kaldım.	0	1	2	3	4
4	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı.	0	1	2	3	4
5	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.	0	1	2	3	4

Ek-5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE-R

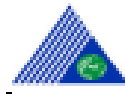
Sevgili Arkadaşlar,

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği ("Asla Böyle Yapmam" için 1'i, "Çok Az Böyle Yaparım" için 2'yi, "Böyle Yaparım" için 3'ü, "Çoğunlukla Böyle Yaparım" için 4'ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlerle çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime "bu durumun gerçek olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

Ek-6. Etik Kurul Kararı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Versiyon No
1.0
Sayfa 2 / 2

BAŞVURU NUMARASI: 202111107

KARAR

20.01.2022

☒ KABUL	☐ RET ☐ KAPSAM DIŞI (GİRİŞİMSEL) ☐ BİLİMSEL VE/VEYA ETİK KURALLARA AYKIRI ☐ BİR SORUMLU ARAŞTIRMACININ (TEZ İSE TEZ DANIŞMANI), BİR TOPLANTIYA İKİ (2) ADETTEN FAZLA ÇALIŞMA BAŞVURUSUNDA BULUNMASI ☐ KURUM İÇİ BAŞVURULARINDA YEDİTEPE UZANTILI E-POSTA HESABI İLE GİRİŞ YAPILMAMIŞ OLMASI ☐ ŞARTLI KABULDE BELİRTİLEN REVİZYONLARIN ZAMANINDA VE/VEYA İSTENİLDİĞİ ŞEKİLDE YAPILMAMIŞ OLMASI
--	---

Prof. Dr. Didem ÖZDEMİR ÖZENEN Başkan <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Gökhan ERTAŞ Başkan Yardımcısı <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Elif SUNGURTEKİN ERÇİ Raportör <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Prof. Dr. Feryal SUBAŞI Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Mehmet Engin CELEP Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Dr. Öğr. Üyesi E. Çiğdem KELEŞ Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Dr. Öğr. Üyesi Binnur OKAN BAKIR Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Dr. Öğr. Üyesi E. Nur ÖZDAMAR Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok	Dr. Öğr. Üyesi SEVİM ŞEN Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlgili ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlgili ☐ Var ☐ Yok							

Araştırmanın Başlığı: COVID-19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri ile Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmacılar: Hem. İpek Simge Şahin, Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen

Ek-7. Sağlık Bakanlığı Araştırma İzni

← Bilimsel Araştırma Başvurusu



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>

8.10.2021 Cum 16:40

Kime: Siz



Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : İpek Simge Şahin-2021-10-07T13_37_47

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, ünlü kişilere açıklanamaz veya iletilmez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bize bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

Ek-8. Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-14567952-900-96157
Konu : Çalışma İzni Hk.

28.09.2021

Sayın İpek Singe ŞAHİN

İlgi : 27.09.2021 tarihli dilekçeniz..

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, "Covid-19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri ile Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmanızı hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tevfik KÜÇÜKKARTALLAR
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0R0S-Y3T0-029Y

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon No : 0332 223 60 01
e-Posta :

Bilgi İçin :H.Pınar Üstün
Sekreter
Telefon No:0332 223 60 01

Fax No :
İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>



Ek-9. Ölçek Kullanım İzinleri

← Re: Ölçek İzini hk.

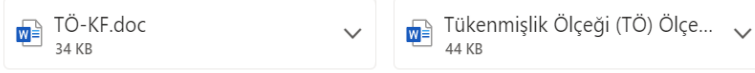


Burhan Çapri burhancapri <burhancapri@mersin.edu.tr>

Kime: Siz

↩ ↪ → ...

29.09.2021 Çar 18:00



✓ 3 ekin (783 KB) tümünü göster ☁ Tümünü OneDrive'a kaydet ⬇ Tümünü indir

Değerli Arkadaşım,
İlgili ölçme aracının kısa ve uzun formları ektedir.
Başarılar...

ipek simge şahin <simgesahin_91@hotmail.com>, 29 Eyl 2021 Çar, 13:47 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam;

Ben Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. "Covid 19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri ile Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tezimde izniniz olursa "Tükenmişlik Ölçeği'ni" kullanmak istiyorum.

← Re: Ölçek İzini hk.



İsmail BİÇER <ismailbiceer@gmail.com>

Kime: Siz

↩ ↶ → ...

25.03.2021 Per 20:17



Merhaba,

Tabi ki çok memnun olurum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Ölçekten alınan en yüksek puan 20'dir. 9 ve üzeri puanlar anksiyete seviyesi yüksek olarak yorumlanabilir. Ölçeği ekte paylaşıyorum.

İyi Çalışmalar



ipek simge şahin <simgesahin_91@hotmail.com>, 23 Mar 2021 Sal, 17:02 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam;

Ben Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. "Covid 19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri ile Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tezimde izniniz olursa "Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu'nu" kullanmak istiyorum.

← Re: Ölçek İzini hk.



Abdullah Nuri Dicle <andicle@gmail.com>

Kime: Siz

↩ ↪ → ...

23.03.2021 Sal 19:53

İpek Hocam merhaba,

Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği, geçerlik - güvenirlik çalışmalarını ve yayımlanmış makale halini ekte gönderiyorum. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir şey olursa her zaman seve seve yardımcı olabilirim. Şimdiden iyi çalışmalar dilerim...

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Nuri DİCLE
Sinop Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü PDR Anabilim Dalı
Korucuk Köyü Kıranlar Mevkii 57000
SİNOP

Tel: (GSM) 0 532 4333844
(Ofis) 0 368 2715526 / 2038

ipek simge şahin <simgesahin_91@hotmail.com>, 23 Mar 2021 Sal, 17:09 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam;



9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İPEK SİMGE	Soyadı	ŞAHİN
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		TC Kimlik No	
E-mail		Tel	

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora			
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2018
Lise	Sayısal	Şeyh Edebalı Anadolu Lisesi	2009

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu
İngilizce	
Almanca	

İş deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi	2020 -

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

