

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN
HASTANESİ'NDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 SALGININDA
FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mert KAYAN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatih ÖZCAN

Manisa, 2022

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a;

Tez sürecimde verdiği değerli katkı ve desteklerinden dolayı sevgili hocam İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Umut Gök BALCI' ya ve Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve hala devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri sahibi annem Ayşen KAYAN, babam Ufuk KAYAN ve kardeşim Berk KAYAN' a;

Destegini, sabrını, güler yüzünü ve sevgisini hiç esirgemeyen, varlığıyla beni her daim daha güçlü kılan çok değerli eşim aynı zamanda meslektaşım Dr. Elif ÖZTÜRK KAYAN' a ve patili dostumuz Helles' e;

Tüm içtenliğimle ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Mert KAYAN

Manisa, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tükenmişlik.....	3
2.1.1. Tükenmişlik Modelleri.....	4
2.1.1.1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	4
2.1.1.2. Cherniss Tükenmişlik Modeli	5
2.1.1.3. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	5
2.1.1.4. Meier Tükenmişlik Modeli	6
2.1.1.5. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli.....	6
2.1.1.6. Maslach Tükenmişlik Modeli	7
2.1.2. Tükenmişliğin Belirtileri.....	8
2.1.3. Tükenmişlik Önlemleri	8
2.2. Fiziksel Aktivite	9
2.2.1. Fiziksel Aktivite Tipleri ve Şiddet Sınıflaması	9
2.2.1.1. Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizleri	9
2.2.1.2. Kuvvet Egzersizleri	10
2.2.1.3. Esneklik Egzersizleri.....	10
2.2.1.4. Denge Egzersizleri.....	11
2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti	11
2.2.2.1. Metabolik Eşdeğer (MET)	11
2.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri	13
2.2.3.1. Fiziksel Aktivite ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar.....	14
2.3. COVID- 19 Pandemisi.....	15
2.3.1. Tanım	15
2.3.2. Klinik Özellikleri ve Bulaş Yolları	16
2.3.3. Risk Faktörleri	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19

3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Çalışma Materyali	20
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Etik Kurul Onayı	21
4.BULGULAR.....	23
4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	24
4.2. Araştırma Grubunun Alışkanlıklarına ve Sağlık Durumuna Göre Dağılımı	27
4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Pandemi İle İlgili Birimlerde Görev Alma Dağılımı	30
4.4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Beslenme Durumu	30
4.5. Araştırma grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişli Ölçeği Alt Grup Puanları ve Toplam Skorları	31
4.6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verileri İle Fiziksel Aktivite Durumunun Karşılaştırılması	38
5.TARTIŞMA.....	44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
7.ÖZET	54
8.ABSTRACT	55
9.KAYNAKLAR	56
10.EKLER	65

TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1: Fiziksel Aktivitelerin Metabolik Eşdeğerleri.....	12
Tablo 2: Katılımcıların Yaş, Boy ve Kilolarının Tanımlayıcı İstatistikleri	24
Tablo 3: Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi'ne (kg/m^2) Göre Obezite Sınıflaması	25
Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 5: Araştırma Grubunun Alışkanlıkları ve Sağlık Durumu	27
Tablo 6: Katılımcıların Kişisel Değerlendirmeleri.....	28
Tablo 7: Katılımcıların Beslenme Durumları.....	30
Tablo 8: Katılımcıların Maslach Alt Grup Puanları ve Toplam Skoru ile Sosyo-demografik Özellikleri karşılaştırma tablosu.....	35
Tablo 9: Katılımcıların Mesleklerine göre Pandemi Sonrasında Kendini Tükenmiş Hissetme Durumlarındaki Değişimin Kıyaslanması	38
Tablo 10: Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo 11: Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri.....	39
Tablo 12: Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumuna göre Tükenmişlik Düzeyleri Değerlendirilmesi	41
Tablo 13: Katılımcıların COVID-19 Tanı Alma ve Pandemi Birimlerinde Görev Alma Durumlarına Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri Karşılaştırılması	41
Şekil 1: COVID-19 Kötü Prognoz ile İlişkili Risk Faktörleri	18
Şekil 2: Katılımcıların Pandemi İle İlgili Birimlerde Görev Alma Durumları..	30

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MET: Metabolik Eşdeğer

DM: Diyabetes Mellitus

VO₂maks: Maksimal Aerobik Kapasitesi

VO₂: Oksijen tüketimi

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

MERS: Orta Doğu Solunum Sendromu

SARS: Şiddetli Akut Solunum Sendromu

PCR: Polimeraz Zincir Reaksiyonu

CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

DT: Duygusal Tükenme

D: Duyarsızlaşma

KB: Kişisel Başarı

UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Salgın ile aynı anlamda kullanılan epidemi, bir hastalığın beklenenden daha fazla görülmesi olarak açıklanmakla birlikte belirli bir coğrafyada, aynı mevsimde ve belirli bir toplulukta hasta olanların sayısının artması şeklinde ifade edilmektedir (1). Pandemi ise bu salgın durumunun birden fazla ülkede veya kıtada çok sayıda insanı etkilemesi, dünyada çok geniş alanlara yayılması durumu için kullanılmaktadır (2). Geçmişten günümüze pandemiler, çok sayıda can kaybına, fiziksel ve ruhsal problemlere neden olan ciddi halk sağlığı sorunudur (3).

Çin'in Wuhan kentinde 2019 Aralık ayında görülmeye başlanan pnömöni vakaları ilk başta açıklanamasa da yapılan çalışmalar neticesinde etkeninin koronavirüs olduğu tespit etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yeni hastalığı "coronavirus disease 2019" anlamına gelen "COVID-19" olarak isimlendirmiştir (4). COVID-19 salgını gibi kitlesel travmalara sebep olan durumlarda en yüksek risk taşıyan ve en çok etkilenen grup, sağlık sistemin en önemli parçalarından biri olan sağlık çalışanlarıdır (5). Bu salgınlar sırasında sağlık çalışanları, özellikle de vakalar ile birebir ilgilenenler, yüksek enfeksiyon riskine ek olarak tükenmişlik gibi ruh sağlığı sorunlarıyla karşı karşıya gelebilmektedirler (6). Tükenmişlik durumu; duygusal yorgunluk, kişisel başarı hissinin azalması, sinizm duyguları ile seyreden günümüzde önemi daha çok artan bir sorundur (7). Günümüzde halen bir tehdit olan Covid-19 pandemisi, sağlık çalışanları açısından yoğun çalışma saatleri, yüksek enfeksiyon riski, sosyal izolasyon nedeniyle sosyal destek azlığı ve bunun gibi tükenmişliğe neden olabilecek pek çok unsuru meydana getirmiştir (8).

Fiziksel aktivite ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kişilerin süregelen strese karşı fizyolojik duyarlılığını azaltabilir ve işyerinde stresle bunalmadan daha iyi başa çıkabilirler. Böylece, tükenmişlik riskinin azalmasına yol açabilir (9). Yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, kol-bacak hareketleri ve baş-boyun hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin

tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (10).

Biz de bu çalışmamızda bulunduğumuz kurumdaki hastayla ön safhada temas halinde olan sağlık çalışanlarımızın, COVID-19 salgını sürecinin içerisinde, tükenmişlik düzeylerini ve fiziksel aktivite durumlarını saptamayı amaçladık. Sosyodemografik verilere göre bu durumların nasıl değiştiğini, pandemiden önceki zamana göre bu verilerdeki değişiklik durumunu ortaya koymayı hedefledik.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik, çalışanın mesleğini icra ederken hizmet verdiği insanlarla artık gerçekten ilgilenemiyor olması veya aşırı stres ve doyumsuzluğa tepki olarak kendisini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlanmaktadır (11). Psikolog Herbert J. Freudenberger tükenmişliği ilk olarak 1974 yılında "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" şeklinde tanımlanmıştır. Tükenmişlik alanında öncü çalışmalara sahip Maslach ise yorucu ve problemlili insanlarla yoğun olarak ilgilenenlerin gösterdiği zorlanma tepkisi olarak tanımlamıştır (12; 13).

Schwab, tükenmişlikten 'bireylerin ve organizasyonların her ikisini de ilgilendiren, var olan güç ve kaynakların aşırı kullanılması ve enerji azalmasıyla birlikte karakterize edilen, her alanda çalışan iş görenlerin, verimliliklerini ve etkinliklerini etkileyen etmenlerden biri olan bir fenomen.' Sözleriyle bahsetmiştir (14). Maslach ve Jackson yaptıkları çalışmalar sonucunda tükenmişliği ölçülebilecek bir kavram olarak ortaya koymaya çalışmış ve üç alt boyut tanımlamışlardır. Bu alt boyutlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır (13). Terim olarak tükenmişlik iş stresi, bitkinlik, yabancılaşma veya depresyon aynı anlamda kullanılmamaktadır (15).

Richards'ın yapmış olduğu çalışmalarda tükenmişlik durumu için en yüksek riske sahip meslek grupları arasında doktor ve hemşireler yer almaktadır. İş yükü, düzensiz ve uzun çalışma süreleri, zor durumdaki hastaları anlamaya çalışma, hastayla olumlu bir ilişki kurma zorunluluğu, sık sık sorumluluk almanın gerekmesi gibi durumların tükenmişliği arttırmada etkili olduğu düşünülmüştür (16). Literatür incelendiğinde tükenmişliği farklı şekillerde ele alan Chermis, Pines, Edelwich ve Brodsky, Pearman – Hartman ve Maslach Tükenmişlik modelleri göze çarpmaktadır.

2.1.1. Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik ile ilgili şu ana değin yapılmış olan çalışmalar ele alındığında, birçok tükenmişlik modelinin oluşturulduğu anlaşılmaktadır. Bu modellerden literatürde daha ön planda olanların bir kısmı bu başlık altında incelenecektir.

2.1.1.1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

1980 yılında Edelwich ve Brodsky tükenmişliği incelerken, mesleklerini nedeniyle çevresindeki insanlara yardım etmenin bireylerde oluşturduğu hizmet verilen kişilerin oluşturduğu yoğunluk, karşılığının tam olarak verilmediği uzun çalışma saatleri ve yoğun iş ortamı sonucunda idealler ve gelinen nokta arasında önemli farklılıkların olmasına nedeniyle amaçların ve enerjinin günden güne azalmasından bahsetmişlerdir (17).

Bu modelde tükenmişliği daha basit anlatabilmek için 4 evre kullanılmış fakat evreler arası geçiş keskin olmayıp süreklilik göstermektedir. Bu evrelerden birincisi olan şevk ve coşku evresinde birey için çalışma hayatı her şeyden önde gelmektedir ve birey uzun çalışma saatlerine, uykusuzluğa, çalışma ortamının gergin olmasına, işi sebebi ile sosyal hayatına yeterince zaman ayıramıyor olmasına rağmen bu durumu kabullenip yüksek düzeyde uyum sağlama çabası içerisinde işi gereği ondan beklenenleri yerine getirmeye çalışmaktadır.

İkinci evre durağanlaşma evresinde zaman geçtikçe yorulan ve bu nedenle motivasyonu azalan bireyin mesleki mutluluğu, isteği ve işe yönlendirdiği enerjisi azalma eğilimine girmektedir. Engellenme evresi olan üçüncü evrede, bireyin amacına umduğu seviyede ulaşamaması, kişisel ihtiyaçlarını karşılayamaması sonucunda giderek engellenmişlik duygusu yaşamaya başlar ve mevcut sistemi değiştirmenin zorluğunu farkına varır.

Bu evrelerde baş etmeye başaramayan birey artık son evre olan umursamazlık evresindedir ve çok şiddetli umutsuzluk, duygusal olarak kopma, alakasızlık ve teslim olma davranışları sergilemektedir (17; 18).

2.1.1.2. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cherniss tükenmişliği “işle alakalı stres etmenlerine bir tepki olarak başlayıp başa çıkma davranışları ile devam eden ve sonunda işle psikolojik ilişkinin koptuğu bir süreç” olarak tanımlamıştır. Cherniss modelinde hizmet verilen kişilerle yüz yüze iletişim, denetim ve destek aşamasında aksaklıklar, iş yükü ile bireyin kişilik özellikleri, özel hayatında almış olduğu zevk gibi kişisel değişkenler tükenmişliğe sebep olan stres etmenleri olarak belirtilmiştir (19).

2.1.1.3. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman'ın 1982'de ele aldığı modellerinde 4 aşama mevcuttur. İlk aşama durumun strese götürme derecesidir ve bu aşama strese neden olan durumları ifade etmektedir. Bunlar örgütsel beklentiler karşısında bireyden beklenen becerinin yeterli olmaması ve bireyin sürdürmekte olduğu işin beklentilerine yeterince karşılık verememesi durumlarıdır.

Algılanan stres düzeyi: Birey hayatı boyunca maruz kalmış olduğu stres etmenlerinin hepsine karşı kendisini stresli hissetmez. Bu aşamada bireyin kişilik özellikleri ve kurumsal değişkenlerde etkili olmaktadır. Strese verilen tepki: Bu aşama, birey stres etmenine maruz kaldığında kişisel ve kurumsal değişkenler çerçevesinde belirlenen; fiziksel, davranışsal ve duygusal olmak üzere üç ana kategoride sınıflanan tepkileri içermektedir. Strese verilen tepkinin sonucu: Yaşanan stres sonucunda bireyin psikolojik ve fiziksel sağlık durumunun kötüleşmesi ve buna bağlı olarak iş yapma düzeyinde ve tatmininde azalma, işinden uzaklaşma durumudur (20).

2.1.1.4. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier, bireyin çalışma hayatında tekrarlayan olaylar sonucunda olumlu pekiştiriciler yönündeki beklentilerinin düşük olduğu ancak cezalandırma açısından olan beklentilerinin çok yüksek olduğu bu durumu tükenmişlik olarak değerlendirmiştir (21).

2.1.1.5. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Suran ve Sheridan'ın 1985 yılında ortaya koyduğu tükenmişlik modeli gözlem ve deneyime dayanmakta olup 4 aşamadan meydana gelmektedir ve her aşamadaki sorunların yeterli seviyede çözümlenmemesinden dolayı tükenmişlik yaşanmaktadır (22).

1-Kimlik, rol karmaşası: bireyin eğitim ihtiyacı ve gelişiminin oranda ilerlememesi sonucunda kişi benliğini, mesleki ve kişisel bütünlüğünü tamamlayamamaktadır. Gelecek için beklentileri ile yaptıklarının uyuşmaması nedeniyle tükenmişliğin temelleri atılmaktadır (22).

2-Yeterlilik, yetersizlik: Bireyin mesleki açıdan kendini etkin hissetmesi için gerekli çaba ile kişisel ve sosyal kimliğini yönetme konusundaki yeterlilik duygusu arasında denge olmalıdır (22).

3-Verimlilik, durgunluk: Bireyin üretici olduğu, yeteneklerinin daha ön plana çıktığı dönem verimlilik olarak belirtilir. Kişi bu süreçte kariyerinin amacını sorgulamaya başlamakta ve “Ben bunun için mi bu kadar çabaladım?” gibi sorularla boğuşmaktadır ve tükenmişlik dönemi başlamaktadır (22).

4-Yeniden Oluşturma-Hayal Kırıklığı: Tercihleri nedeniyle tatmin olmayan birey mesleki ve şahsi yaşamında olmak istediği noktaya ulaşabilmek için arayış sürecine girer ve bu dönem yeniden oluşturma olarak tanımlanmıştır (22).

2.1.1.6. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişliği üç boyutlu olarak tanımlayan Maslach ve arkadaşlarının ifadeleri günümüzde sıkça kullanılan ve daha çok kabul gören tükenmişlik modelini oluşturmaktadır. Bu ifadelerde tükenmişlik; yapmış olduğu mesleği nedeniyle başka insanlarla birebir hizmet veren kişilerde meydana gelen üç boyutlu bir sendrom olarak görülmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı bu üç boyutu oluşturmaktadır (23; 24).

2.1.1.6.1. Duygusal Tükenme

Meslek sahibinin işini yaparken kendisini yorgun ve duygusal açıdan aşırı yıpranmış hissetmesini tanımlar. Kişinin duygusal olarak tükenme hissine kapılması şeklinde ortaya çıkar ve kişide işe aktaracak enerjinin azalmasına neden olur. Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi hizmet verdiği kişilere karşı yeteri kadar sorumlu davranmadığını düşünmeye başlar. Bu tükenmeyle beraber bireyin ertesi gün tekrar işe gitme zorunluluğu kendisinde daha fazla gerginlik ve endişe yaratmaktadır. Duygusal tükenme düzeyleri; kişinin işini hayatının ön planında tutmasıyla ve boş zamanlarında dahi işiyle ilgili düşüncelere sahip olmasıyla doğrudan etkilenmektedir. Bazı çalışmalarda bunların yanında işin aile yaşamını olumsuz etkilemesi, çalışma süresinin ve iş değiştirme isteğinin olmasının da bu düzeyleri etkilendiğinden bahsedilmiştir (14; 25).

2.1.1.6.2. Duyarsızlaşma

Bireyin işi nedeniyle karşı karşıya geldiği insanlara hizmet verirken katı, ilgisiz, sert hatta insani olmayan davranışlar sergilemesi tükenmişliğin ikinci alt boyutu olan duyarsızlaşmayı gösterir. Hizmet verdikleri bireyleri bir insan, canlı olarak değil de sanki bir nesne, eşyaymış gibi davranmaları ile kendini gösterir. Duyarsızlaşmanın öncü belirtileri arasında; başkasından devamlı kötülük geleceğini düşünme, kişileri kategorize etme, aşağılayıcı bir dil kullanma ve saygısız davranma gösterilebilir. Diğer insanlardan uzaklaşmanın artmasıyla

artık onların ihtiyaçlarını dikkate almama ve duygularını önemsememe ortaya çıkar (26; 27).

2.1.1.6.3. Kişisel Başarı Eksikliği

Kişinin yapmış olduğu mesleğinde kendisinin etkisiz, yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesi tükenmişliğin üçüncü alt boyutunu oluşturan kişisel başarı eksikliğini oluşturur. Bu kişide mesleğinde olumlu sonuçlar almada ve hizmet verdiği kişilerin hayatını pozitif yönde etkileme açısından yetersiz hissetmektedir. Bu düşüncelerin dayatmasıyla da birey kendisini suçlu atfeder ve diğerlerinin kendisini sevmediğine dair duygular geliştirir. Bunlardan sonra artık kendisini başarısız olarak tanımlar. Kişisel başarıda azalma hissi, kişide ne kadar uğraşırsa uğraşsın olumlu sonuca ulaşamayacağı inancını yaratan bir tükenmişlik durumudur. Birey verdiği emeğin, ortaya koyduğu çabanın olumlu bir netice getirmediğine kanaat getirir, yılgınlığa bürünür (28; 24).

2.1.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik; baş ağrısı, halsizlik, uyuşukluk, kilo kaybetme, yüksek tansiyon, ülser, cinsel ilgide azalma, sık grip geçirme gibi fiziksel belirtilere yol açacağı gibi işe gitmek istememe, işi ağırdan alma, başarısızlık hissi, öfkesini kontrol edememe, alkol ve tütün bağımlılığı gibi psikolojik ve davranışsal belirtilere de yol açabilmektedir (29; 30).

2.1.3. Tükenmişlik Önlemleri

Tükenmişlik, kişilerin hem mesleki anlamda hem de kişisel anlamda gelişimlerine engel olmaktadır. Bu yüzden tükenmişliğin önüne geçmek ve bu bunaltıcı durumla mücadele yöntemlerini belirlemek ve uygulamak oldukça önemlidir. Tükenmişliği engelleyebilmek için öncelikli yapılması gereken, sebep olan nedenlerin ivedilikle tespit edilmesidir. Erken dönemde sorunla mücadele daha kolaydır. Mesleğe yeni atılan bireylere, tükenmişliğin ne

olduğu, nedenleri ve mücadele yöntemleri konusunda yeterli eğitim verilirse, tükenmişlik meydana geldiğinde üstesinden gelebilmekte daha başarılı oluncaktır (31; 32).

2.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin sanayileşme öncesi zamanlarda insanların yaşantısında tabii bir yeri vardı. Hipokrat ve Galen hastalıkların doğaüstü olaylardan değil de beslenme ve fiziksel aktivite gibi çevresel faktörler doğrultusunda ortaya çıktığını savunmuşlardır ve sağlıklı olmanın yöntemini beslenme ve fiziksel aktiviteyi doğru miktarda gerçekleştirmek olarak vurgulamışlardır (33). Tanım olarak fiziksel aktivite; günlük yaşam içinde kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktivitelerdir. Bunun içerisine yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, kol-bacak hareketleri ve baş-boyun hareketleri, dans, egzersiz, oyun ve gün içindeki aktiviteler dahil edilebilmektedir (34). Fiziksel aktivite ve egzersiz gündelik hayatta sıkça birbirleri yerine kullanılsa da farklı tanımlara sahiptir. Egzersiz; planlı, yapılandırılmış, istemli, fiziksel zindeliğin bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi hedefleyen fiziksel aktivitenin bir alt tipidir. Fiziksel zindeliğin sağlıkla ilgili bileşenleri; kardiyovasküler fitness, kas gücü ve dayanıklılığı, esneklik ve vücut kompozisyonudur (35).

2.2.1. Fiziksel Aktivite Tipleri ve Şiddet Sınıflaması

Fiziksel aktiviteler dört ana başlık altında değerlendirilebilir. Bunlar dayanıklılık, kuvvetlendirme, esneklik ve denge aktiviteleridir (36).

2.2.1.1. Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizleri

Bireyin herhangi bir fiziksel aktiviteyi daha uzun süre, yorulmadan yapılabilmesinde dayanıklılık ifadesi kullanılır. Dayanıklılık (aerobik) egzersizleri bedenimizin oksijeni kullanma seviyesini arttıran, büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik olarak çalıştığı egzersizlerdir. Bu egzersizlerin

belirli bir şiddette, sıklıkta ve sürede yapılması gereklidir. Fiziksel aktiviteleri daha uzun süre ve yorulmadan yapabilmek için dayanıklılığın gelişmesi gerekmektedir. Düzenli ve sık adımlarla yürüme, bisiklete binme, uzun süreli yüzme, bahçe veya tarlada çalışma, tenis gibi aktiviteler dayanıklılığı geliştirecek aktivitelere örnek olarak verilebilir (36).

2.2.1.2. Kuvvet Egzersizleri

Kasın dirence karşı koyabilme yetisi kuvvet olarak nitelendirilir. Yerden bir eşya kaldırmak, yük taşımak, ağır bir cismi çekmek veya itmek için kaslarının yeterli kuvvete sahip olması gerekir. Günlük yaşantımız içerisinde zaman zaman zorunlu olarak yaptığımız bu tip aktiviteleri, daha rahat gerçekleştirebilmek ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için yetişkin bir bireyin kas kitle ve kuvvetini artırması ve/veya koruması son derecede önemlidir. Kuvvet aktiviteleri; kaslarımızı ve kemiklerimizi güçlendirir, vücut yağ oranını azaltır, kas ve kemik kitlelerini artırır, kaybını da önler. Kuvvet aktiviteleri; karın, sırt-bel, omuz-kol ve kalça-bacak kasları gibi vücudumuzun önemli ve büyük kaslarını kuvvetlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu sebeple kuvvet aktiviteleri yaparken yalnızca bir bölgeye odaklanılmamalı, bedenin üst ve alt kısmı, sağ ve solu, ön ve arka gövde kasları dengeli bir şekilde güçlendirilmelidir (36).

2.2.1.3. Esneklik Egzersizleri

Eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesi esneklik olarak adlandırılır. Bir başka tabirle fiziksel aktivite yaparken gövde, kol veya bacakların rahat hareket edebilme becerisidir. Örneğin kalça ve bacakların esnek olması, bağdaş kurarak oturabilmemiz için, omurganın esnek olması, rahatça öne ve arkaya eğilebilmemiz için, omuzun esnek olması, sırtımıza uzanabilmemiz için şarttır. Esnekliği arttıran fiziksel aktiviteler arasında yoga, pilates ve Tai Chi sayılabilir. Kişilerin esneklik özellikleri beden yapılarındaki farklılıklardan dolayı çeşitlilik gösterir ancak düzenli germe (esneklik) egzersizleri ile geliştirilebilir.

Günlük hareketlerimizi daha kolay yapmamız ve yaşam kalitemizi arttırmamız için esnek bir bedene sahip olmamız gerekmektedir (36).

2.2.1.4. Denge Egzersizleri

Bedenimizin düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneği denge terimi ile ifade edilmektedir. Denge için görme duyusu, iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olmasının yanında, kasların da yeteri kadar kuvvetli olması gerekir. Parmak uçlarında rahatlıkla durabilmek, gözleri kapalı iken veya düz çizgide yalpalanmadan yürüyebilmek için iyi bir dengeye sahip olmak gerekmektedir. İyi bir dengeye sahip olmak, düşme riskini azaltır. Kas kuvvetini, esnekliğini ve dayanaklığını geliştiren egzersizler dengeyi de olumlu etkiler (36).

2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti

Fiziksel aktivite şiddeti, aktiviteyi gerçekleştirmek için gerekli olan çabanın büyüklüğü için kullanılır. Egzersiz şiddeti mutlak veya göreceli olarak ifade edilebilir. Mutlak şiddet, yapılan işin oranı ile belirlenir ve bireysel fizyolojik kapasiteler dikkate alınmaz. Aerobik aktivite için mutlak şiddet tipik olarak enerji tüketim oranı (ml/kg/dk oksijen tüketimi veya Metabolik Eşdeğer (MET) veya kCal/dk), bazı aktiviteler için aktivite hızı (saatteki yürüme veya koşma hızı vb.) ya da fizyolojik yanıt (kalp hızı vb.) şeklinde ifade edilir. Göreceli şiddette ise bireysel egzersiz kapasitesi göz önünde bulundurulur ve şiddet ona göre ayarlanır. Aerobik aktivite için göreceli şiddet, bireyin maksimal aerobik kapasitesi (VO_{2maks}), oksijen tüketimi (VO_2) rezerv yüzdesi veya bireysel maksimal kalp hızının yüzdesi olarak ifade edilebilir (37; 38).

2.2.2.1. Metabolik Eşdeğer (MET)

Fiziksel aktivite düzeyini belirlerken metabolik eşdeğer (MET - Metabolic Equivalent Task) kavramından yararlanılmaktadır. Sakin bir şekilde otururken harcanan enerji miktarı 1 MET olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite

sırasında kullanılan oksijen ml/kg/dk cinsinden ifade edilir ve bir dakikada, vücut ağırlığının her kilogramı için 3.5 mililitrelik bir oksijen alımı olmaktadır. MET değeri ile aktivite süresi çarpılarak haftalık MET dakika skoru elde edilir (36; 38).

Fiziksel aktiviteler şiddetlerine göre hafif, orta, yüksek olarak üç şekilde değerlendirilir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için orta şiddetli aktiviteler yeterlidir. Mutlak ölçüte göre Hafif şiddetli aktiviteler <3 MET altında enerji harcanması gerektiren, orta şiddetli aktiviteler 3-6 MET arasında enerji harcaması gerektiren ve yüksek şiddetli aktiviteler ise >6 MET enerji harcaması gerektiren aktivitelerdir (37; 36; 38).

Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu aktivitelere düşük şiddetli aktivite denir ve çok az çaba gerektiren günlük aktivitelerdir. Bu aktivitelere örnek olarak yavaş yürüyüş, ev işleri verilebilir. Orta şiddetli aktivite, nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden daha fazla olduğu, kasların zorlanmaya başladığı, orta dereceli çaba gerektiren aktivitelerdir. Aktivite sırasında kişi konuşabilir ama şarkı söyleyemez. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek orta şiddetli aktiviteye örnektir. Yüksek şiddetli aktivite ise nefes almanın ve kalp atım sayısının normalden çok daha fazla olduğu veya kasların daha fazla zorlandığı, çok fazla çaba gerektiren aktiviteleri ifade eder. Kişi, aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç kelimedenden fazlasını konuşamaz. Şiddetli fiziksel aktiviteye örnek ise şunlardır; tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, tempolu dans etmek örnek olarak verilebilir (36; 39).

Tablo 1: Fiziksel Aktivitelerin Metabolik Eşdeğerleri

Hafif Şiddetli Aktiviteler (<3 ME)	
Uyku	0.9 ME
Televizyon izleme	1.0 ME
Hafif ev işleri (yemek hazırlama, toz alma)	1.5-3 ME

Kişisel hijyen (traş olma, duş alma)	1.5-3 ME
Yazı yazma, masa başı işleri	1.8 ME
Düşük tempoda yürüyüş (<3 km/saat)	2.9 ME
Orta Şiddetli Aktiviteler (3-6 ME)	
Sabit bisiklet kullanımı	3.0 ME
Bahçe işleri (çim biçme vs.)	3.3 ME
Ev egzersizleri, jimnastik hareketleri	3.5 ME
Normal yürüyüş temposu (3-6 km/saat)	3- 5 ME
Bisiklet kullanımı (9-12 km/ saat)	4.0 ME
Araba yıkama	4.5 ME
Eşli danslar	4.8 ME
Yüksek Şiddetli Aktiviteler (>6 ME)	
Yürüyüş 6 -7 km/saat	5-7 ME
Merdiven çıkma (orta hızda)	6.5 ME
Jogging	7.0 ME
Koşu, ağırlık kaldırma egzersizleri, eşya taşıma, tenis	8.0 ME
Yüzme (krol stil)	9.0 ME
İp atlama	10.0 ME

2.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri

Fiziksel ve ruh sağlığını iyileştirmenin en temel araçlarından birinin fiziksel aktivitenin olduğu düşünülmektedir. Fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler ve kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon, bazı onkolojik hastalıklar ve psikolojik bozukluklar için önemli bir risk faktörüdür. Haftanın çoğu gününde en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapan insanlarla karşılaştırıldığında, yetersiz fiziksel aktivite yapan insanların tüm nedenlere bağlı mortalite riski %20-30 oranında artmaktadır (39). Fiziksel hareketsizlik ülkemizde, tüm nedenlere bağlı ölümlerin %15'inden sorumludur (36).

Çalışmalar yeterli fiziksel aktivitenin erişkinlerde iskemik kalp hastalığı başta olmak üzere pek çok kronik hastalık ve kanser riskini belirgin düzeyde azalttığını ortaya koymaktadır. Kronik hastalıkların ortak risk faktörlerinden birisi olan fiziksel hareketsizlik dünya genelindeki ölümlerin %6'sına neden olmaktadır (40; 38). Fiziksel hareketsizlik DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yılda yaklaşık 600.000 kişinin ölümüne sebebiyet vermektedir. Sedanter yaşam tarzı halk sağlığı için ciddi sonuçlar oluşturmaktadır ve en önemli sonuçlarından biri giderek artan obezitedir. Obezite ise kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok hastalık riskini arttırmaktadır. Günümüzde bireyler sedanter işlere, sedanter eğlencelere daha fazla önem vermektedir. Bu sorunlarla mücadelenin sadece bireysel bir sorumluluk olmadığı ve toplumun aktif yaşamı kolaylaştıracak koşulları yaratmaktan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Halk sağlığı profesyonellerinin ve politikacıların yanında, şehir planlamacıları, öğretmenler, çevreciler, ulaştırma mühendisleri, mimarlar, spor profesyonelleri, kamu ve özel sektördeki işverenler birlikte hareket etmelidirler (41).

Günlük hayatın her alanında fiziksel aktivitenin olmasıyla aktif yaşam biçimi oluşturulabilir. Genel yetişkin popülasyonun hedefi her gün en az 30 dakika aktivite yapmak olmalıdır. Bir meta analiz çalışmasında aerobik ve dirençli egzersizlerin sistolik ve diyastolik tansiyon değerlerine aşağı yönde etki ettiğine ulaşılmıştır (42). Hipertansiyonun önlem, tedavi ve kontrolünde tedavi kılavuzlarında egzersiz programları tavsiye edilmektedir (43).

2.2.3.1. Fiziksel Aktivite ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Lipid değerlerinin üzerinde fiziksel aktivitenin etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede; yüksek şiddetli aerobik egzersizlerin erişkinlerde yaş ve cinsiyetten ayrı olarak HDL-Kolesterolü arttırdığı, dirençli egzersizlerin ve aerobik ve dirençli egzersiz birlikte yapılmasının LDL-Kolesterolü düşürdüğüne değinilmiştir (44).

Obezite ve fazla kiloluluk; kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet, safra taşları, osteoartrit, bazı kanser türleri, solunum disfonksiyonları, uyku apne sendromu ve bazı psikolojik sorunlar ile ilişkili bulunması nedeniyle çok önemli bir toplumsal sağlık sorunudur (19). Fiziksel aktivite; enerji harcamasını artırarak modern toplumların karşı karşıya kaldığı en önemli sağlık problemlerinden birisi olan obezitenin önlenmesinde kilo kontrolünü sağlamaktadır.

Diyabetes Mellitus (DM)'un dünyadaki prevalansı erişkinlerde %8,8'dir. Diyabet nedeniyle yılda 5 milyon birey vefat etmektedir. Diyabete sahip kişilerin dörtte üçü düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkelerde yaşamaktadır. Dünyadaki tüm sağlık harcamalarının %12'si diyabete yapılmaktadır (673 milyar ABD doları) ve tahminler diyabetli bireylerin sağlık harcamalarının, diyabetli olmayan bireylerin sağlık harcamalarından ortalama 2 kat yüksek olduğu yönündedir (45).

Hemşirelerin ve sağlık personelinin fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalardan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin genel olarak oldukça düşük ve inaktivite düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (46; 47).

2.3. COVID- 19 Pandemisi

2.3.1. Tanım

Salgın hastalık, belirli bir zaman diliminde belirli bir popülasyonda bir enfeksiyon etkeninin doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi ile çok sayıda canlıda hastalık meydana getirmesi olarak ifade edilir. Yüzyıllardan beri yaşamı tehdit eden küresel krizlerdir. Günümüz dünyasında salgın hastalıklar, eskiye göre çok daha hızlı yayılmaları nedeniyle tüm dünyayı kısa bir sürede etkisi altına almaktadır (48).

Pandemi, köken olarak bakılacak olursa Yunancada tüm anlamına gelen “pan” ve insanlar anlamına gelen “demos” sözcüklerinin birleşmesiyle oluşmuş olup bir bölge hatta bütün dünyayı kapsayacak kadar yayılan bulaşıcı

hastalıkların genel ismini ifade etmektedir. Bir hastalığın pandemi olarak kabul edilebilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporlarına göre yeni bir virüs ya da mutasyon geçirmiş bir virüs olması, kişilere kolayca bulaşması ve kişiden kişiye hızlı bir biçimde geçmesi kriterleri üzerinde durulmaktadır (49).

Koronavirüsler ilk kez 1960 yılında pleomorfik ve zarflı, tek zincirli, pozitif sarmal RNA genomunu bulunan virüsler olarak tanımlanmıştır. Koronavirüs ailesi, çok geniş yelpazedeki hayvan türlerinde solunum ve nörolojik hastalıklara neden olabilmektedir. İnsanlara bulaşabilen 7 farklı koronavirüs saptanmıştır. COVID-19 ise, insana etki eden, kuvvetli akut solunum yolu sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)'nin sebep olduğu, bulaşma hızı yüksek olan bir solunum yolu hastalığıdır (50).

2019 yılının aralık ayında Çin Halk Cumhuriyeti'nin Wuhan şehrinde nedeni anlaşılamayan pnömoni vakalarının raporlanması üzerine yapılan çalışmalar neticesinde 07.01.2020 tarihinde SARS-Cov-2'nin dizilimi tespit edilmiştir. Bu hastalık, DSÖ tarafından uluslararası öneme sahip 6. Toplum sağlığı acil durumu olarak belirlenmiş ve yine DSÖ tarafından 11.02.2020 tarihinde COVID-19 şeklinde adlandırılmıştır. Tüm dünyada vaka sayılarının hızla artması neticesinde COVID-19 hastalığı 11.03.2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir (51; 52). Türkiye'de ise ilk COVID-19 vakası 11.03.2020 tarihinde ortaya çıkmıştır (53). Pandemi ilanından sonra yaklaşık 2 yıllık süre içerisinde dünyada toplam 430 milyon vaka saptanmış olup yaklaşık 6 milyonu ölümle sonuçlanmıştır (54). Türkiye'de ise 28.02.2022 tarihine kadar toplam yaklaşık 14 milyon vaka tespit edilmiş ve bunların 93.539'u vefat etmiştir (55).

2.3.2. Klinik Özellikleri ve Bulaş Yolları

COVID-19'un en sık görülen semptomları ateş (%88,5), öksürük (%68,6), kas ağrısı veya yorgunluk (%35,8), balgam çıkartma (%28,2) ve nefes darlığı (%21,9) olarak açıklanmıştır. Seyrek olarak görülen şikayetler ise baş ağrısı veya baş dönmesi (%12,1), ishal (%4,8), bulantı ve kusma (%3,9) olduğu belirtilmiştir (56).

COVID-19, klinik seyir ve semptomlarına göre 5 evreye aşağıda bahsedildiği gibi ayrılmıştır (56).

1. Asemptomatik: Hastada hiçbir şikayet yoktur ama COVID-19 PCR testinin pozitifdir.

2. Hafif: Hastada ateş, halsizlik, miyalji, öksürük, boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi semptomları vardır.

3. Orta: Hastada pnömoni semptomları, aralıklı yüksek ateş ve öksürük şikayetleri vardır ancak bu belirtilere hipoksi eşlik etmemektedir.

4. Ciddi: Hastada 1 haftadır devam eden, giderek ilerleyen dispnenin yanı sıra santral siyanoz vardır ve oksijen saturasyonu 92 ve daha düşüktür.

5. Kritik: Hastada ARDS ya da solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği, şok durumunun olması

COVID-19'un şiddetini etkileyen risk faktörleri arasında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, obezite, kanser, immunsupresif durumlar, kronik karaciğer hastalığı ve sigara yer almaktadır (57; 58). COVID-19 hastalarının yarısından fazlasında iyileşmenin erken döneminde difüzyon kapasitesinde bozulma, solunum kas kuvvetinde azalma ve akciğer görüntülemesinde anormallikler saptanmıştır (59).

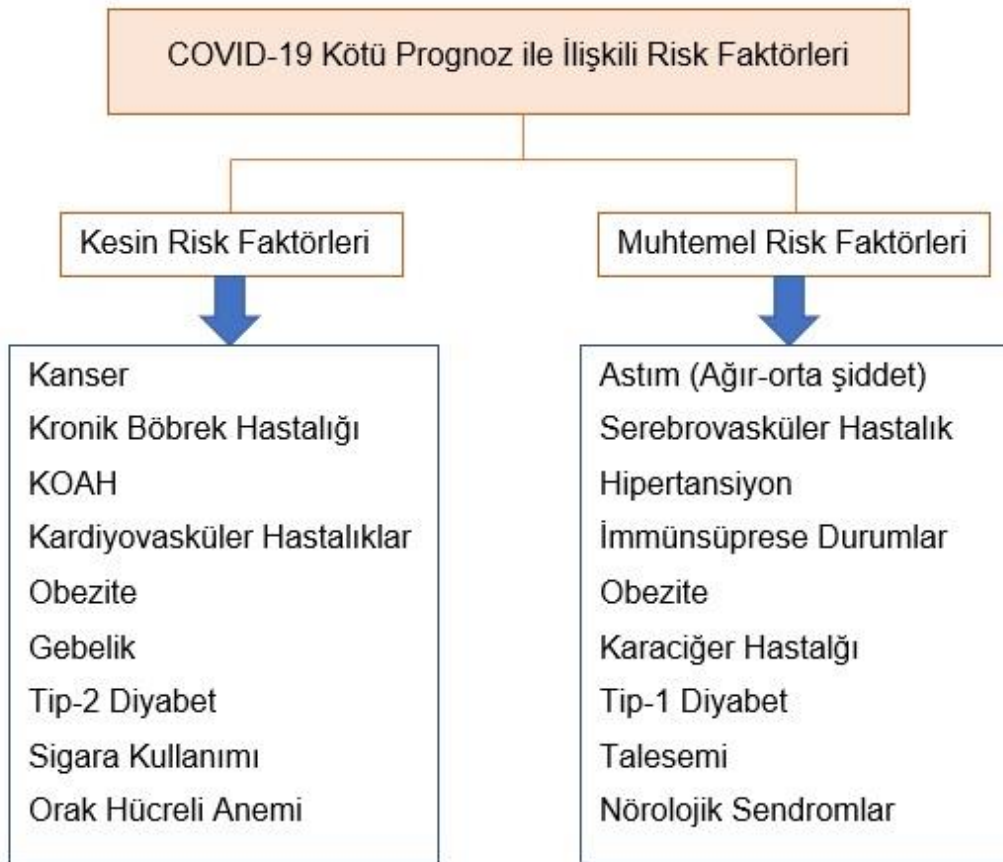
Hastalığın insandan insana geçişinde en önemli yolları temas ve damlacık yoludur. Bunların dışında havada asılı kalan partiküller ile, dışkı yoluyla ve anneden fetusa geçiş de bulaşta rol alabilir (56). Aerosol ile bulaş DSÖ'nün bildirileriyle açık bir biçimde ortaya konmuştur (60). Yapılan araştırmalarda SARS ve MERS'in zıttına gebelikte Covid-19'un prognozunun iyi olduğu gösterilmiştir (61).

2.3.3. Risk Faktörleri

COVID-19 pandemisinde mesleki açıdan en riskli gruplar içinde sağlık çalışanlarının olduğu ifade edilmektedir. Kadınlara kıyasla erkekler, elli yaşın üzerindeki bireyler, kronik rahatsızlıkları olanlar, huzur evlerinde ikamet edenler, eğitim kurumları, askeri birlikler, hapisaneler, göçmen kamplarında ikamet edenler de bu hastalık açısından riskli gruplar içerisinde gösterilebilir. (62).

COVID-19'un prognozla ilişkili olan farklı hastalık ve durumlarla ilgili ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi "United States Centers for Disease Control and Prevention-CDC" bir tablo hazırlamış ve bu tarz rahatsızlıkları olan bireylerin daha fazla tedbir almasını tavsiye etmiştir.

Şekil 1: COVID-19 Kötü Prognoz ile İlişkili Risk Faktörleri (63)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırmada veri toplama işlemi Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde 10 Kasım 2021 – 10 Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri analizi ve rapor yazımı Şubat 2022'de sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlileri ve diğer sağlık çalışanları (hemşire, ebe, sağlık teknikeri, fizyoterapist, laboratuvar teknisyeni ve acil tıp teknisyenleri) araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmamızın evreni; 417 araştırma görevlisi, 478 hemşire, 24 laborant, 12 fizyoterapist, 50 sağlık teknikeri, 67 sağlık teknisyeni olarak toplam 1048 kişidir. Örneklemi hesaplamak için Epi-Info programı kullanılmış olup %50 prevalans, %5 hata payı uygulanarak en az 281 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Meslek gruplarının evren içindeki yüzdeleri göz önünde tutularak en az 112 araştırma görevlisi, 129 hemşire ve 40 diğer sağlık personeline ulaşılmaya çalışıldı.

Dahil olma kriterleri; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışan Araştırma Görevlisi doktor veya diğer sağlık çalışanları (hemşire, fizyoterapist, laborant, sağlık teknisyen veya sağlık teknikeri) olmak ve gönüllü olmak.

Dışlama kriteri; Fiziksel aktiviteye engel durumun olması.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmada araştırma ekibi tarafından literatür incelemesi sonucu elde edilen Türkçe uyarlaması Ergin tarafından yapılmış 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öztürk tarafından yapılmış olan 7 maddeden oluşan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve araştırma ekibi tarafından geliştirilen sosyodemografik form kullanılmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği; 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş olup 22 maddeden oluşmaktadır (13). Tükenmişliği değerlendirirken Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı olarak üç alt boyutta ele alınmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Ergin (1992) ve Çam (1992) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (25). Ölçekteki (1,2,3,6,8,13,14,16,20) numaralı 9 madde Duygusal Tükenmişlik, (5,10,11,15,22) numaralı 5 madde Duyarsızlaşma, (4,7,9,12,18,19,21) numaralı 8 madde Kişisel Başarı alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılmaktadır. Türkçe’ye çevrilen ölçekte “0=hiçbir zaman”, “4=her zaman” olarak beşli likert tipinde düzenlenmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan tükenmişliğin yüksekliğini, kişisel başarı alt ölçeğinde ise düşük puan tükenmişliğin yüksekliğini göstermektedir.

Araştırma grubumuzun fiziksel aktivite durumunu değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kısa formu kullanılmıştır. Uluslararası geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından 12 ülkede, 14 merkezde yapılmıştır (64). Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirliği üniversite öğrencileri üzerinde, Öztürk (2005) tarafından çalışılmıştır (65). Bu kısa form yedi sorudan oluşmakta ve son yedi gün içerisindeki fiziksel aktivite durumunu değerlendirmektedir. Oturma, yürüme, orta şiddetli fiziksel aktivite

ve şiddetli fiziksel aktiviteyi sorgulayan bu formun toplam skorunun hesaplanması; süre (dakika) ve frekans (gün) çarpımları toplanarak yapılmaktadır. Oturma puanı ayrı olarak hesaplanmaktadır. Her bir aktivitenin tek seferde en az on dakika yapılması ölçüt alınmaktadır. Metabolic Equivalent (Metabolik Eşitlik/ MET) terimi fiziksel aktiviteyi sınıflandırılmasında yardımcı olan bir terimdir ve 1 MET; istirahat halindeyken kilogram başına tüketilen 3,5 ml oksijeni tarifler. MET değeri dakika ve gün ile çarpıldığında “MET-dakika/hafta” skoru elde edilir. Yürüme süresi 3,3 MET ile, orta şiddetli fiziksel aktivite süresi 4 MET ile ve şiddetli fiziksel aktivite süresi 8 MET ile çarpılarak üç farklı MET değeri hesaplanır (66).

Toplam MET-dakika/hafta değerleri hesaplandıktan sonra <600 olanlar fiziksel olarak aktif olmayan, 600-3000 arasında olanlar fiziksel aktivite düzeyi düşük olarak, >3000 olanlar ise fiziksel aktivite düzeyi yeterli olarak sınıflandırılır (64).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlendi. Normal dağılım gösteren değişkenler Student t testi ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen değişkenler ise Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. Elde edilen verileri istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi “p” değeri ile yorumlandı. $P < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Etik Kurul Onayı

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan 20.478.486/947 numaralı etik kurul karar tutanağı 22 Eylül 2021

tarihinde onay alınmıştır. Ayrıca MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliğinden de araştırmamızı hastane çalışanlarına yapabilmemiz için 10 Kasım 2021 tarihinde izin onayı alınmıştır. Çalışma yürütülürken, araştırmamıza katılmayı kabul eden gönüllülerin aydınlatılmış yazılı izin onayları alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 312 kişiden araştırmaya katılmayı kabul eden 294 kişi ile görüşülmüş, elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler tükenmişlik ve fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik ve sosyodemografik özellikleri içeren toplam 47 soruluk bir anket formu kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla çalışmaya katılanların;

- Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı
- Araştırma Grubunun Alışkanlıklarına ve Sağlık Durumuna Göre Dağılımı
- Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Pandemi ile İlgili Birimlerde Görev Alma Dağılımı
- Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Beslenme Durumu
- Araştırma grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişli Ölçeği Alt Grup Puanları ve Toplam Skorları
- Katılımcıların Sosyo-Demografik Verileri ile Fiziksel Aktivite Durumunun Karşılaştırılması
- Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki Nedensellik Değerlendirmesini göstermektedir.

4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma 10 Kasım 2021- 10 Şubat 2022 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde araştırma görevlisi, hemşire, ebe, sağlık teknikeri, fizyoterapist, laboratuvar teknisyeni ve acil tıp teknisyenlerini kapsayacak şekilde toplam 294 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin %47,3'ü (n=139) hemşire, %39,1'i (n=115) araştırma görevlisi, %5,1'i (n=15) laborant, %3,7'si (n=11) sağlık teknisyeni, %2,4'ü (n=7) fizyoterapist ve yine %2,4'ü (n=7) de sağlık teknikeridir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

	s	%
Araştırma Görevlisi	115	39,1
Hemşire	139	47,3
Fizyoterapist	7	2,4
Laborant	15	5,1
Sağlık Teknisyeni	11	3,7
Sağlık Teknikeri	7	2,4

Katılımcıların yaşları ortalaması $29,40 \pm 6,39$ 'dur. Grubun boy ortalaması $1,69 \pm 0,08$ metre, ağırlık ortalaması ise $68,06 \pm 14,21$ kilogram bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Yaş, Boy ve Kilolarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	29,40	6,39	19,00	58,00

Boy	1,69	0,08	1,50	1,90
Kilo	68,06	14,21	45,00	120,00

Katılımcıların beden kitle indekslerine göre obezite sınıflaması yapıldığında; %63,3'ü normal, %25,2'si fazla kilolu, %6,5'i obez, %5,1'i zayıf olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Vücut Kitle İndeksi'ne (kg/m^2) Göre Obezite Sınıflaması

	s	%
Zayıf	15	5,1
Normal	186	63,3
Fazla Kilolu	74	25,2
Obez	19	6,5

Katılımcıların %63,9'u kadın, %36,1'i erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %51'i bekar, %47,6'sı evli geriye kalanlar ise diğer (eşinden ayrı, boşanmış, eşi ölmüş) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %33,3'ü yalnız, %47,6'sı eşi veya çocuklarıyla birlikte, %12,6'ü anne, baba veya başka bir akrabasıyla birlikte, %6,5'i ise yurtda yaşamaktadır. Çocuğu olmayanlar %68,7'lik, bir çocuğu olanlar %20,4'lük, iki çocuğu olanlar %9,9'luk, ikiden fazla çocuğu olanlar %1'lik bir kitleyi oluşturmaktadır. Kişilerin %56,5'inin geliri giderine eşit, %22,8'inin geliri giderinden az, %20,7'sinin ise geliri giderinden fazladır (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		S	%
Cinsiyet	Kadın	188	63,9
	Erkek	106	36,1
Medeni Durum	Bekar	150	51,0
	Evli	140	47,6
	Diğer	4	1,4
Yaşama Ortamı	Yalnız	98	33,3
	Anne, Baba veya Diğer Akrabayla	37	12,6
	Eşi, Çocuklarıyla	140	47,6
	Diğer	19	6,5
Çocuk Sayısı	Çocuğu Olmayan	202	68,7
	1 Çocuk	60	20,4
	2 Çocuk	29	9,9
	2'den Fazla Çocuk	3	1,0
Gelir Düzeyi	Geliri Giderinden Az	67	22,8
	Geliri Giderine Eşit	166	56,5
	Geliri Giderinden Fazla	61	20,7
Toplam		294	100

4.2. Araştırma Grubunun Alışkanlıklarına ve Sağlık Durumuna Göre Dağılımı

Araştırma grubunda sigara içenler %28,6, sigara içmeyenler %62,2 ve daha önce sigara içip bırakmış olanlar %9,2'dir. %79,9'ninde herhangi bir kronik hastalık yokken %20,1'i en az bir kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklardan sık görülenler arasında %6,1 ile hipotiroidi, %2,4 ile depresyon ve yine %2,4 ile diyabetes mellitus bulunmaktadır. Kişilerden %44,6'sı alkol tüketmemekte, %42,2'si ayda 1-3 kez alkol tüketmekte, %12,9'u haftada 1-5 kez alkol tüketmekte, %0,3'ü ise hemen her gün alkol tüketmektedir. COVID-19 tanısı alanların oranı %25,9'ken almayanların oranı ise %74,1'dir. Katılımcıların kendi sağlığını nasıl değerlendirildiğine bakıldığında %77,2'si kendisinin sağlıklı olduğunu, %8,5'i çok sağlıklı olduğunu, %13,3'ü pek sağlıklı olmadığını, %1'i de hiç sağlıklı olmadığını düşünmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Araştırma Grubunun Alışkanlıkları ve Sağlık Durumu

		s	%
Sigara İçme Durumu	Evet	84	28,6
	Hayır	183	62,2
	Bırakmış	27	9,2
Kronik Hastalık	Var	59	20,1
	Yok	235	79,9
Alkol Tüketme Durumu	Hiç içmemiş	131	44,6
	Ayda 1-3 Kez	124	42,2
	Haftada 1-5 Kez	38	12,9

	Hemen Her Gün	1	0,3
Covid Tanısı	Almış	76	25,9
	Almamış	218	74,1
Kendi Sağlığını Değerlendirme	Çok Sağlıklı	25	8,5
	Sağlıklı	227	77,2
	Pek Sağlıklı Değil	39	13,3
	Hiç Sağlıklı Değil	3	1,0

Katılımcıların %53,4'ü kendini fiziksel olarak normal olarak değerlendirmekte, %32,7'si kendini hafif kilolu olarak, %7,5'i kendini çok kilolu olarak, %6,5'i ise kendisini zayıf olarak görmektedir. Katılımcıların %53,7'si kendini aktif olarak, %35'i kendini genellikle hareketsiz olarak, %6,1'i kendini çok aktif olarak, %5,1'i ise hiç aktif olmadığı şekilde değerlendirmektedir.

Araştırma grubundaki kişiler, pandemiden önceki fiziksel aktivite durumlarına göre şu anki fiziksel aktivitelerinde nasıl bir değişim olduğu sorusuna %35 olarak değişim yok, %31,6 olarak kısmen daha az yapıyorum, %21,8 olarak çok daha az yapıyorum, %8,8 olarak kısmen daha fazla yapıyorum, %2,7 olarak da çok daha fazla yapıyorum cevabı vermiştir. Pandemiyle birlikte tükenmişlik hissinden oluşan değişimle ilgili olarak katılımcıların %41,8'i kısmen arttığını, %38,1'i çok arttığını, %18,4'ü bir değişim olmadığını, %1'i kısmen azaldığını, %0,7'si de çok azaldığını ifade etmişlerdir (Tablo 7).

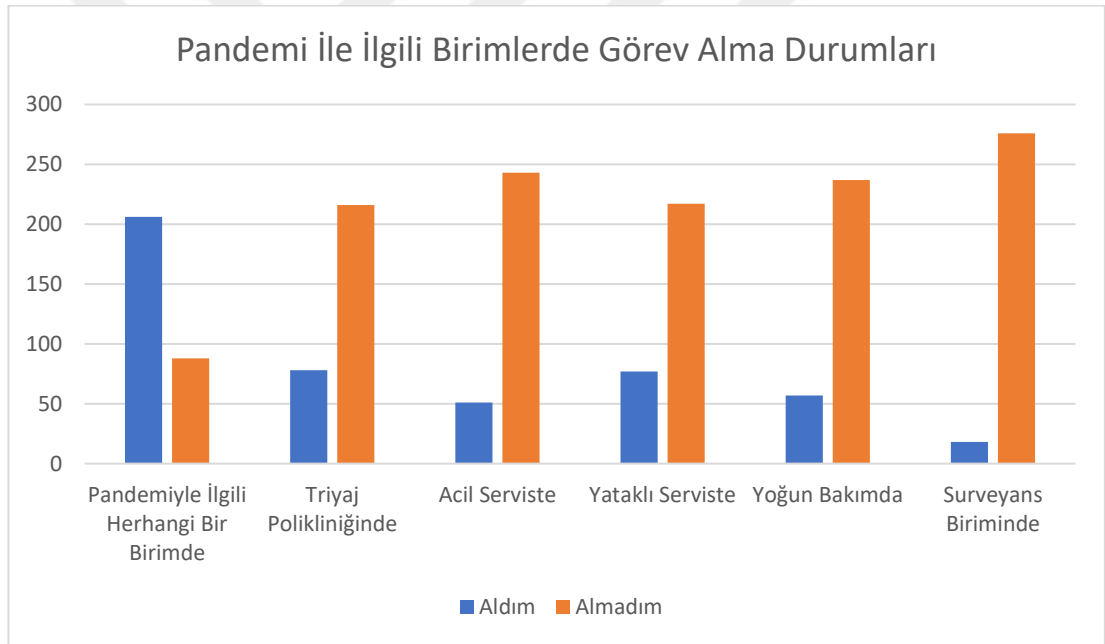
Tablo 7: Katılımcıların Kişisel Değerlendirmeleri

		s	%
Fiziksel Olarak Değerlendirme	Zayıf	19	6,5
	Normal	157	53,4
	Hafif Kilolu	96	32,7
	Çok Kilolu	22	7,5
Fiziksel Aktivite Değerlendirmesi	Çok Aktif	18	6,1
	Aktif	158	53,7
	Genellikle Hareketsiz	103	35,0
	Hiç Aktif Değil	15	5,1
Pandemide Fiziksel Aktivite Değişimi	Çok Daha Az	64	21,8
	Kısmen Daha Az	93	31,6
	Değişiklik Yok	103	35,0
	Kısmen Daha Fazla	26	8,8
	Çok Daha Fazla	8	2,7
Pandemide Tükenmişlik Hissi Değişimi	Çok Arttı	112	38,1
	Kısmen Artan	123	41,8
	Aynı	54	18,4
	Kısmen Azalan	3	1,0
	Çok Azalan	2	0,7
Toplam		294	100

4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Pandemi İle İlgili Birimlerde Görev Alma Dağılımı

Katılımcıların direkt olarak pandemi ile ilintili bir biçimde görev alanların oranı %70,1 iken doğrudan görev almayanların oranı %29,9'dur. Kişilerin %26,5'i triyaj polikliniğinde, %17,3'ü acil serviste, %26,2'si yataklı serviste, %19,4'ü yoğun bakımda, %6,1'ye sürveyans biriminde görev almıştır. Aynı çalışan toplam süreçte birden fazla birimde çalışmış olabildiği için yüzdelerin toplamı %70,1'in üzerinde çıkmıştır (Şekil 2).

Şekil 2: Katılımcıların Pandemi ile İlgili Birimlerde Görev Alma Durumları



4.4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Beslenme Durumu

Araştırma grubunun %53,4'ü sağlıklı ve dengeli biçimde, %16,3'ü hazır yemek ürünlerle, %19,4'ü yediklerinin içeriğine ve miktarına dikkat etmeden, %9,9'u protein içeriğinden zengin şekilde ve %1'i de vejetaryen tarzında beslenmektedir. Katılımcıların %63,3'ü günde 3 öğün, %29,6'sı günde iki veya daha az öğün, %7,1'i ise günde dört veya daha fazla öğün tüketmektedir.

Beslenmesinde ara öğünü içerenler %57,1 iken içermeyenler %42,9'dur. Kişilerin %41,8'i en son öğününü yatmadan önce son iki saat içerisinde, %48,6'sı yatmadan son üç ile beş saat içerisinde, %9,5'i ise yatmadan beş saatten daha önce tüketmektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların Beslenme Durumları

		s	%
Beslenme Davranışı	Sağlıklı, Dengeli	157	53,4
	Hazır Yemek	48	16,3
	Vejetaryen	3	1,0
	Proteinden Zengin	29	9,9
	İçerik ve Miktarına Dikkat Etmeksizin	57	19,4
Öğün Sayısı	2 Veya Daha Az	87	29,6
	3 Öğün	186	63,3
	4 Veya Daha Fazla	21	7,1
Ara Öğün	Evet	168	57,1
	Hayır	126	42,9
Yatmadan Önce Son Öğün	Son 2 Saat İçinde	123	41,8
	3-5 Saat	143	48,6
	5 Saatten Önce	28	9,5
Toplam		294	100

4.5. Araştırma grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Grup Puanları ve Toplam Skorları

Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) toplam puanı ortalaması $68,32 \pm 9,76$ (min:44,0-maks:99,0) puandı. Katılımcıların MTÖ

duygusal tükenme alt ölçek puanı ortalaması $28,18 \pm 6,67$ (min:12,0 maks:44,0) puandı. Katılımcıların MTÖ duyarsızlaşma alt ölçek puanı ortalaması $11,76 \pm 4,43$ (min:5,0-maks:24,0) puandı. Katılımcıların MTÖ kişisel başarı alt ölçek puanı ortalaması $28,36 \pm 5,41$ (min:13,0-maks:99,0) puandı. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin sosyo-demografik bilgileri, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) anket uygulamasından aldıkları puanların ortalamaları ölçeğin alt gruplarına göre kategorize ederek Tablo 8'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar yaş açısından karşılaştırıldığında Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı (KB) değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında DT, D ve KB değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar medeni hal açısından karşılaştırıldığında DT ve D değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$). KB alt boyutunda ise evli olan kişilerin bekar olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu saptandı ($p = 0,003$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar birlikte yaşama durumlarıyla karşılaştırıldığında DT değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). D alt boyutu incelemesinde yalnız yaşıyor olan kişilerin birileriyle birlikte yaşayan kişilere daha fazla duyarsızlaşma durumu olduğu saptandı ($p = 0,014$). KB alt boyutu incelemesinde biriyle birlikte yaşıyan kişilerin kişisel başarı puanları yalnız yaşıyan kişilerin kişisel başarı puanlarına göre daha yüksek saptandı ($p = 0,010$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar çocuk varlığı açısından karşılaştırıldığında DT, D ve KB değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar gelir durumu açısından karşılaştırıldığında DT, D ve KB değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar kronik hastalık açısından karşılaştırıldığında DT, D ve KB değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 ile ilgili bir birimde görev alma ile MTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında DT, D ve toplam skor alt ölçek puanları açısından bu birimlerde görev alan çalışanlar almayanlara göre daha tükenmiş saptanmıştır (sırasıyla $p=0,027$, $p=0,00$, $p=0,00$).

Katılımcılardan tükenmişlik hissinin pandemiden sonra çok arttığını ifade edenlerin kısmen artan veya aynı düzeyde kalan kişilere göre MTÖ alt boyutlarından DT, D ve toplam skor açısından daha tükenmiş olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,00$, $p=0,30$, $p=0,00$). Katılımcıların pandemiyle birlikte fiziksel aktivitedeki değişimlerle MTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında D alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,27$); DT, KB ve toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan kendini sağlıklı olarak hissetmeyen çalışanların sağlıklı olarak hisseden çalışanlara göre MTÖ alt boyutlarından DT ve toplam skor açısından daha fazla tükenmiş olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,036$). Katılımcılardan beslenmesine dikkat etmeyen bireylerin beslenmesine dikkat eden bireylere göre MTÖ alt boyutlarından DT ve toplam skor açısından daha fazla tükenmiş olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,016$), D alt ölçeği açısından ise istatistiksel olarak sınırda anlamlılık saptandı ($p=0,088$).

Katılımcılardan COVID-19 tanısı alan kişiler almayan kişilere göre MTÖ alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,005$) (Tablo 9).

Çalışmaya katılan bireylerde cinsiyet ve MTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde tükenmişliğin üç alt grubunun puanlarında istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kişilerde yaş ile MTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde tüm üç alt grupta yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Çalışmaya katılan kişilerde meslek ile MTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde Duygusal Tükenme (DT) alt grubunda hekimler ve hemşireler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hekimlerin ve hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek duygusal tükenmişliğe sahip olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,000$ ve $p=0,002$). Duyarsızlaşma (D) alt grubunda hekimler hem hemşirelere hem diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek puanlar aldığı saptandı (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,000$). Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre duyarsızlaşma alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu saptandı ($p=0,020$). KB alt grubu ile meslek ilişkisi incelendiğinde hekimler hem hemşirelere hem diğer sağlık çalışanlarına göre kendilerini daha başarılı buldukları saptandı (sırasıyla $p=0,014$ ve $p=0,018$). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasında KB alt grubu ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 9: Katılımcıların Maslach Alt Grup Puanları ve Toplam Skoru ile Sosyo-demografik Özellikleri karşılaştırma tablosu

		Duygusal Tükenme Ort ± SS	Duyarsızlaşma Ort ± SS	Kişisel Başarı Ort ± SS	Toplam Skor Ort ± SS
Cinsiyet	Kadın	28,68 ± 6,88	11,27 ± 4,42	28,16 ± 5,54	68,12 ± 10,32
	Erkek	27,30 ± 6,21	12,64 ± 4,35	28,72 ± 5,18	68,66 ± 8,71
Yaş	<30 Yaş	28,71 ± 6,45	12,10 ± 4,49	27,64 ± 5,38	68,46 ± 9,69
	≥30 Yaş	27,40 ± 6,94	11,26 ± 4,32	29,44 ± 5,29	68,11 ± 9,89
Medeni Hal	Evli	28,30 ± 6,68	11,50 ± 4,48	29,42 ± 4,88*	69,23 ± 9,69
	Bekar	28,07 ± 6,68	12,00 ± 4,39	27,40 ± 5,70	67,49 ± 9,78
Meslek	Hekim	29,12 ± 6,17	13,25 ± 4,12	27,10 ± 5,59*	69,47 ± 9,48
	Hemşire	28,48 ± 6,63	11,27 ± 4,39	29,00 ± 5,04	68,76 ± 10,07
	Diğer	24,47 ± 7,09	9,22 ± 3,98	29,77 ± 5,49	63,47 ± 8,07

Yaşama Ortamı	Yalnız	28,44 ± 6,41	12,82 ± 4,09*	27,18 ± 5,47*	68,45 ± 9,62
	Yalnız Olmayan	28,05 ± 6,81	11,23 ± 4,51	28,95 ± 5,30	68,25 ± 9,85
Çocuk	Var	28,48 ± 6,62	12,19 ± 4,40	27,64 ± 5,47	68,32 ± 9,82
	Yok	27,54 ± 6,77	10,83 ± 4,39	29,94 ± 4,95	68,32 ± 9,68
Gelir Durumu	Geliri az	29,35 ± 6,16	11,83 ± 4,56	28,08 ± 5,11	69,28 ± 9,43
	Eşit	28,04 ± 7,16	11,65 ± 4,46	28,39 ± 5,56	68,08 ± 9,43
	Geliri fazla	27,29 ± 6,67	11,76 ± 4,43	28,60 ± 5,40	67,91 ± 9,22
Kronik Hastalık	Var	28,01 ± 6,62	11,18 ± 4,8	29,28 ± 5,32	68,49 ± 9,16
	Yok	28,22 ± 6,70	11,91 ± 4,33	28,13 ± 5,42	68,28 ± 9,92
COVID-19 İlgili Birimde Görev Alma	Evet	28,74 ± 6,70*	12,47 ± 4,46*	28,51 ± 5,44	69,74 ± 9,78*
	Hayır	26,87 ± 6,46	10,11 ± 3,91	28,01 ± 5,36	65,00 ± 8,91
Tükenmişlik Hissi	Çok Arttı	30,78 ± 6,52*	12,73 ± 4,60*	28,19 ± 5,72	71,71 ± 10,13*

	Kısmen Arttı	27,26 ± 6,20	11,24 ± 4,25	28,39 ± 5,28	66,89 ± 8,80
	Aynı	25,18 ± 6,22	11,03 ± 4,24	28,64 ± 5,15	64,86 ± 9,10
Aktivite değişimi	Çok Daha Az	29,14 ± 6,7	12,70 ± 4,35*	28,01 ± 5,38	69,85 ± 10,00
	Kısmen Az	27,68 ± 6,23	12,33 ± 4,78	28,83 ± 5,72	68,86 ± 9,08
	Aynı	27,70 ± 6,80	10,87 ± 4,05	28,69 ± 5,43	67,28 ± 9,86
	Arttı	29,20 ± 7,33	11,17 ± 4,30	26,73 ± 4,24	68,32 ± 9,76
Sağlık algısı	Sağlıklı	27,67 ± 6,52*	11,62 ± 4,29	28,53 ± 5,31	67,83 ± 9,69*
	Sağlıksız	31,23 ± 6,82	12,61 ± 5,21	27,38 ± 5,93	71,23 ± 9,74
Düzenli Beslenmeye	Dikkat eden	27,12 ± 6,52*	11,43 ± 4,46	28,74 ± 5,08	67,30 ± 9,85*
	Dikkat etmeyen	30,09 ± 6,55	12,36 ± 4,34	27,69 ± 5,91	70,15 ± 9,37
Covid Tanısı	Alan	28,84 ± 6,16	12,22 ± 4,31	28,17 ± 5,35	69,23 ± 10,03
	Almayan	27,95 ± 6,84	11,61 ± 4,48	28,43 ± 5,44	68,00 ± 9,66

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı.

Pandemiyle beraber tükenmişlik hissinin çok arttığını belirten katılımcılar arasında hemşireler hem hekimlere hem de diğer sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptir ($p=0,011$) (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Mesleklerine göre Pandemi Sonrasında Kendini Tükenmiş Hissetme Durumlarındaki Değişimin Kıyaslanması

	Tükenmişlik Hissi Değişimi		p
	Çok Arttı	Kısmen Arttı veya Aynı	
Hekim	35 (%30,4)	80 (%69,6)	0,007*
Hemşire	66 (%47,5)	73 (%52,5)	
Diğer	11 (%27,5)	29 (%72,5)	

* $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı.

4.6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verileri ile Fiziksel Aktivite Durumunun Karşılaştırılması

MET puanları gözetilerek hesaplanan fizik aktivite düzeylerine göre, katılımcıların %45,6'sı düşük seviyede aktivite yapmaktadır, %40,5'i fiziksel olarak aktif değildir ve %13,9'u yeterli seviyede aktivite yapmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Dağılımı

	s	%
Aktif Olmayan	119	40,5
Düşük Aktivite	134	45,6
Yeterli Aktivite	41	13,9
Toplam	294	100

Kadın ve erkek arasında oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yaş grupları arasında oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı ve şiddetli aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların meslekleri arasında oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri arasında oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların kronik hastalık açısından oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların medeni hallerine göre fiziksel aktivite durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olan kişilerin yeterli fiziksel aktivite yapma oranı bekarlara göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların gelir durumu arasında oturma puanı, yürüme puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri

		Aktif Olmayan n (%)	Düşük Aktivite n (%)	Yeterli Aktivite n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	74 (%39,4)	88 (%46,8)	26 (%13,8)	0,844
	Erkek	45 (%42,5)	46 (%43,4)	15 (%14,2)	
Meslek	Hekim	39 (%33,9)	59 (%51,3)	17 (%14,8)	0,084
	Hemşire	63 (%45,3)	53 (%38,1)	23 (%16,5)	
	Diğer	17 (%42,5)	22 (%55)	1 (%2,5)	
BKİ	Zayıf	5 (%33,3)	7 (%46,7)	3 (%20)	0,235
	Normal	72 (%38,7)	87 (%46,8)	27 (%14,5)	
	Fazla Kilolu	29 (%39,2)	34 (%45,9)	11 (%14,9)	
	Obez	13 (%68,4)	6 (%31,6)	0 (%0)	
Yaş	30 Yaş Altı	64 (%36,4)	89 (%50,6)	23 (%13,1)	0,107
	30 Yaş ve Üzeri	55 (%46,6)	45 (%38,1)	18 (%15,3)	
Kronik Hastalık	Var	20 (%33,9)	31 (%52,5)	8 (%13,6)	0,453
	Yok	99 (%42,1)	103 (%43,8)	33 (%14)	
Medeni Hal	Evli	70 (%50)	56 (%40)	14 (%10)	0,005*
	Bekar	49 (%31,8)	78 (%50,6)	27 (%17,5)	
Gelir Durumu	Geliri Giderinden Az	30 (%44,8)	26 (%38,8)	11 (%16,4)	0,597
	Geliri Giderine Eşit	68 (%41)	78 (%47)	20 (%12)	
	Gelir Giderinden Fazla	21 (%34,4)	30 (%49,2)	10 (%13,9)	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı.

Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar fiziksel aktivite düzeyleri açısından karşılaştırıldığında DT, D ve KB değerlendirmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumuna göre Tükenmişlik Düzeyleri Değerlendirilmesi

	Aktif Olmayan Ort $\pm$ SS	Düşük Aktivite Ort $\pm$ SS	Yeterli Aktivite Ort $\pm$ SS	Toplam Ort $\pm$ SS	p
Duygusal Tükenmişlik	28,69 $\pm$ 6,53	27,89 $\pm$ 7,21	27,65 $\pm$ 5,11	28,18 $\pm$ 6,67	0,548
Duyarsızlaşma	11,78 $\pm$ 4,34	11,66 $\pm$ 4,61	12,07 $\pm$ 4,19	11,76 $\pm$ 4,43	0,875
Kişisel Başarı	27,78 $\pm$ 5,12	28,70 $\pm$ 5,46	28,92 $\pm$ 6,02	28,36 $\pm$ 5,41	0,314
Maslach Toplam Puan	68,26 $\pm$ 9,95	68,26 $\pm$ 10,11	68,65 $\pm$ 8,10	68,32 $\pm$ 9,72	0,972

Katılımcıların COVID-19 tanısı alma ve COVID-19 ile ilgili birimlerde görev alma durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,005$) (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların COVID-19 Tanı Alma ve Pandemi Birimlerinde Görev Alma Durumlarına Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri Karşılaştırılması

		Aktif Olmayan n (%)	Düşük Aktivite n (%)	Yeterli Aktivite n (%)	p
COVID-19 Tanı	Evet	35 (%46,1)	32 (%42,1)	9 (%11,8)	0,501
	Hayır	84 (%38,5)	102 (%46,8)	32 (%14,7)	
COVID-19 Görev	Evet	82 (%39,8)	97 (%47,1)	27 (%13,1)	0,681
	Hayır	37 (%42)	37 (%42)	14 (%15,9)	

4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki Nedensellik Değerlendirmesi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarını yordayan değişkenler çoklu regresyon analizi ile belirlendi.

COVID-19 ile ilgili birimde görev alma, tükenmişlik hissi değişimi, sağlık algısı ve beslenme durumu puan kategorilerinin değişkenlerinin çoklu regresyon analizi sonucunda Duygusal Tükenme alt ölçek için $R^2=0,160$ bulunmuştur. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili birimde görev alması, kendini tükenmiş hissetmesi, kendini sağlıksız bulması ve düzensiz beslenme durumu arttıkça alt ölçek puanlarını arttırmaktadır.

Yaşama ortamı, tükenmişlik hissi değişimi, sağlık algısı, beslenme durumu puan kategorilerinin değişkenlerinin çoklu regresyon analizi sonucunda Duyarsızlaşma alt ölçek için $R^2=0,031$ bulunmuştur. Katılımcıların yalnız yaşıyor olması ve kendini tükenmiş hissediyor olması alt ölçek puanlarını arttırmaktadır. Ancak sağlık algısı ve beslenme durumu anlamlı bir yordayıcı değildir.

Medeni hal, meslek ve yaşama ortamı puan kategorilerinin değişkenlerinin çoklu regresyon analizi sonucunda Kişisel Başarı alt ölçek için

$R^2=0,085$ bulunmuştur. Ancak değişkenlerin hiçbirisi anlamlı bir yordayıcı değildir.

COVID-19 ile ilgili birimde görev alma, tükenmişlik hissi değişimi, sağlık algısı ve beslenme durumu puan kategorilerinin değişkenlerinin çoklu regresyon analizi sonucunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı için $R^2=0,085$ bulunmuştur. Katılımcıların COVID-19 ile ilgili birimde görev alması, kendini tükenmiş hissetmesi durumu arttıkça alt ölçek puanlarını arttırmaktadır. Ancak sağlık algısı ve beslenme durumu anlamlı bir yordayıcı değildir (Tablo 15).

Tablo 15: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Toplamını ve Alt Boyutlarını Açıklayan Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

	R^2	β	p
Duygusal Tükenme	0,120		
Sabit			0,560
COVID-19 ile İlgili Görev Alma		0,676	0,015*
Tükenmişlik Hissi Değişimi		0,989	0,000*
Sağlık Algısı		0,867	0,023*
Beslenme Durumu		0,574	0,030*
Duyarsızlaşma	0,078		
Sabit			0,587
Yaşama Ortamı		0,856	0,002*
Tükenmişlik Hissi Değişimi		0,668	0,011*
Sağlık Algısı		-0,288	0,445
Beslenme Durumu		0,317	0,216

Kişisel Başarı	0,031		
Sabit			0,068
Medeni Hal		-0,078	0,826
Meslek		-0,425	0,096
Yaşama Ortamı		-0,447	0,236
Maslach Toplam Puan	0,085		
Sabit			0,000*
COVID-19 ile İlgili Görev Alma		0,937	0,001*
Tükenmişlik Hissi Değişimi		0,631	0,013*
Sağlık Algısı		0,571	0,117
Beslenme Durumu		0,392	0,131

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı.

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanları COVID-19 pandemisi sürecinde COVID-19 enfeksiyonunun tanı, tedavi ve izleme basamaklarında aktif olarak rol oynamaktadır. Bu dönemde sağlık hizmeti veren bireylerin enfekte olma, bulaştırma, hastalığa yakalanma, hatta ölüm riskleri artmaktadır. Bu nedenle, diğer meslek gruplarından daha fazla etkilenmekte, salgın sürecinde hazırlıksız oldukları zorlu etik ve ahlaki kararlarla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanları bir yandan hastalarına faydalı olmak için uğraşırken bir yanda da kendilerine ve yakınlarına COVID-19 enfeksiyonu bulaştırma kaygısı ile mücadele etmektedir. Bireylerde, bu çatışmanın artması bireysel tükenmişlik semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (67). Sağlık çalışanları bu süreçte karşılaştığı birçok travmatik deneyim sonucunda tükenmişlik ve psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında riskli konumdadır. Ruhsal ve fiziksel olarak tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının belirsizliğin ön planda olduğu bu pandemi döneminde hizmet kalitesinin, performanslarının ve kişisel sağlıklarının etkilendiğini görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha verimli, daha etkili sürdürülebilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının ruhsal-fiziksel açıdan korunması, desteklenmesi ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini artıracak, tükenmişlik düzeylerini azaltacak adımlar atılması gereklidir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde hizmet vermekte olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve fiziksel aktivite düzeylerini ve bunların birbiriyle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Cinsiyetin tükenmişliği ne düzeyde etkilediği ile ilgili literatür incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlar görülmektedir. Çalışmamızda cinsiyet ile tükenmişlik düzeyinin arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır. Literatürle uyumlu olarak benzer sonuçlar Maslach ve Jackson, Dinibütün ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da görülmektedir (68; 69). Bizim çalışmamızdan farklı olarak kadınlarda duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalar mevcuttur (70; 71). Erkek sağlık

alışanlarında yapılan bazı çalışmalarda tükenmişliğin özellikle duyarsızlaşma alt boyutunun daha sık olduğu bildirilmektedir (72; 73). Birbiriyle uyumsuz sonuçların belirlenmesi, cinsiyetin tükenmişlikte önemli bir etkisi olmadığından ileri gelebileceği düşünüldü.

Yaş grupları arasında da tükenmişliğin tüm alt grupları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ambulans çalışanlarını ve hemşireleri kapsayan iki çalışma incelendiğinde bizim çalışmamızla paralel olarak yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (74; 75). Bizim çalışmamızın aksine genç yaşın tükenmişlik riskini arttırdığı çalışmalar da mevcuttur (76; 77). Meslek yaşamında tecrübesiz olmanın gençlerde tükenmişliği arttırmış olabileceğini ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (78; 79).

Medeni hal ile tükenmiş arasındaki ilişki incelendiğinde literatürdeki yayınların birçoğu tükenmişlik ile medeni durum arasında bir ilişki olmadığını ne sürmektedir (80; 69). Türkiye’de COVID-19 pandemisi sırasında hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, medeni durumun duygusal tükenme üzerine, duyarsızlaşma ve tükenmişlik açısından etkisi olmadığı ortaya konulmuştur (81). Literatürden farklı olarak bu çalışmada kişisel başarı alt ölçeğinde evli katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır.

Tükenmişlik semptomlarının en sık karşılaşıldığı meslek gruplarının başında sağlık çalışanları gelmektedir. Literatürde önemli sayıda çalışmada hemşirelerin tükenmişliğe diğer sağlık çalışanlarından daha fazla yatkın olduğunu göstermektedir (82; 83; 84; 85). Lasalvia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak hemşire ve asistan hekimleri benzer, diğerlerine göre daha fazla tükenmiş olarak saptamışlardır (86). Sung ve arkadaşları da yine çalışmamızla uyumlu olarak tükenmişlik açısından hem doktorların hem hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla tükenmişlik için daha riskli olduğunu göstermişlerdir (87). Bu çalışmalarda bizim çalışmamızda da olduğu gibi duygusal tükenme ve duyarsızlaşma artarken, kişisel başarı hissinin azaldığı vurgulanmıştır. Helvacı ise yaptığı çalışmada diğer çalışmaların tersine doktorların hemşirelerden duygusal tükenme açısından

daha riskli olduğunu, tükenmişliğin diğer 2 alt boyutu açısından da anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (88). Bizim çalışmamıza hekimlerden sadece asistan hekimler dahil edildiği için sonucun bu şekilde çıkmış olabileceği düşünüldü. COVID-19 pandemisi başlamadan önceki ve sonraki dönemlerde sağlık çalışanlarında tükenmişlikle ilgili çalışmalar, mesleklere göre alt boyut incelemelerinde genellikle birbirleriyle paralellik göstermektedir (89; 87; 84; 3).

Yaşama ortamının tükenmişliğe etkisi literatürde az çalışılmış bir konudur. Elhadi ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada yaşam şekli ile tükenmişliğin üç alt boyutu arasında bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (90). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak duygusal tükenme alt boyutu ve toplam puan açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Lasalvia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yalnız yaşamının duygusal tükenmeyi ve duyarsızlaşmayı arttırdığını üzerinde durulmuştur (91). Çalışmamızda yaşam şekli ile Duyarsızlaşma ve Düşük kişisel başarı alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çocuk sahibi olmanın tükenmişliğe etkisine bakıldığında birçok çalışmada anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hoşgör ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemi döneminde yaptığı çalışma çocuk sahibi olmanın tükenmişlik ve alt ölçekler açısından anlamlı fark olmadığını ortaya koymuştur (92). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde çocuk sahibi olma ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Pandemi öncesinde de sağlık çalışanlarında yapılmış olan çalışmalarda çocuk sahibi olmanın tükenmişliği etkilemediğine dair sonuçlar mevcuttur (93; 94). Çalışmamızın aksine literatürde Yavuz Yılmaz ve arkadaşları tarafından aile sağlığı merkezi çalışanları üzerinde yapılmış çalışma ile Aktuğ ve arkadaşları tarafından hekimler üzerinde yapılmış çalışmada çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik düzeyinin çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (95; 96).

COVID-19 pandemisinde ön saflarda çalışan sağlık çalışanları, artan iş yükü, yoğun çalışma düzeni ve pozitif vakalara maruziyet olasılığı sebebiyle sorunlarla karşı karşıyadır (97). Arpacioğlu ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada COVID-19 hastalarına doğrudan hizmet veren çalışanlarda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde tükenmiş saptanmıştır (98). Aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada COVID-19 hastalarıyla temas sıklığı arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma oranlarının arttığı saptanmıştır (99). Literatürdeki çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada COVID-19 hastalarına doğrudan hizmet veren sağlık çalışanlarında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde tükenmiş saptanmıştır.

Helvacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aylık gelirin duygusal tükenmeyi etkilerken, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerini etkilemediği saptanmıştır (88). Bu çalışmada MTÖ üç alt boyut ve toplam puan ile gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde çalışmamızın aksine ekonomik sıkıntı yaşayan kişilerde tükenmişliğin arttığını bildirilen çalışmalar mevcuttur (100).

Çalışmamızda MTÖ üç alt boyut ve toplam puan ile kronik hastalık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. COVID-19 pandemisi döneminde Abdelhafiz ve arkadaşları, Mısırlı doktorlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık varlığı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır (101). Sayıl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın aksine kronik hastalığa sahip doktor ve hemşirelerde duygusal tükenmeyi arttıran bir faktör olduğu saptanmıştır (102).

Literatürde Hoşgör ve arkadaşları tarafından İstanbul ilinde 120 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada COVID-19 pozitif tanısı alma durumu ile tükenmişlik ölçeği tüm alt boyutlar arasında anlamlı farklılıkların olmadığı ortaya konulmuştur (92). Çalışmamızda da literatürle benzer olarak COVID-19 pozitif tanısı alma durumu ile tükenmişlik ölçeği tüm alt boyutlar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Türkdili ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada COVID-19 nedeniyle test yapılan, sonucu pozitif çıkan aile hekimlerinde depresyon ve duyarsızlaşma düzeylerinin yükseklik tespit edilmiştir (99).

Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite düzeylerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir (103). Çolak ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada UFAA'ne göre fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde %51,6'sının aktif olmadığı, %41,4'ünün düşük düzeyde aktif olduğu, %6,9'unun yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu görülmüştür (103). Bizim çalışmamızda benzer olarak katılımcıların %45,6'sının düşük seviyede aktivite yaptığı, %40,5'inin fiziksel olarak aktif olmadığı ve %13,9'u yeterli seviyede aktivite yaptığı saptanmıştır. Bursa Devlet Hastanesi'nde yapılan ve hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlardan oluşan 152 sağlık profesyonelinin katıldığı bir çalışmada UFAA ile yapılan değerlendirme sonucunda sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite seviyesi düşük bulunmuştur (104). Literatür incelendiğinde COVID-19 pandemi öncesi ve sonrası dönemde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda birbirine benzer şekillerde fiziksel aktivite düzeyi düşük saptanmıştır (103; 104; 105; 106). Kua ve arkadaşlarının Singapur'da sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada COVID-19 kapanması öncesi ve sonrası dönemdeki fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmış ve kapanma döneminde istatistiksel olarak anlamlı olarak daha az fiziksel aktivite yapıldığı saptanmıştır (107).

Kılınç ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (46). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında da erişkinlerde yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (108). Literatürün aksine bizim çalışmamızda yaş ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Kürklü ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak daha aktif olduğu tespit edilmiştir (109). Kılınç ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (46). Literatürde fiziksel aktivite ile ilgili yapılmış birçok çalışmada erkekler kadınlara

göre daha aktif bulunmuşlardır. Yıldırım ve arkadaşlarının Konya'da sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada ise farklı olarak kadınlar erkeklere göre daha aktif saptanmıştır (110). Bizim çalışmamızda ise fiziksel aktivite ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. COVID-19 dönemi içerisinde Saad ve arkadaşlarının Malezya'da sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyet ile fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (111).

Literatür incelendiğinde birçok çalışmada evli kişilerin bekarlara göre daha az fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (112; 113). Yıldırım ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada bekar kişilerin fiziksel aktivite açısından evlilere göre anlamlı olarak daha aktif bulunmuştur (110). Kürklü ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yapmış olduğu fiziksel aktivite çalışmasında evli olan katılımcılar anlamlı olarak daha düşük aktivite yapıyor olarak bulunmuşken cinsiyet, yaş, meslek, beden kitle indeksi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (109). Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak evli katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Evli kişilerin aileleri ile evde daha fazla zaman geçirmeleri nedeniyle fiziksel aktiviteleri daha sınırlı olabileceği düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde tükenmişlik ve fiziksel aktiviteyi karşılaştıran çalışmaların önemli bir kısmında arasında negatif ilişki bulunduğu görülmüş fakat bazı çalışmalarda ise bu iki değişken arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Aydın ve arkadaşlarının COVID-19 pandemi süreci devam ederken hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında herhangi bir anlamlı ilişkiye rastlanılmamıştır (47). Cecil ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrenceleri üzerinde yaptığı çalışmada artan fiziksel aktivite düzeyleri ile Duygusal Tükenme düzeyleri arasında negatif bir ilişki bulunmuş ancak bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (114). Souza ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada kaba analizde tükenmişlik belirtileri ile fiziksel aktivite önemli ölçüde ilişkiliyken düzeltilmiş modelde ikisi arasında anlamlı bir

fark saptanamamıştır (115). Bizim çalışmamızda benzer şekilde fiziksel aktivite ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Sane ve arkadaşları akademik üyeler üzerinde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite ve tükenmişlik arasında negatif yönlü bir korelasyon bulmuştur (116). Gerber ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıları 12 haftalık aerobik egzersiz programına almışlar ve katılımcıların duygusal tükenmeleri ve duyarsızlaşmalarında azalma saptanmış kişisel başarı açısından bir değişiklik saptanamamıştır (117). COVID-19 pandemi öncesi ve sonrası dönemlerdeki tükenmişlik ve fiziksel aktivite üzerindeki çalışmalar karşılaştırıldığında birbirlerine benzer sonuçlar ortaya konmuştur.

Bizim çalışmamızda çok değişkenli analizler sonucunda, COVID-19 ile ilgili birimde görev alma durumu kategorisinin değişkenleri duygusal tükenme alt ölçeği ve MTÖ toplam skor için anlamlı yordayıcı olarak saptanmıştır. İspanya’da COVID-19 sürecinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyi inceleme çalışmasında yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre bizim çalışmamıza benzer şekilde COVID-19 ile ön safhada hizmet veren sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (118).

Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışmamız sadece üniversite hastanesi ile sınırlıdır. Daha fazla katılımcıyla geniş ölçekte çalışmalar yapılması önemlidir.
2. Sadece araştırma görevlisi hekimlerin çalışmaya dahil edilmesi nedeniyle diğer hekimlerle ilgili bilgiler elde edilememiştir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmamızda katılımcıların çoğunun kadın, genellikle araştırma görevlisi veya hemşire olduğu, birçoğunun başka bir kişiyle yaşadığı ve çocuğu olmayanların ağırlıkta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların vücut kitle indeksi sınıflamasına göre genel olarak normal sınırlarda olduğu görülmüştür.

Son dönemde yaşanan COVID-19 salgını, sağlık sistemi üzerinde bir kriz oluşturduğundan tükenmişlik riski barındırmaktadır. Sağlık çalışanları, kriz durumlarında, çalışma sürelerinin uzamasına ve aşırı iş yüküne maruz kalmıştır. Çalışmamızdaki hekim ve hemşirelerde, diğer sağlık çalışanlarına göre tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin daha yüksek saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin iş yüklerinin, nöbet saatlerinin azalması, motive edici etkinliklerin yapılması, maddi veya manevi ödüllerin verilmesi tükenmişlik durumunun azalmasını sağlayabilir. Yalnız yaşamak ve bekar olmak düşük kişisel başarı ile ilintili bulunmuştur. COVID-19 ile ilgili birimde görev alanlarda ve kendini tükenmiş hissedenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutu daha yüksek saptanmıştır. COVID-19 birimlerinde sürekli aynı sağlık çalışanlarını görevlendirmeyip aralarında rotasyon yapılması bu tükenmişliği azaltabilir. Katılımcılar cinsiyet, çocuk sahibi olma, gelir durumu, kronik hastalık, COVID-19 tanısı alma durumlarına göre incelendiğinde tükenmişlik açısından fark bulunamamıştır.

Sağlık çalışanlarının tükenmişliğini azaltmak için çalışma şartlarını iyileştirmek, gerekli eğitimleri planlamak, psikolojik ve ekonomik destek sağlamak ve çalışanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak alınabilecek önlemlerdendir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %13,9'u yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahiptir. Sonuç olarak çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Katılımcılardan bekar olanlarda fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan

sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, BKİ, kronik hastalık, medeni hal ve gelir durumlarına göre fiziksel aktivite düzeyleri açısından bir fark yoktur. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivitenin önemi konusunda farkındalık sağlanması amacıyla, hastane içerisinde çalışanlara yönelik uygun spor salonu olanaklarının sağlanması, çalışma saatlerinin egzersiz yapmaya elverişli şekilde düzenlenmesi ve hastane bahçesinde veya çevresinde yürüyüş yolları yapılması faydalı olabilir. Sağlık çalışanları toplumda rol model olduğundan sağlık çalışanlarının haftada belli günler yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapması topluma olumlu bir örnek oluşturacaktır.

Katılımcıların tükenmişlik durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında bir fark saptanmamıştır. Sağlık çalışanlarında bu parametrelerin değerlendirilmesine yönelik daha büyük ölçekli örneklem gruplarıyla daha fazla sayıda çalışmanın yapılması faydalı olacaktır.

4. ÖZET

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'ndeki Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Salgınında Fiziksel Aktivite Durumu ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Amaç: Bu çalışmanın amacı hastanemizde hizmet veren sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve fiziksel aktivite düzeylerini ve arasındaki ilişkiyi tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde hizmet veren 294 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri 10 Kasım 2021 – 10 Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve araştırma ekibi tarafından geliştirilen sosyodemografik form olarak toplamda 47 soruluk bir anket kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %63,9'u kadın, %36,1'i erkek olup yaşları ortalaması $29,40 \pm 6,39$ 'dur (min:19, maks:58). Hekim ve hemşirelerde, COVID-19 ile ilgili birimde görev alanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutu daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızdaki katılımcıların %13,9'u yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahiptir. Katılımcılardan bekar olanlarda fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların tükenmişlik durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. COVID-19 ile ilgili birimlerde hizmet veren çalışanlar daha tükenmiş bulunmuştur. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyi düşük saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin azaltılması için çalışma koşulları iyileştirilmeli, psikolojik ve ekonomik destek sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeyinin artırılması için hastane içerisinde ve etrafında spor olanakları geliştirilmesi fayda sağlayabilir.

5. ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Physical Activity Status and Burnout Level of Health Care Workers in Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital in the COVID-19 Epidemic

Aim: This study aims to determine the burnout and physical activity levels of healthcare professionals serving in our hospital and their relationship.

Materials and Methods: Our study is a cross-sectional study. The study included two hundred ninety-four people serving at Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital. Research data were collected between 10 November 2021 and 10 February 2022. As data collection tools, the Maslach Burnout Scale, International Physical Activity Questionnaire, and a sociodemographic form developed by the research team with 47 questions were used.

Results: 63.9% of the participants included in the study were female, and 36.1% were male, with a mean age of 29.40 ± 6.39 (min:19, max:58). Emotional exhaustion and depersonalization sub-dimension were higher in physicians and nurses and those working in the unit related to COVID-19 ($p < 0.05$). 13.9% of the participants in our study have sufficient physical activity levels. Physical activity level was higher in single participants ($p < 0.05$). It was determined that there was no significant relationship between the burnout status of the participants and their physical activity levels ($p > 0.05$).

Conclusion: In our study, burnout levels of physicians and nurses were found to be higher than other healthcare professionals. Employees serving in units related to COVID-19 were found to be more exhausted. The physical activity level of the health workers participating in our study was low. Working conditions should be improved, and psychological and economic support should be provided to reduce the burnout of health workers. To increase the physical activity level of health workers, it may be beneficial to develop sports opportunities in and around the hospital.

6. KAYNAKLAR

1. Johan G. Modern Infectious Disease Epidemiology. Malta. 2002.
2. Kelly H. The classical definition of a pandemic is not elusive. Bulletin of the World Health Organization. 2011;540–41, Cilt 89(7).
3. Çalışkan SP, Metintaş S. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. Eskişehir: Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg, 2020;5:0–2.
4. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, ve ark. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2: Nature Microbiology. 2020:536-544, Cilt 5(4).
5. Hoşgör DG, Tanyel TÇ, Cin S. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik İstanbul İli Örneği. İstanbul: 2021;0–2.
6. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception and altruistic acceptance of risk. Canadian Journal of Psychiatry. 2009:302-11, Cilt 54(5).
7. Koutsimani P. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. Front Psychol, 2019:284, Cilt 10.
8. Rushton CH. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. Am J Crit Care. 2015:412-420, Cilt 24(5).
9. Ochentel O, Humphrey C, Pfeifer K. Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Sports Science and Medicine. Nürnberg, 2018:475-484, Cilt 17.
10. Akyol A., Bilgiç B., Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı. Klasmat Matbaacılık. Ankara, 2008. Birinci Basım.
11. Aslan H, Alpaslan NZ, Aslan O ve ark. Hemşirelerde tükenme, iş doyum ve ruhsal belirtiler. Nöro Psikiyatri Arşivi, 1996:192-199, Cilt 33.
12. Freudenberg HJ. Staff Burnout. J Soc Issues, 1974:159-165, Cilt 30.
13. Maslach , C ve Jackson , SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav, 1981, Cilt 2:99–113.
14. Schwab RL, Jackson SE, Schuler RS. Educator Burnout: Sources and Consequences. Educational Research Quarterly, 1986, Cilt 10: 14-30.
15. Claxton RP, Catalan J, Burgess AP. Psychological distress and burnout among buddies: demographic, situational and motivational factors. AIDS Care, 1998, Cilt 10: 175-190.

16. Haran S, Devrimci Özgüven H, Ölmez Ş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. Ankara, 1997, Cilt 6:75-84.
17. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. Human Sciences Press New York, 1980:Vol. 1.
18. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 2005:29-32, Cilt 68(1).
19. Um MY, Harrison DF. Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 1998:100-115, Cilt 22(2).
20. Pearlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. *Human relations*. 1982:283-305, Cilt 35(4).
21. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri. Nobel Yayın, 2006.
22. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. basım yeri bilinmiyor : *Professional Psychology: Research and Practice*, 1985:741, Cilt 16(6).
23. Maslach C, Marek T. Professional burnout: recent developments in theory and research Washington. DC: Taylor & Francis, 1993:19-32.
24. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Araştırması. 7. Ulusal Psikologlar Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 1992:155-160.
25. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi. Ankara, 1992.
26. Garden AM. Depersonalization: A Valid Dimension of Burnout? London, 1987:545-560.
27. Stevens GB, O'Neill P. Expectation and burnout in the developmental disabilities field. *Am J Community Psychol*, 1983:615-27, Cilt 11(6).
28. Çam O. Tükenmişlik. Kırılancı Yayınları. İzmir, 1995.
29. Dolu G. Onkolojide çalışan hekimlerde tıbbi sosyal çalışma açısından tükenmişlik (burnout) sendromunun araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi. Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı 1997. Cilt.
30. Akten S. Rehber öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2007, Cilt Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.

31. abuk A. Özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Cilt Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.
32. Mol MM, Kompanje EJ, Benopit DD et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. PLoS One, 2015;10(8):e0136955.
33. K, zer. Fiziksel Uygunluk. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara, 2001.
34. Baltacı G, Irmak H, Kesici C ve ark. Fiziksel aktivite bilgi serisi. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara, 2008, Cilt 1 inci Baskı.
35. Ardıç F. Egzersiz Reçetesi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 60, Denizli, 2014:1-8, Cilt Derleme.
36. Demirel H, Kayıhan H, zmert EN ve ark. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık. Ankara, 2014.
37. Alpzgen AZ ve zdiņler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. HSP. İstanbul, 2016:66-72, Cilt 3(1).
38. World Health Organization Global recommendations on physical activity for health. WHO. Geneva, 2015.
39. Bull FC, Al-Ansari SS ve Biddle S et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva. World Health Organization, 2020.
40. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
41. Cavill N, Kahlmeier S, Francesca R. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen. World Health Organization, 2006. Europe.
42. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc, 2013; 2:e004473.
43. Wallace JP, Durstine JL, Moore GE. ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. Human Kinetics. USA, 2003:149-56.
44. Tambalis K, Panagiotakos DB, Kavouras SA. Sidossis LS. Responses of blood lipids to aerobic, resistance, and combined aerobic with resistance exercise raining: a systematic review of current evidence. Angiology, 2009:614-32, Cilt 60.
45. IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. International Diabetes Federation, 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2.

46. Kılınç F. ve Tosun N. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı bir araştırma. Adıyaman. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020:207-215. Cilt 6(2).
47. Aydın Y. ve Kamuk YU. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin, yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisi. Çorum, Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2021:88-105, Cilt 6(1).
48. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. İzmir, J Tepecik Educ Res Hosp, 2020;30:19–26.
49. Aysan AF, Balcı E, Karagöl ET ve ark. Covid-19 pandemi değerlendirme raporu. Ankara, Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, 2020, Cilt TÜBA Raporları No:34.
50. Jin Y, Yang H, Ji W et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. Viruses. China Xinxiang. 2020:1-17, 12 (4).
51. Transmission of SARS-CoV-2 : implications for infection prevention precautions. Dünya Sağlık Örgütü, 2020.
52. Kumar D, Malviya R, Kumar PS. Corona virus: A review of COVID-19. EJMO, 2020:8-25, Cilt 4 (1).
53. COVID-19 durum raporu Türkiye. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2020.
54. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Dünya Sağlık Örgütü, 2022. <https://covid19.who.int/>.
55. COVID-19 Data Portal Turkey. <https://covid19.tubitak.gov.tr/>, 2022.
56. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of Covid-19. Turk J Med Sci, 2020:563-570, Cilt 50.
57. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis, 2020:101623, Cilt 34. doi:10.1016/j.tmaid.
58. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. New York 2020:2052-9, 323(20).
59. Wichmann D, Sperhake JP, Lütgehetmann M et al. Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19. Ann Intern Med, 2020.
60. Listings of who's response to covid-19. WHO. <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.

61. Schwartz DA. An analysis of 38 pregnant women with covid-19, their newborn infants and maternal-fetal transmission of sars-cov-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. Archives of pathology & laboratory medicine, 2020:799-805, Cilt 144(7).
62. M Tümer, B Karaca. COVID-19'da Hassas ve Riskli Gruplar. Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ve Acil Tıp 2020, Türkiye Klinikleri, Ankara, 2020:9- 15.
63. Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness. Centers for Diseases Control, 2020.
64. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Official Journal of the American College of Sports Medicine. 2003:1381-95.
65. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
66. Paul H, Duncan J, Lam T et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF): a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act, 2011:8-115.
67. K Goyal, P Chauhan, K Chhikara et al. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India. Asian J Psychiatr, 2020:49, 101989.
68. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles, 1985;12(7-8):837-51.
69. Dinibutun SR. Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. J Healthc Leadersh, 2020;12:85-94.
70. Kantek F, Kabukçuoğlu K. Burnout in nurses: A meta analysis of related factors Hemşirelerde tükenmişlik: İlgili faktörlerin meta analizi. J Hum Sci, 2017;14,1242. Cilt 19.
71. Purvanova R, Muros J. Gender differences in burnout: A meta-analysis. J Vocat Behav, 2010:168-85.
72. Soler JK, Yaman H, Esteva M et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. Fam Pract, 2008:245-65.
73. Kış, A. Eğitim Paydaşlarının Tükenmişliğinde Cinsiyet Farklılığı: Bir Meta-analiz Çalışması (Türkiye Örneği). Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg, 2015;34(2):88-106.
74. Murat ST. Ambulans Çalışanlarının (112) Tükenmişlik, Algılanan İş stresi ve İş Tatminlerinin Kişisel Özelliklerine Göre İncelenmesi. Social Sciences 9, NWSA-Social Sci, 2014;54-9.

75. Kılıç S, Figen İ. Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik Ve Eşduyum Yorgunluğunun İncelenmesi. Nevşehir, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018.
76. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M ve ark. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*. İzmir. 2009;18(5):543–8.
77. A Demir, M Ulusoy, MF Ulusoy. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*, 2003;40(8):807–27.
78. H Hoşgör, M Yaman. Tükenmişlik Sendromu Üzerinde Covid-19 Korkusunun Etkisi: Hastane Çalışanları Örneği. 19 Mayıs Sos Bilim Derg. İstanbul. 2021;2(2):400–17.
79. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği). Kırklareli. Beykent Üniversitesi, 2013.
80. M Elhadi, A Msherghi, M Elgzairi et al. Burnout syndrome among hospital healthcare workers during the covid-19 pandemic and civil war: A cross-sectional study. *Front Psychiatry*. Malaysia. 2020, Cilt 11,579563.
81. Dinibutun SR. Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, İzmir, 2020:85–94. Cilt 12.
82. Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. Milan, 2020:1684, Cilt 11.
83. Stathopoulou H, Karanikola M, Panagiotopoulou et al. Anxiety Levels and Related Symptoms in Emergency Nursing Personnel in Greece. *J Emerg Nurs*, Greece. 2011:314-320. Cilt 37(4), quiz 427.
84. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. Ankara, 2011:71-77, Cilt 5(2).
85. Havaei F, Ma A, Staempfli S et al. Nurses' Workplace Conditions Impacting Their Mental Health during COVID-19: A Cross-Sectional Survey Study. *Vancouver Healthcare*. Basel, 2021, Cilt 9(1).
86. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. Veneto, 2021. Cilt 11(1),e045127.

87. Sung CW, Chen CH, Fan CY et al. Burnout in Medical Staffs During a Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. The Lancet. Taipei, Taiwan. 2020.
88. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke’de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi. Mersin. 2013:58-68, Cilt 4.
89. Okray Kocabıyık Z, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. Anatolian Journal of Psychiatry. Lefkoşa. 2008:132-138, Cilt 9.
90. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. Front Psychiatry. Libya. 2021, Cilt 11,579563.
91. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. BMJ Open. Veneto. 2021, Cilt 11(1),e045127.
92. Gündüz Hoşgör D, Çatak Tanyel T, Cin S ve ark. COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. Eurasian Journal of Researches in Social and Economics. İstanbul. 2021:372-386, Cilt 8(2).
93. Takeyesu JK, Ramoska EA, Clark TR et al. Factors Associated With Burnout During Emergency Medicine Residency. Academic Emergency Medicine. 2014:1031-1035, 21(9).
94. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. BioMed Research International. Marseille. 2019, Cilt 6462472.
95. Aktuğ Y, Güler SK, Susur A ve ark. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri. Osmangazi Tıp Dergisi. Eskişehir. 2006:91-101, Cilt 28(2).
96. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. Trabzon. 2007, Cilt 6(1):1.
97. Li W, Yang Y, Liu ZH et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. Int J Biol Sci. Macao SAR. 2020, Cilt 16:1732.
98. Arpacioğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Cukurova Med J. İstanbul, 2021, Cilt 46(1):88-100.

99. Türkili S, Uysal Y, Tot Şenel. Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. TJFMPC. Mersin, 2021, Cilt 15(2).
100. Doğan K, İlhan MN, Aygün R. Üçüncü Basamak Çalışanlarında Tükenmişlik: Etkili Kişisel ve Mesleksel Etmenler. MN Dahili Tıp Bilimleri. 2006:178-184, Cilt 1.
101. Abdelhafiz AS, Ali A, Ziady HH et al. Prevalence, Associated Factors, and Consequences of Burnout Among Egyptian Physicians During COVID-19 Pandemic. Front. Public Health. 2020:8, 590190.
102. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi, Ankara. 2011:71-77, Cilt 5.
103. Çolak M, Erol S. Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Durumu, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, İstanbul. 2021:139-147, Cilt 24(2).
104. Korkmaz N, Demirkan N. Hastanede Çalışan Sağlık Personellerinin Fiziksel Aktivite. Sport Sciences, 2017:52-62, Cilt 12(4).
105. Arvidson E, Börjesson M, Ahlborg G et al. The level of leisure time physical activity is associated with work ability-a cross sectional and prospective study of health care workers. BMC Public Health, Gothenburg. 2013:855, Cilt 13.
106. Aragones M, Cirilo SS, Lopez H et al. Prevalence of physical activity in primary health care workers of Catalonia. Semergen. Barcelona. 2016:352-357, Cilt 43(5).
107. Kua Z, Hamzah F, Tan PT et al. Physical activity levels and mental health burden of healthcare workers during COVID-19 lockdown. Stress and Health. Singapur. 2021, Cilt 1–9. DOI: 10.1002/smi.3078.
108. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara. 2013, Cilt Sağlık Bakanlığı Yayın No:909.
109. Kurklu S, Babayigit MA, Oysul FG ve ark. Examination of Possible Effects of Physical Activity Level (IPAQ) on Quality of Life (SF-36) in Health Care Workers Who Employed in a Training and Research Hospital. SM J Public Health Epidemiol. Ankara, 2015;1(2):1007.
110. Yıldırım İD, Yıldırım A, Eryılmaz MA. Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. Cukurova Med J, Konya. 2019:325-333, Cilt 44(2).

111. Saad HA, Low PK, Jamaluddin R. Level of Physical Activity and Its Associated Factors among Primary Healthcare Workers in Perak. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. Malezya, 2020:5947, Cilt 17. doi:10.3390
112. Nomaguchi KM, Bianchi SM. Exercise time: gender differences in the effects of marriage, parenthood, and employment. *Journal of Marriage and Family*. 2004:413-430, Cilt 66.
113. Salmon J, Owen N, Bauman A et al. Leisure-time, occupational, and household physical activity among professional, skilled, and less-skilled workers and homemakers. *basım yeri bilinmiyor : Preventive Medicine*, 2000, Cilt 30:191-199.
114. Cecil J, McHale C, Hart J et al. Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, Manchester. 2014:1,25209, Cilt 19.
115. Souza RO, Guilherme FR, Elias RGM et al. Associated Determinants Between Evidence of Burnout, Physical Activity, and Health Behaviors of University Students. *Front Sports Act. Curitiba*, 2021:733309, Cilt 3.
- 116 Sane MA, Devin HF, Jafari R et al. Relationship between physical activity and it's components with burnout in academic members of Daregaz Universities. *Social and Behavioral Sciences*, Mashhad. 2012:4291–4294, Cilt 46.
117. Gerber M, Brand S, Elliot C et al. Aerobic exercise training and burnout: a pilot study with male participants suffering from burnout. *BMC Research Notes*. Basel. 2013:78, Cilt 6.
118. Torrente M, Sousa P, Sánchez-Ramos A et al. To burn-out or not to burn-out: a crosssectional study in healthcare professionals in Spain during. *BMJ Open*. Spain 2021:e044945, Cilt 11. doi:10.1136.
119. Çolak M, Erol S. Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Durumu, Fiziksel Aktivite. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. İstanbul. 2021:139-147, Cilt 24(2).
120. Aydın Y, Kamuk YU. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Sport Sciences Researches*, Çorum. 2021:88-105, Cilt 6(1).

7. EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. YAŞINIZ?:

BOYUNUZ?:

KİLONUZ?: BKİ?:

2. CİNSİYETİNİZ?:

☐ KADIN

☐ ERKEK

3. MESLEĞİNİZ?:

☐ ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ

☐ HEMŞİRE

☐ FİZYOTERAPİST

☐ LABORANT

☐ SAĞLIK TEKNİKERİ

☐ SAĞLIK TEKNİSYENİ

4. MEDENİ HALİNİZ?:

☐ EVLİ

☐ BEKAR

☐ DİĞER (EŞİNDEN AYRI, BOŞANMIŞ, EŞİ ÖLMÜŞ)

5. KİMİNLE YAŞIYORSUNUZ?

☐ YALNIZ YAŞIYORUM

☐ ANNE, BABA VEYA DİĞER AKRABALAR İLE YAŞIYORUM

☐ EŞİM, ÇOCUKLARIM İLE YAŞIYORUM

☐ DİĞER (YURT, PANSİYON VB BELİRTİNİZ.)

6.ÇOCUĞUNUZ VAR MI, VARSA KAÇ TANE?

☐ ÇOCUĞUM YOK.

☐ 1

☐ 2

☐ 2'DEN FAZLA

7. GELİR DÜZEYİNİZ?:

☐ GELİRİ GİDERİNDEN AZ

☐ GELİRİ GİDERİNE EŞİT

☐ GELİRİ GİDERİNDEN FAZLA

8. SÜREKLİ İLAÇ KULLANMAYI GEREKTİREN BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? VARSANEDİR?

☐ EVET,

☐ HAYIR

9. PANDEMİ İLE İLGİLİ HERHANGİ BİR BİRİMDE GÖREV ALDINIZ MI? GÖREV ALDIYSANIZ ÇALIŞTIĞINIZ BİRİM YA DA BİRİMLERİ İŞARETLEYİNİZ. (BİRDEN FAZLA İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ.)

☐ PANDEMİYLE DOĞRUDAN İLGİLİ BİR BİRİMDE GÖREV ALMADIM.

☐ TRİYAJ POLİKLİNİĞİNDE GÖREV ALDIM.

☐ ACİL SERVİSTE GÖREV ALDIM.

☐ COVID-19 YATAKLI SERVİSİNDE GÖREV ALDIM.

☐ COVID-19 YOĞUN BAKIMDA GÖREV ALDIM.

☐ SURVEYANS BİRİMİNDE GÖREV ALDIM.

10. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNUZ PANDEMİDEN ÖNCEKİ DURUMA GÖRE NASIL DEĞİŞTİ?

☐ ÇOK DAHA AZ YAPIYORUM.

☐ KISMEN DAHA AZ YAPIYORUM.

☐ DEĞİŞİKLİK OLMADI.

☐ KISMEN DAHA FAZLA YAPIYORUM.

☐ ÇOK DAHA FAZLA YAPIYORUM.

11. TÜKENMİŞLİK HİSSİNİZ PANDEMİDEN ÖNCEKİ DURUMA GÖRE NASIL DEĞİŞTİ?

☐ PANDEMİDEN SONRA ÇOK ARTTI.

☐ PANDEMİDEN SONRA KISMEN ARTTI.

☐ PANDEMİDEN ÖNCESİYLE AYNI HİSSEDİYORUM.

☐ PANDEMİDEN SONRA KISMEN AZALDI.

☐ PANDEMİDEN SONRA ÇOK AZALDI.

12. COVID-19 TANISI ALDINIZ MI?

- ☐ EVET
☐ HAYIR

13. ALIŞKANLIKLARINIZ?:

SİGARA:

- ☐ HİÇ İÇMEMİŞ
☐ İÇİYOR (..... YILDIR, GÜNDE PAKET)
☐ BIRAKMIŞ

ALKOL:

- ☐ HİÇ KULLANMADIM
☐ AYDA 1-3 KEREDEN FAZLA DEĞİL
☐ HAFTADA 1 - 5 KEZ
☐ HEMEN HEMEN HER GÜN

14. SAĞLIĞINIZI NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

- ☐ ÇOK SAĞLIKLIYIM
☐ SAĞLIKLIYIM
☐ PEK SAĞLIKLI DEĞİLİM
☐ HİÇ SAĞLIKLI DEĞİLİM

15. BESLENME DAVRANIŞINIZI NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

- ☐ YEMEĞİMİ EVDE YAPMAYA, SAĞLIKLI VE DENGELİ BESLENMEYE ÖZEN GÖSTERİRİM.
☐ GENELLİKLE FAST-FOOD YİYECEKLER İLE BESLENİRİM.
☐ DİYETİMİ VEJETARYEN ÜRÜNLER OLUŞTURMAKTADIR.
☐ GENELLİKLE PROTEİN İÇERİĞİ YÜKSEK YİYECEKLER İLE BESLENİRİM.
☐ YEDİKLERİMİN İÇERİK VE MİKTARINA DİKKAT ETMEKSİZİN BESLENİRİM.

16. GENEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI

GÜNDE KAÇ ÖĞÜN YEMEK YİYORSUNUZ?

- ☐ 2 VEYA DAHA AZ
☐ 3
☐ 4 VEYA DAHA FAZLA

ARA ÖĞÜN TÜKETİYOR MUSUNUZ?

☐ EVET

☐ HAYIR

EN SON ÖĞÜNÜNÜZÜ YATMADAN KAÇ SAAT ÖNCE ALIYORSUNUZ?

☐ SON 2 SAAT İÇİNDE

☐ 3-5 SAAT ÖNCE

☐ 5 SAATTEN DAHA ÖNCE

17. FİZİKSEL OLARAK KENDİNİZİ NASIL GÖRÜYORSUNUZ?

☐ ZAYIF

☐ NORMAL

☐ HAFİF KİLOLU

☐ ÇOK KİLOLU

18. FİZİKSEL OLARAK YETERİNCE AKTİF OLDUĞUNUZU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?

☐ ÇOK AKTİFİM

☐ AKTİFİM

☐ GENELLİKLE HAREKETSİZ

☐ HİÇ AKTİF DEĞİLİM

Ek-2

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MASLACH BURNOUT INVENTORY MANUAL)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	1	2	3	4	5
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarım ile yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5

Ek-3

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.) Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.) ☐ Haftada ____gün

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim. ☐ Günde ____saat ☐ Günde ____dakika

Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

3. Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.). ☐ Haftada ____gün

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim. ☐ Günde ____saat ☐ Günde ____dakika

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

☐ Yürümedim. → (7.soruya gidin.) ☐ Haftada ____gün

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim. ☐ Günde ____saat ☐ Günde ____dakika

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim. ☐ Günde ____saat ☐ Günde ____dakika