

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI



PANDEMİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARINA
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
NURGÜL ÇİĞDEM

İSTANBUL – 2023

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

PANDEMİ SÜRECİNDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU VE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:
HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARINA
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
NURGÜL ÇİĞDEM

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi REYHAN BAŞARAN

İSTANBUL – 2023

KABUL VE ONAY

Nurgül Çiğdem tarafından hazırlanan “Pandemi Sürecinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tükenmişlik Düzeyleri Üzerindeki Etkisi: Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 20.02.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Reyhan BAŞARAN

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi İlknur SAYAN

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Şimal ÇELİKKOL

.....

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Doç. Dr. Bülent DEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

NURGÜL ÇİĞDEM

20.02.2023

ÖN SÖZ

Tez sürecim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile ufkumu genişletip yolumu aydınlatan tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Reyhan BAŞARAN'a emeğini esirgemediği için çok teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Araştırmamın yapılabilmesi konusunda rasyonel bir yaklaşımla yolumu açan Prof. Dr. Kenan Ahmet TÜRKOĞAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda desteğini benden esirgemeyen sevgili dostum Begüm ÖZBEK'e teşekkür ederim.

Bu zor zamanlarda, vakit ayırarak araştırmama katılan, büyük bir samimiyet ile soruları cevaplayarak literatüre sağlanan bu katkının parçası olan tüm hastane öncesi acil sağlık çalışanı çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Bu pandemi savaşımızda canını feda eden sağlık şehitlerimizi şükranla anarak; gerektiğinde hayatını tehlikeye atarak görevlerini yerine getirmeye devam eden nice isimsiz kahramanlara, tüm sağlık çalışanlarına, tüm fedakarane emekleri için teşekkürü bir borç bilirim.

Erdemin en temel ögesi olan sevginin, çağlayanlar misali hiç durmadan fayda üreten bir yetenek olduğunu ve bilim üretmenin en kutsal vazife olduğunu empoze ederek hayatımın her anında desteğini yanımda hissettiğim babam Hacı Davut ÇİĞDEM'e sevgilerimi sunarım.

Nurgül ÇİĞDEM

20.02.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. Pandemi Kavramı ve Covid-19 Pandemisi	3
1.1.1. Covid-19 Klinik Özellikleri	4
1.1.2. Türkiye’de Covid-19 Pandemisi	4
1.1.3. Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı	5
1.2. Travma Kavramı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	6
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	7
1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Patofizyolojisi.....	8
1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	9
1.3. Anksiyete Kavramı ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu	11
1.3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	12
1.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Patofizyolojisi	12
1.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri	13
1.4. Tükenmişlik	14
1.4.1. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	14
1.4.2. Tükenmişliğin Patofizyolojisi	16
1.4.3. Tükenmişliğin Belirti ve Sonuçları	16
1.4.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik	18
1.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	19
1.5.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Sunumu	19
1.5.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Personelinin Çalışma Ortamı ve Risk Faktörleri ..	23
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	25
2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı	25
2.2. Araştırmanın Modeli.....	25
2.3. Araştırmanın Hipotezleri	26
2.4. Araştırmanın Süreci	27

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
2.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Uygulama.....	29
2.6.1. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)	29
2.6.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7)	30
2.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).....	30
2.7. İstatistiksel Analiz.....	31
BÖLÜM 3: BULGULAR	32
3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	32
3.2. Katılımcıların Mesleki Travma Yaşantıları Nedeniyle Yaşadıkları Ruhsal Sorunlara İlişkin Bilgiler	33
3.3. Ölçeklere Dair Betimsel Analizler.....	34
3.3.1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Özellikleri ile TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	35
3.3.2. TSSB, YAB, MTÖ Alt Boyutları olan Duygusal Tükenme, Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma Arasındaki İlişki	39
3.3.3. TSSB Olanların YAB ve Tükenmişlik Puanlarının İncelenmesi	40
3.3.4. YAB Olanların TSSB ve Tükenmişlik Puanlarının İncelenmesi	40
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	43
SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKÇA.....	50
EKLER	64
ÖZ GEÇMİŞ	67

KISALTMALAR

AABT	: Ambulans ve acil bakım teknikeri/ Paramedik
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: Anterior Singulat Korteks
AÇM	: Acil Çağrı Merkezi
APA	: Amerika Psikoloji Derneği/American Psychological Association
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı-19 / Corona Virus Disease -19
CPR	: Kardiyopulmoner resüsitasyon
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı / The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Duygusal Tükenme
DYS	: Duyarsızlaşma
EEG	: Elektroensefalografi
HPA	: Hipotalamo-Pituiter-Adrenal
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
KB	: Kişisel Başarı
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
MPFC	: Medial Prefrontal Korteks
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MYO	: Meslek Yüksekokulu
PCL-5	: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
PCR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu / Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2:	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü/ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü- World Health Organization
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YAB-7	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7
YOKL-5	: DSM-5 için Yaşam Olayları Kontrol Listesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Travma Tepkisini Etkileyen Faktörler.....	7
Tablo 2: TSSB için DSM-5 Tanı Kriterleri	10
Tablo 3: Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri	11
Tablo 4: Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri	13
Tablo 5: Tükenmişliğin Fiziksel, Duygusal ve Davranışsal Belirtileri.....	17
Tablo 6: İstanbul için Bazı Sağlık Göstergeleri, Sağlık Bakanlığı, 2020	22
Tablo 7: Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri	24
Tablo 8: PCL-5 ve Alt Faktörlerine Ait Cronbach Alfa Değerleri	29
Tablo 9: MTÖ Alt Faktörlerine Ait Cronbach Alfa Değerleri.....	31
Tablo 10: Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin Dağılımı.....	32
Tablo 11: Katılımcıların Mesleki Travma Yaşantılarına Dair Bilgilerin İncelenmesi	33
Tablo 12: Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Analizlerinin Sonuçları.....	34
Tablo 13: TSSB ve YAB Ölçeklerine Dair Bilgiler	34
Tablo 14: Katılımcıların Cinsiyetlerinin TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi	35
Tablo 15: Katılımcıların Yaşlarının TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi...	36
Tablo 16: Katılımcıların Mesleklerinin TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi	37
Tablo 17: Pandemi Sürecinde Çalışılan Birim ile TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları İlişkisi	38
Tablo 18: TSSB, YAB, Duygusal Tükenme, Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 19: TSSB'si Olan ya da Olmayan Katılımcıların YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi	40
Tablo 20: YAB Olanların TSSB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi.....	40
Tablo 21: YAB Şiddeti ile TSSB ve MTÖ Alt Boyutlarının İncelenmesi.....	41
Tablo 22: Araştırma Hipotezleri	42

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: 25 Kasım 2022 Tarihi İtibariyle Covid-19 Vaka Sayıları	3
Şekil 2: Maslach Tükenmişlik Modeli.....	15
Şekil 3: İBBS-1'e Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı, Sağlık Bakanlığı, 2002, 2020	22
Şekil 4: Türkiye'deki Günlük Covid-19 Hasta Sayısı Grafiği	27

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Pandemi Sürecinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete

Bozukluğunun Tükenmişlik Düzeyleri Üzerindeki Etkisi:

Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma

Nurgül ÇİĞDEM

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi / Sağlık Yönetimi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Reyhan BAŞARAN

Şubat, 2023 – 67 sayfa

Küresel bir travma olarak kabul edilen Covid-19 pandemi sürecinde sağlık kurumlarında ön saflarda görev alan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun saptanarak, tükenmişlik düzeylerine etkilerinin incelenmesi bu çalışmada amaçlanmaktadır. Araştırma modeli ve hipotezler literatürde yer alan teorik temeller ve araştırma sonuçlarının incelenmesi üzerine geliştirilmiştir. Kesitsel tipte ve nicel bir araştırma olan bu çalışmada İstanbul 112 acil sağlık hizmeti istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde çalışan 536 kişinin katılımıyla toplanan veriler analize uygun bulunmuştur. Çalışmanın nicel kısmında, verilerin analizi için güvenilirlik ve geçerlilik analizleri, korelasyon analizleri yapılmıştır. Önerilen hipotetik model ve elde edilen veriler niceliksel olarak SPSS 26.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmanın bulguları ayrıca hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının %71,6'sında Travma Sonrası Stres Bozukluğu; %33,8'inde Yaygın Anksiyete Bozukluğuna dikkat çekmekte, katılımcıların %40,7'si mesleki yaşamda karşılaştıkları travmatik olaylara ilişkin ruhsal sorunlar yaşadığını belirtmektedir. Araştırmanın sonuçları hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunun, Tükenmişlik düzeylerindeki etkisi açısından risk grubunda bulunduğu görüşünü desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Tükenmişlik

ABSTRACT

Istanbul Kent University Postgraduate Education Institute
The Effects of Post-traumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety
Disorder on Burnout Levels During the Pandemic Process:
A Research on Pre-hospital Emergency Medical Personnel

Nurgül ÇİĞDEM

Master Thesis

Health Management / Health Management

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Reyhan BAŞARAN

February, 2023 – 67 pages

The main purpose of this study is to evaluate the prevalence of post-traumatic stress disorder and generalized anxiety disorder and to examine their effects on burnout levels in pre-hospital emergency medical personnel who were at the forefront of health institutions during the covid-19 pandemic, which is accepted as a global trauma. The research model and hypotheses were developed based on the theoretical foundations and research results in the literature. In this study, which is cross-sectional and quantitative research, sample data collected with the participation of 536 employees working in İstanbul's 112 emergency health service stations and command control centre were found suitable for analysis. In the quantitative part of the study, reliability and validity analysis, and correlation analysis were used for the analysis of the data. The proposed hypothetical model and the obtained data were quantitatively analyzed in the SPSS 26.0 statistical package program. According to the findings, a significant and positive relationship was found between Post Traumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety Disorder among prehospital emergency medical personnel. It is seen that there is a statistically significant and positive relationship between burnout levels and Post Traumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety. The findings of the study also revealed that 71.6% of prehospital emergency medical personnel had Post Traumatic Stress Disorder, it also draws attention to Generalized Anxiety Disorder in 33.8% of the participants, and 40.7% of the participants state that they experience psychological problems related to the traumatic events they encounter in their professional life. The results of this study support the view that pre-hospital emergency medical personnel are in the risk group in terms of the effect of Post Traumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety Disorder on their burnout levels.

Keywords: Pandemic, Pre-hospital Emergency Medical Personnel, Post-traumatic Stress Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Burnout

GİRİŞ

Acil sağlık alışanlarının ruh sağlığı üzerine çok sayıda araştırma yapılmış olmasına karşın, hastane öncesi acil sağlık çalışanları üzerinde ulusal ve uluslararası literatürde az sayıda araştırma yapılmış olduğu görülmektedir. Üstelik araştırma yapılırken ambulans çalışanları, sağlık çalışanı kategorisinde değerlendirilebilmektedir. Genel sağlık çalışanları ile yapılan araştırma sonuçlarıyla ambulans çalışanlarını değerlendirmek; yanılđılara sebep olabilmektedir. Ambulans alışanlarının; çalışma şartları sonucu mesleki alanlarındaki stresörleri daha farklı ve fazla sayıda ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla kişilik yapılarından psişik yapılarına kadar birçok özellikleri farklılık göstermekte, psikolojik açıdan etkilenmeleri daha fazla olabilmekte, çalışma ortamı koşulları da yeterince anlaşılamadığından yeterli destek bulamama ve baş etme konusunda da zorluklarla karşılaşabilmeleri söz konusu olmaktadır. Hastane ortamında görevli bir sağlık çalışanı, birlikte çalıştığı doktorun gözetiminde ve diğer tüm personelin koruması altında daha fazla güvence içinde çalışmaktadır. Ambulans alışanı ise hastane ortamı gibi güvenli bir alanın dışında çalışmakta ve daha fazla fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalabilmektedir. Hastaneye gelen hasta, sağlık kurumu tarafından oluşturulan güvenlik alanına girmekte, ambulans çalışanı ise genelde savunmasız durumda başkalarının yaşam alanına girmektedir. Dolayısıyla hastane öncesi acil sağlık çalışanları sık sık ve tekrar tekrar stresli durumlara ve travmatik olaylara maruz kalabilmektedirler. Zorlayıcı yaşam olaylarına maruz kalmak travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu gelişimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu nedenle hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının genel popülasyona kıyasla travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu öngörülmektedir. Tüm zorlu çalışma şartlarına rağmen hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının, iş tanımlarının bu kavramı içermesi sebebiyle travmatik durumlara hazırlıklı oldukları ve başa çıkabildikleri varsayılmaktadır.

Genel nüfusta yapılan boylamsal çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin yıllarca devam etme eğiliminde olduğunu göstermektedir (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005:85). Yaygın anksiyete bozukluğunun da süreğen, dirençli, yaşamı olumsuz etkileyen bir yapıda olduğu ifade edilmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018:340). Ayrıca yapılan çalışmalar travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun tükenmişlik açısından risk etmeni olduğunu göstermektedir. Tükenmişliğin gerek hastalar gerekse sağlık çalışanları için çok ciddi sonuçları olabilmektedir. Tükenmişlik sadece çalışanda yorgunluk, motivasyon kaybı, devamsızlık ve moralsizlik gibi olumsuz fiziksel-ruhsal sonuçlar

doğurmakla kalmayıp ayrıca tıbbi hatalarda artma, bakım kalitesinde bozulma ile de karşımıza çıkabilen, hizmet kalitesini etkileyen, toplumsal sonuçları olabilen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır.

Toplumun her kesimindeki bireylerin risk altında olmasıyla küresel bir travmaya dönüşen Covid-19 pandemisinde ön saflarda görev yapan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının stres yüklerinin daha da artacağı, psikolojik olarak olumsuz etkileneceği öngörülmektedir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının mevcut krizden gördükleri ruhsal hasarın ve bunu etkileyen mesleki koşulların araştırılması, gelecekte oluşabilecek başka salgın ya da afetlere karşı ön saflarda görev alan sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması ve dayanıklılığının artırılması açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada pandemi süresince İstanbul gibi bir metropolde görev alan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde temel kavramsal çerçeve içerisinde Covid-19 pandemisi, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, tükenmişlik ve hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kavramları literatür kapsamında değerlendirilmiştir. İkinci bölümde teorik model ve hipotezlerin geliştirilmesine odaklanılarak, araştırma yöntemi detaylı olarak açıklanmıştır. Üçüncü bölümde katılımcılardan elde edilen verilere uygulanan analizlerden elde edilen araştırma bulguları değerlendirilmiştir. Dördüncü bölümde ise yeni bulgular literatür ışığında yorumlanmış, kısıtlılıklara yer verilmiştir. Son olarak çalışmada elde edilen bulgular yönünde öneriler sunulmuştur.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

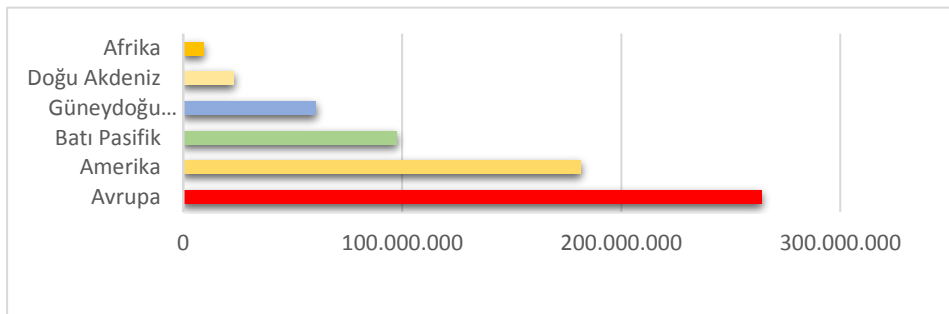
1.1. Pandemi Kavramı ve Covid-19 Pandemisi

Dünya geneline yayılan bir salgın; pandemi olarak tanımlanmaktadır (Last, 2001:131). Pandemiler sadece olağandışı değil, yıkıcıdır ve yüzyıllar boyunca insanlık tarihinin şekillenmesinde rol oynamıştır.

Literatürde Covid-19 pandemisi olarak tanımlanan pandemi süreci 31 Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletinde başlamıştır. Wuhan Sağlık Komitesi tarafından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne nedeni bilinmeyen 27 pnömoni vakası bildirilmiştir (Wang ve diğerleri, 2020:444). Bu pnömoni vakalarının etkeni, 7 Ocak 2020'de yeni bir koronavirüs olarak tanımlandı ve 30 Ocak 2020'de DSÖ tarafından bu salgın "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu (PHEIC)" olarak duyuruldu. 11 Şubat 2020'de Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi (ICTV) tarafından yeni koronavirüse kesin adı verilerek "SARS-CoV-2" olarak açıklandı ve aynı gün DSÖ tarafından, yeni hastalığın resmi adı "Covid-19" olarak duyuruldu (WHO, 2020a). Yeni koronavirüs enfeksiyonu SARS-CoV-2 ve bu etkenin yol açtığı hastalık Covid-19; ilk görülmesinden yaklaşık 3 ay gibi kısa bir zamanda dünya geneline yayıldı. 28 Şubat 2020 tarihinde DSÖ; Covid-19 için küresel risk seviyesinin 'yüksek'ten 'çok yüksek'e çıkarıldığını duyurmuş; 11 Mart 2020 tarihinde Covid-19 salgını pandemi olarak ilan edilmiştir. 25 Kasım 2022 tarihi itibarı ile resmi DSÖ verilerine göre 636.440.663 doğrulanmış enfekte vaka ve 6.606.624 doğrulanmış Covid-19 ilişkili ölüm vakası tespit edilmiştir (WHO, 2022a). Şekil 1'de dünya genelinde 25 Kasım 2022 tarihi itibarıyla Covid-19 vaka sayıları görülmektedir.

Şekil 1

25 Kasım 2022 Tarihi İtibarıyla Covid-19 Vaka Sayıları



Kaynak: WHO (2022), *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/> (Erişim tarihi 25 Kasım 2022)

SARS-CoV-2'nin, tahmini temel bulaşıcılık katsayısı (R_0) 2.2 olarak bulunmuştur. Yani SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş bir birey, virüsü 2.2 kişiye bulaştırmaktadır. Asemptomatik bireylerden de bulaşabilmesi ve yüksek bulaşıcılığı sebebiyle SARS-CoV-2, bir hafta içinde pandemik bir hastalığa yol açabilmektedir (Weng ve diğerleri, 2021:147).

1.1.1. Covid-19 Klinik Özellikleri

Hastalık esas olarak fiziksel temasa gerek olmadan; damlacık yoluyla bulaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020:11). Bulaşta önemli rol oynayan viral yük, semptomların başladığı dönemde en yüksek düzeyde görülmekte, ilerleyen günlerde ise azalmaktadır. Enfekte vakalarda ilk gözlenen semptomlar gribal enfeksiyon benzeri semptomlardır. En yaygın belirtileri; ateş, öksürük, yorgunluk ve tat veya koku kaybıdır (WHO, 2022b). Yeni koronavirüse maruziyetten 2-14 gün sonra Covid-19 hastalarında ateş, öksürük, nefes darlığı, baş/boğaz/kas/karın ağrısı gibi çeşitli semptomlar görülebilmektedir (Weng ve diğerleri, 2021:148). Hastalığa bağlı gözlenen ölümcül komplikasyonlar arasında ağır akciğer tutulumuna bağlı solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği ve tromboembolizm yer alır (Taşdemir ve diğerleri, 2022:151). Covid-19 hastalarının %20'sinin tedavisi için hastanede yatış yapılırken; %80'i hastalığı asemptomatik ya da hafif geçirmiştir. Hastalıktan genellikle ağır kronik tıbbi rahatsızlığı olanlar, 60 yaş üstü olanlar ve sağlık çalışanları daha fazla etkilenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

1.1.2. Türkiye'de Covid-19 Pandemisi

Ülkemizde, Covid-19 ile mücadele için Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Ocak 2020'de Koronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur. Türkiye'de ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de saptanmış, 17 Mart 2020'de bu hastalık kaynaklı ilk ölüm bildirilmiştir.

Ülkemizde 25 Kasım 2022 tarihi itibari ile görülen Covid-19 vaka sayısı 16.919.638, ölüm sayısı ise 101.203 kişi olarak bildirilmiştir. DSÖ'nün bildirdiği vaka sayıları kıyaslandığında en fazla vakanın görüldüğü 11. ülke olmamıza rağmen ülkemiz en fazla ölümün görüldüğü ilk 12 ülke listesinde bulunmamaktadır (WHO, 2022a).

Türkiye'de yeni hastalığın tanımlandığı tarihten itibaren mücadele çalışmaları başlamıştır. Hastaların tanı ve tedavi süreçleri için yapılan çalışmaların dışında salgının önlemesine yönelik filyasyon çalışmaları da yürütülmeye başlanmıştır. Covid-19 hastaları için hastanelerde ayrı poliklinik, laboratuvar, servis ve yoğun bakımlar oluşturulmuştur. Bilgilendirme ve yönlendirme için ALO 184 Korona danışma hattı oluşturulmuş, filyasyon

ekipleri organize edilmiş, pandemi ile ilgili süreçler ve güncel veriler günlük olarak paylaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından Covid-19 rehberi oluşturulmuş, hastalık hakkında edinilen bilgiler ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda güncellenerek vaka yönetimi ile ilgili algoritmalar yayınlanmıştır. Hastanelerde pandemiye yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Türkiye’de yoğun bakım cihazları üretimi sağlanmış ve hastanelerde kullanıma alınmıştır (Yücesan ve Özkan, 2020:137).

1.1.3. Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı

Pandemi; toplumdaki tüm bireylerin yaşamını tehdit ederek herkes için sıkıntı verici niteliği olan bir travmadır (Kaya, 2020:123). Pandemi süreciyle ilişkili anksiyete gibi psikolojik etkilerin, pandemi sona erdikten sonra aylarca hatta yıllarca süreceği öngörülmektedir. (Aşkın ve diğerleri, 2020:305).

Sağlık çalışanları, pandemide bulaş etkeni ile karşılaşma riski en yüksek olan, en çok etkilenen ve zarar gören meslek grubudur. DSÖ tarafından yayınlanan bir raporda bildirilen Covid-19 hastalarının %21’ini sağlık çalışanları oluşturmaktadır (WHO, 2020b). DSÖ Sağlık İşgücü Departmanı tarafından yayınlanan bir raporda dünya genelinde, Ocak 2020-Mayıs 2021 arasında 115.500 bin sağlık çalışanı Covid-19 nedeniyle yaşamını yitirdiğinin tahmin edildiği bildirilmektedir (WHO, 2021). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının ayrıca, virüse maruz kalma riskleri, sevdiklerine hastalık bulaştırma endişeleri, kişisel koruyucu ekipman (KKE) eksiklikleri, daha uzun çalışma saatleri, duygusal ve etik açıdan kaynak tahsisi kararlarına dahil olmaları göz önüne alındığında, mevcut pandemide duygusal sıkıntıya karşı özellikle savunmasız oldukları görülmektedir (Pfefferbaum ve North, 2020:511).

Pandemi sürecinde hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının görevlendirildiği her vakanın ya da ortamın bulaş kaynağı olma riski vardır. Yapılan bir çalışma; yoğun bakımda Covid-19 nedeniyle takip edilen bir hastanın kaldığı odanın ve müdahale edilen kıyafetlerin çeşitli yerlerinden alınan örneklerde bakılan PCR sonucuna göre, hastadan yaklaşık 4 metre uzaklığa kadar pozitiflik saptandığını göstermiştir (Guo, ve diğerleri, 2020:1586). Bir ambulansın kabin genişliği 140 cm, kabin uzunluğu 240 cmdir. Ambulans çalışanları, hastalara yaklaşık 4 metrekarelik hacme sahip bir alanda müdahalede bulunup, nakil boyunca yakın mesafede hasta takibi yapmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık çalışanları pandemi sürecinde ön safta görev almaları sebebiyle pandemide psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz etkilenmektedir ve hatta Covid-19 kaynaklı hayatını kaybedenler de olmuştur. Covid-19 ile alakalı sonuçlardan biri de intihar etkisi olmuştur; bu süreçte intihar

ile hayatını kaybeden hastane öncesi acil sağlık çalışanları bildirilmiştir (Maguire, ve diğerleri, 2020).

Çin’de 29 Ocak 2020-3 Şubat 2020’de 1257 katılımcı ile yapılan bir araştırmada; Covid-19 hastalarını tedavi eden sağlık çalışanlarının %44,6’sında kaygı, %50,4’ünde depresyon, %34’ünde uykusuzluk, %71,5’inde sıkıntı saptanmış olup; ön saflarda çalışıyor olmanın tüm bu psikolojik sorunlar açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Lai ve diğerleri, 2020:1). Yapılan çalışmalar pandemide ön saflarda görev yapan sağlık çalışanlarında stres, anksiyete ve depresyon prevalansının yüksek olduğunu açıkça göstermektedir (Salari, ve diğerleri, 2020:12). Pandemi sürecinde aktif görev alan sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve intihar eğilimine karşı düzenli klinik taramalardan geçirilmesi gerektiği önerilmektedir (Xiang ve diğerleri, 2020:229). Covid-19 pandemisi, ön saflardaki sağlık çalışanları üzerinde ciddi ve uzun süreli psikolojik etki yaratma potansiyeline sahip küresel bir sağlık krizi oluşturmaktadır.

1.2. Travma Kavramı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma; kişinin fiziksel, psikolojik, yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden, yaşamında belirgin değişikliğe sebep olan ve yeniden uyum gerektiren, baş etmekte zorlanılan olaylar veya durumlardır. Travmatik yaşantı; beyin ve zihin üzerinde kalıcı bir değişime sebep olur. Sadece geçmişte yaşanıp bitmiş bir olay değildir; beyinde iz bırakarak nasıl düşündüğümüzü, ne düşündüğümüzü ve aynı zamanda düşünme kapasitemizi de etkileyerek kişinin nasıl yaşayacağını belirleyecek etkiye sebep olmaktadır (Van Der Kolk, 2022:21).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), ciddi bir travma ardından oluşan patolojik yanıtlardır. TSSB; gerçek bir tehdit veya tehdit edici tehlike içeren bir olayı yaşamış, tanık olmuş veya karşılaşmış kişilerde yeniden yaşantılama, kaçınma, dış dünyaya ilginin azalması, olumsuz duygudurum gibi belirtilerin bir aydan uzun sürmesiyle seyreden bir rahatsızlıktır. Hastalarda belirgin bir ruhsal sıkıntı ve işlevsellikte bozulma görülmektedir (APA, 2014:146-149).

TSSB ilk kez 1980’de DSM-3’de tanımlanmıştır ve TSSB tanısının ruhsal bozuklukların tanısal kitabında yer alması ile travmanın psikiyatrik hastalığa sebebiyet vereceği kabul edilmiştir (Herman, 2016:30). TSSB, DSM-3 ve DSM-4’te “Anksiyete Bozuklukları” ana başlığı altında yer alırken, DSM-5’te “Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) ilişkili Bozukluklar” kategorisinde yer almıştır (APA,1980:18; APA, 2000:21).

1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

TSSB tanısı için ‘travmatik olay’ gerekli koşuldur ancak her travmatik yaşantı sonrasında TSSB gelişimi görülmemektedir. Toplum genelinde prevalansı %1-3 iken travmatik olaylar yaşayan yüksek riskli kişilerde ise %5-75 arasında değiştiği bildirilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011:73). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; travmatik olay yaşayan katılımcıların oranı %84,2; TSSB yaygınlığı %9,9 olarak saptanmıştır (Karancı, Aker ve Işıklı, 2011). TSSB gelişiminin Tablo 1’de belirtilen birçok faktörden etkilenmesi sebebiyle TSSB yaygınlığı da tüm bu değişkenlere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Travmanın kişi için öznel bir anlamının olması, ölüm tehlikesi içermesi, travma sonrasında gelişen olumsuz yaşam olayları, kişinin yakınlarıyla birlikte travmaya maruz kalmış olması, maruziyet süresinin uzun olması travmanın etkisini artırmaktadır. (Gökalp, 2000:21; Bolu, Erdem ve Öznur, 2014:99).

Tablo 1
Travma Tepkisini Etkileyen Faktörler

Bireysel Faktörler	Kadın cinsiyet Medeni durum (Bekar/dul/boşanmış olmak) Yaş (Çocuk/yaşlı olmak) Düşük sosyoekonomik düzey Düşük eğitim düzeyi Azınlık grubu üyesi olmak İşlevsel olmayan baş etme tarzları İçe dönüklük gibi bazı kişilik özellikleri Geçirilmiş travmatik olay varlığı Önceki veya bir arada olan psikiyatrik hastalık Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü Genetik yatkınlık
Travmatik Olayla İlişkili Faktörler	Hayati risk taşıması İnsanların sebep olduğu olaylar Süreğen olması Akut stres belirtilerinin şiddeti Maruz kalınan travmatik olay sayısı Hissedilen korku, çaresizlik ve dehşetin aşırı olması Travma anında dissosiyatif belirtilerin olması Kişinin olayı doğrudan yaşaması Bireyin kontrol düzeyi ve zihinsel hazırlık Kişi için öznel bir anlamı olması
Çevresel Faktörler	Tıbbi, psikolojik ve sosyal yardım servislerine ulaşımın yetersizliği Göç edilen bölge veya ülkede yaşamak Sosyal kaynakların/desteğin azlığı

Kaynak: Taycan, O. (2019), Travma Sonrası Stres Bozukluğu Fenomenolojisi. *Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar* (1.Baskı, s.14) içinde. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Patofizyolojisi

Beynin en önemli görevi, en zor koşullarda bile hayatta kalmayı sağlamaktır. Olası bir tehlikeyle karşılaşıldığında beyin ve beden kişiyi eyleme geçmeye hazırlayacak içgüdüsel olarak acil durum stres tepkisini harekete geçirir: savaşmak, kaçmak veya donmak. Bu tepki sonucu başarılı olur ve tehlikeden kaçılabilirse, ruhsal dengemizi yeniden sağlar. Tehlike işaretleri duyu sistemi tarafından algılandığında zincirleme bir nörokimyasal olaylar reaksiyonu harekete geçer. Korku, stres ya da endişe durumlarında amigdala uyarılır (Sherin ve Nemeroff, 2011:271). Amigdala, tehditleri tanımlamaktan sorumlu olan ve tehdit durumunda sinyal gönderen; beynin duygusal hafızasının işlenmesinde, korku koşullanmasında rol oynayan bir parçasıdır. Amigdala bir tehdit algılsa tüm beden tepkisini yönetmek için stres hormon sistemini ve otonom sinir sistemini alıştıran hipotalamusa ve beyin sapına anlık mesaj gönderir. Amigdalanın tehlike sinyalleri; kalp atışını, kan basıncını arttıran, bireyi savaşmaya ya da kaçmaya hazırlayan kortizol ve adrenalini de kapsayan güçlü stres hormonlarının salgılanmasını tetikler. TSSB’de amigdala ve medial prefrontal korteks (MPFC) arasındaki hassas denge, esaslı bir şekilde değişir ve bu da duyguları ve dürtüleri kontrol etmeyi daha güç kılar. Nörogörüntüleme çalışmaları yoğun duygusal durumlarda; yoğun korku, üzüntü ve öfkenin subkorkital beyin bölgelerinin aktivasyonunu arttırdığını ve belirgin bir şekilde frontal lobda çeşitli alanlarda, özellikle de MPFC’de etkinliği azalttığını ortaya çıkarmıştır. Bu meydana geldiğinde, frontal lobun engelleyici kapasitesi bozulur ve insanlar “duygularından ayrılır”. Herhangi bir yüksek sestten irkilebilirler, küçük kızgınlıklar oluşturabilecek durumlarda aşırı sinirlenebilirler ya da biri kendilerine dokunduğunda donup kalabilirler (Van Der Kolk, 2022:63).

TSSB'nin ayırt edici bir özelliği, azalmış hipokampal hacimdir. Hipokampus, stres tepkilerinin kontrolünde, bildirimsel hafızada ve korku koşullandırmasının bağlamsal yönlerinde yer alır. TSSB'deki hipokampal hacim azalması, artan glukokortikoid seviyelerine veya artan glukokortikoid duyarlılığına tekrar tekrar maruz kalmanın birikmiş toksik etkilerini yansıtabilir, ancak son kanıtlar ayrıca azalan hipokampal hacimlerin TSSB gelişimi için önceden var olan bir savunmasızlık faktörü olabileceğini düşündürmektedir (Sherin ve Nemeroff, 2011:270). Yapılan çalışmalar; travmanın, gerçek fizyolojik değişimlere neden olduğunu göstermektedir. Bu değişimler; travma sonrasında kişilerin işlevselliklerinde ciddi aksama olması pahasına neden tehdit karşısında aşırı tetikte olduklarını açıklamaktadır (Van Der Kolk, 2022:2-3).

1.2.3.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

TSSB; DSM-5'te;

- 1- yeniden yaşantılama,
- 2- kaçınma,
- 3- olumsuz bilişler ve olumsuz ruh hali,
- 4- aşırı uyarılmışlık semptomları,

Şeklinde dört tanısal kümede değerlendirilen semptomları içermektedir. Ek olarak tepkilerde yavaşlama ve yabancılaşma gibi özgül belirtiler de görülebilir. Bu belirtiler 3-30 gün arasında sürerse akut stres bozukluğu; 1 aydan uzun sürmesi durumunda TSSB olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014: 146-154).

Tablo 2
TSSB için DSM-5 Tanı Kriterleri

Tanı Kriterleri*	Tanım	Detaylandırma	Gereklilikler
A Kriteri	Travmatik bir olaya maruz kalma	1- Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama 2- Travmaya tanık olma 3- Bir aile bireyi/yakın arkadaşın başına geldiğini öğrenme 4- İşi gereği, travmatik olayların itici detaylarıyla, tekrarlayıcı ve aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (Örn ambulans çalışanları)	DSM-5'e göre travmaya maruziyet doğrudan ya da dolaylı şekilde de olabilmektedir. Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.
B Kriteri	Yeniden yaşantılama belirtileri	1- Tekrarlayan anılar 2- Travmatik kabuslar 3- Disosiyatif tepkiler 4- Travmatik hatırlatıcılarla ilgili psikolojik sıkıntılar 5- Travmatik olayı hatırlatıcı durumlara karşı fizyolojik tepkiler	Bu beş maddeden en az biri gereklidir.
C Kriteri	Kaçınma belirtileri	1- Travma ile ilgili duygu veya düşüncelerden 2- Travmayla ilgili insan, yer veya etkinlik gibi harici hatırlatıcılardan	Bu iki maddeden en az biri gereklidir.
D Kriteri	Kognitif fonksiyonlarda ve duygudurumda olumsuz değişiklikler	1- Dissosiyatif amnezi 2- Sürekli olumsuz inançlar ve beklentiler 3- Travmaya neden olmakla ilgili kendini veya başkalarını sürekli suçlama 4- Travma ilişkili negatif duygular: Korku, endişe, suçlama, utanç ve öfke 5- Aktivitelere karşı ilgide azalma 6- Diğer insanlardan ayrılma veya yabancılaşma 7- Olumlu duygular yaşamama	Bu yedi maddeden en az ikisi gereklidir.
E Kriteri	Uyarılma ve tepkisellikte değişiklikler	1- Uyarılmış ve agresif davranışlar 2- Kendine zarar verici ve umursamaz davranışlar 3- Sürekli tetikte olma 4- Abartılı irkilme tepkileri 5- Konsantrasyon zorluğu 6- Uyku problemleri	Bu altı maddeden en az ikisi gereklidir.
F Kriteri	Süre	B, C, D ve E tanı ölçütlerinin 1 aydan daha uzun sürmesi	
G Kriteri	İşlevsellik	Sosyal, mesleki veya diğer alanlarda bozulma	Bu alanlardan en az birinde bozulma gereklidir.
H Kriteri	Dışlama	İlaç, madde kullanımı veya başka bir hastalığa bağlanamaz.	Belirtiler bu nedenlere bağlı olmadan ortaya çıkmalıdır.
Alt Gruplar	Disosiyatif alt tip : Yukarıda bahsedilen semptomlara ek olarak depersonalizasyon ve derealizasyon ortaya çıktığında kullanılır. Gecikmeli alt tip : Semptomların mevcut olmadığı veya bir alt eşik seviyesinde mevcut olduğu travma sonrası bir dönemi takiben belirtilerin ortaya çıkışını tanımlamak için kullanılır.		

Kaynak: Yehuda ve diğerleri, (2015), Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-22 (DSM-5 tanı kriterlerine göre hazırlanmıştır)

1.3. Anksiyete Kavramı ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Günlük yaşamda anksiyete, endişe ve kaygı kelimeleri çok sık birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Endişe; kontrol dışı oluşan ve engellenemeyen olumsuz duygularla dolu düşünceler silsilesidir. (Borkovec ve diğerleri, 1983:10). Bilişsel bir süreçtir; zihinde oluşur. Anksiyete ise bedene yansımaktadır. Anksiyete; insanların kendilerini herhangi bir şekilde tehdit altında hissettiklerinde oluşan bir dizi fiziksel duyumun genel adıdır (Robichaud ve Dugas, 2021:25).

Anksiyetenin; endişeli rahatsız edici düşünce ve hislerden oluşan bilişsel belirtileri; çarpıntı gibi otonomik uyarılmanın ve endokrin yanıtların bir sonucu olarak oluşan fiziksel belirtileri ve rahatsız edici tüm bu durumlardan kaçmaya yönelik davranışsal belirtileri vardır (Tablo 3).

Tablo 3

Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri

BEDENSEL	BİLİŞSEL	DAVRANIŞSAL
Çarpıntı Nefes alamama Boğulma hissi Göğüste sıkışma Terleme Titreme Baş dönmesi, sersemlik Hiperventilasyon Epigastrik rahatsızlık Kas gerilimi/ağrıları Hipertansiyon Uyuşma/karınalanmalar	Endişeler Felaket düşünceleri İntrusif düşünceler-imgeler Ruminasyonlar	Motor huzursuzluk Kaçınmalar Yardım arama Güvence arama davranışları

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2021) Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü

Bedenin tehdit algılama sisteminin bir parçası olarak anksiyete, sahip olunan en önemli hayatta kalma mekanizmalarından biridir. Bireyi tehlike durumundan mümkün olduğunca hızlı çıkarmak için çalışır. Anksiyete ile ilgili sorun; tehlike altında olduğu düşünülen her durumda, tehlike olmasa bile tetiklenmesidir (Robichaud ve Dugas, 2021:25). Anksiyete, organizmayı tehdit eden bir olay olduğunda savaşıma ya da kaçma tepkisi vermek üzere ortaya çıktığında normal kabul edilirken; tehdit oluşturacak bir neden yokken ortaya çıkıyorsa, süreklilik arz edip sonlandırılmıyorsa patolojik olarak değerlendirilmektedir.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB); kişilerarası ilişkileri etkilemesi muhtemel bir dizi semptomla karakterizedir. Bozukluğun temel belirtisi en az 6 ay boyunca meydana gelen bir olay veya faaliyete dair kontrol edilemeyen kaygıdır (APA, 2013). YAB’da kaygı düzeyi gerçek tehditlere göre orantısızdır. Ülkemizde genellikle “evham ve evhamlılık” olarak ifade edilmektedir. Genellikle kronik bir gidişat gösterir. Sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir (Karaatlı, 2014:9; Yüksel, 2006:176). Çoğu hasta; YAB semptomlarını kişiliğinin bir parçası olarak algıladığı için toplumda huzursuzluğa neden olmadıkça ya da komorbid başka bir hastalık sebebiyle tedavi olması gerekmedikçe tedaviye başvurmamaktadır (Karamustafalıoğlu, 2018:340).

1.3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, önemli komorbidite ve morbidite ile ilişkili olup dünya genelindeki en yaygın ruhsal bozukluktur (Stein ve diğerleri, 2017:127). Yaygın anksiyete bozukluğu, hastaneye başvuran hastalarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur (Bal, 2010:29). DSÖ verilerine göre psikolojik bir problem için hastaneye başvuranların %25’i ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin %8’i YAB tanısı almaktadır (Maier, ve diğerleri, 2000:33). ABD’de yapılan Ulusal Eşitlik Çalışması (NCS)’nda YAB yaşam boyu yaygınlığı %5,1 olarak belirlenmiştir (Yüksel, 2006:175). Ruhsal bozuklukların yaygınlığını araştırmak amacıyla ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise YAB yaygınlığı %6,8 (erkeklerde %4,5; kadınlarda %9,1) olarak tespit edilmiştir (Keskin ve diğerleri, 2013:347). Travmatik yaşam deneyimleri, ebeveynin erken kaybı, genetik faktörler ve nörobiyolojik disfonksiyon, YAB için potansiyel etiyolojik faktörler olarak kabul edilmektedir (Roemer ve diğerleri, 1996; Stevens ve diğerleri, 2014).

1.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Patofizyolojisi

YAB gelişiminde tartışılan nörobiyolojik faktörler, çeşitli nörotransmitter sistemlerinin (serotonin, norepinefrin, GABA/Benzodiazepin) bozukluklarını içermektedir (Nutt, 2001). Anksiyeteden esas olarak limbik sistem yapıları sorumludur. Özellikle de amigdala korku ve anksiyete oluşumunda temel role sahiptir. YAB hastalarının yapısal ve işlevsel beyin görüntülemesi amigdala, dorsomedial prefrontal korteks ve diğer beyin alanlarında anormallikler ortaya çıkarmaktadır (Monk, ve diğerleri, 2008; Schienle, Ebner ve Schäfer, 2011).

1.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

Tablo 4

Yaygın Anksiyete Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A.	En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
B.	Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker
C.	Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur): Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma. 1. Kolay yorulma. 2. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması. 3. Kolay kızma. 4. Kas gerginliği. 5. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
D.	Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
E.	Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
F.	Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirilme, takıntı zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

Kaynak: APA. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatry Association

1.4. Tükenmişlik

Tükenmişlik; işle ilgili kronik strese bağlı bir takım duygusal, bilişsel ve davranışsal semptomlarla ilişkili bir sendromdur. İnsanlarla yüz yüze ilişki içinde çalışan mesleklerde daha çok ortaya çıkan tükenmişlik kavramı ilk kez 1974'te Freudenberg tarafından ortaya konulmuştur (Ergin, 1992:143). Freudenberg; çalıştığı bir sağlık kurumunda, kendisiyle birlikte gönüllü olarak çalışan kişilerin, çalışmaya başladıktan yaklaşık bir yıl sonra duygusal ve fiziksel enerji tükenmesi, çeşitli fiziksel ve zihinsel semptomların eşlik ettiği motivasyon kaybı ve davranışsal değişiklikler yaşadıklarını görmüş ve bu durumu "Personel Tükenmişliği" makalesinde ayrıntılı olarak tanımlamıştır (Freudenberger, 1974:160).

Tükenmişlik resmi tanı ölçütlerinden yoksundur; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'nda yer almaz. DSÖ tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD)'nın 25 Mayıs 2019'da yayınlanan son güncellemesinde ilk kez tanımlanmıştır ancak "tıbbi bir durum" olarak değil; "sağlık durumunu etkileyen bir faktör" olarak listelenmiştir. Tükenmişlik, ICD-11 sınıflandırma sisteminde "Sağlık durumunu etkileyen faktörler" içerisindeki "İş veya işsizlikle ilgili problemler" başlığı altında tanımlanarak ve QD85 kodu ile belirtilmektedir.

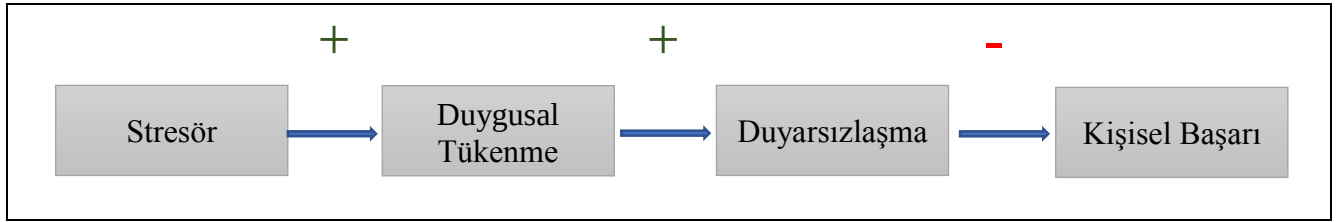
DSÖ tükenmişliği; "başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendrom" şeklinde tanımlayarak üç boyutla karakterize etmektedir: (1) Duygusal tükenme: Enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi, (2) Duyarsızlaşma: Kişinin işine karşı artan zihinsel mesafesi veya kişinin işiyle ilgili olumsuzluk veya sinizm duyguları, (3) Düşük kişisel başarı: Azaltılmış profesyonel etkinlik (WHO, 2019).

1.4.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik sendromunu tanımlamak, tükenmişliğe yol açan nedenleri açıklamak için farklı araştırmacılar tarafından farklı modeller geliştirilmiştir. Christina Maslach'ın (1981) tükenmişlik modeli, akademik literatürde yaygın olarak kabul edilen çalışan tükenmişliği modelidir. Bu model, çalışanlar işyerinde stresten muzdarip olduklarında ortaya çıkan birden fazla semptom tanımlamaktadır. Maslach'ın tükenmişlik modeline göre, çalışanlar üç ana semptomdan muzdarip olabilmektedir: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması.

Şekil 2

Maslach Tükenmişlik Modeli



Kaynak: Brenner (2020), Examining the Stage Progression of Employee Burnout, Hempstead: Hofstra University ProQuest Dissertations Publishing.

Duygusal Tükenme : Bireylerin işi gereği aşırı yüklenilmiş hissetmesi ve duygusal kaynaklarının tükenmesi sonucunda kendisini güçsüz, yorgun, bitkin hissetmesi ve diğerlerinin isteklerini karşılamada yetersiz kaldığını düşünmesi, duygusal tükenme olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmenin ilk ve temel aşaması olarak kabul edilen bu duyguyu yaşayan kişide hem çalışma isteği hem de yaşama isteği körelmiştir. Bu süreçte kişi hizmet verdiği kişilere karşı kendini daha az sorumlu hisseder, kendini işine vermekte zorluk yaşar, işte bulunduğu sürede çevresiyle olan iletişimini minimuma indirmeye çalışır (Saykal, 2021:18).

Duyarsızlaşma : Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası ilişkisini tanımlayan boyutudur. Maslach tarafından; bireyin hizmet verdiği kişilerden uzaklaşmak istemesi ve bu nedenle katı hatta insancıl olmayan tarzda bir tutum sergilemesi olarak tanımlanmıştır. Kişinin kendini, başkalarını ve çevresini algılayışının bozulması ve çarpıtılması ile karakterize edilmekte ve empati eksikliği olarak kendini göstermektedir. Duyarsızlaşma, alaycı ve olumsuz tutumlar şeklinde hastalarla iletişimi olumsuz etkileyebilir. Tükenmiş kişi; olumsuz deneyimlere karşı kendini korumak için bir hastayla temas halindeyken, hastayı nesneleştirir ve onları birey olarak değil, bir nesne olarak algılar (Prinz ve diğerleri, 2012:2).

Kişisel Başarı Eksikliği : Bireyin kendisini yetersiz ve başarısız olarak değerlendirme durumu olan kişisel başarı eksikliği çoğunlukla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutundan sonra ortaya çıkmaktadır. Mesleki yeterlilik ve etkililik duyguları, benlik saygısı ile doğrudan ilişkilidir (Méndez ve diğerleri, 2020:2). Dolayısıyla kişisel başarı eksikliği kişinin kendine olan öz saygısını kaybetmesine neden olabilmektedir.

1.4.2. Tükenmişliğin Patofizyolojisi

Nörogörüntüleme araştırmaları, tükenmişlik sendromunun belirli anatomik ve işlevsel beyin özellikleriyle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, Jovanovic ve ark., işle ilgili kronik stresi olan deneklerin, anterior singulat korteks (ACC) dahil olmak üzere, amigdala ile medial prefrontal korteks arasında fonksiyonel kopukluk ortaya çıkardığını göstermektedir. Ayrıca, HPA düzenlemesinde yer alan reseptörlerin (5-HT1A reseptörleri) ACC'de, insular kortekste ve hipokampüste azaldığını gözlemlediler. Bu sonuçlar, önemli yapısal ve işlevsel beyin değişiklikleri olduğunu göstermektedir (Jovanovic ve diğerleri, 2011:1179). Golkar ve ark. tükenmişlik yaşayan olgularda sağ amigdala ile medial prefrontal korteks (MPFC) arasındaki işlevsel ağın aktivasyonunda azalma gözlemleyerek, bu da olumsuz duyguları kontrol etme ve bunlarla baş etmedeki zorlukları açıklayabilmektedir (Golkar ve diğerleri, 2014:8). Tei ve ark., tükenmişlik olgularında empati ile ilgili beyin bölgelerinde (anterior insula, ACC ve somatosensoriyel korteks) azalmış aktivite tespit edildiğini bildirmektedir (Tei ve diğerleri, 2014:3).

Tükenmişlik, majör depresif epizot (atipik özelliklerle birlikte) ve kronik yorgunluk sendromu ile bir ölçüde örtüşmektedir. Luijtelaar ve ark. tükenmişlik olgularında EEG bulgularını analiz ederek, tükenmişlik sendromu yaşayanların ne depresyon ne de kronik yorgunluk sendromu için biyobelirteçlerle eşleşmeyen, daha çok bir kombinasyon gibi görünen net EEG anormallikleri gösterdiğini bulgulamışlardır. Bu çalışmada tükenmişlik yaşayanlarda EEG'de daha düşük alfa tepe frekansı ve düşük beta gücü gözlemlenmektedir (Luijtelaar ve diğerleri, 2010:214).

1.4.3. Tükenmişliğin Belirti ve Sonuçları

Giderek artan sayıda araştırma, tükenmişliğin fiziksel hastalıklar ve ruhsal bozukluklar için önemli bir risk faktörü olduğunu kanıtlamaktadır (Shirom ve diğerleri, 2005:297). Tükenmişliği daha yüksek olan çalışanların; kaygı, depresyon, uyku bozukluğu, hafıza bozukluğu, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve kardiyovasküler hastalıklar dahil olmak üzere bedensel ve psikolojik sağlık sorunu bildirme olasılığı daha yüksektir (Peterson ve diğerleri, 2008:92-93; Ahola ve diğerleri, 2010:55). Tükenmişlik; bireyi etkilediği gibi aynı zamanda o kişinin aile ve sosyal çevresini ve iş hayatını da etkileyen önemli bir sorundur. Bu sebeple hem bireysel hem de çevresel düzeyde birçok sonucu bulunmaktadır.

Tükenmişlik genellikle bir semptom paterni ile tanımlanmaktadır. Çoğu zaman bu semptom örüntüsü fiziksel, duygusal ve davranışsal kategorileri içermektedir (Dolan, 1987:3). Bireyin yaşadığı gerginlikten kaynaklanan duygusal yorgunluk, ilerleyen süreçte fiziksel yorgunluğa da sebep olabilmektedir. İş ortamında yaşanan gerginliğin uyku problemlerine sebebiyet vermesi sonucu bireylerde halsizlik, huzursuzluk hissi, sürekli işlerin yolunda gitmeyeceği düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kronikleşen yorgunluk ve gerginlik; psikosomatik şikayetleri artırmakta, hastalıkların uzun süre atlatılamamasına sebebiyet vermektedir (Beyoğlu, 2022:19). Tükenmişliğin, kardiyovasküler hastalık riskinin artması ve daha kısa yaşam beklentisi, alkol/madde kullanımı, kopmuş ilişkiler, anksiyete, depresyon ve intihar ile de ilişkili olduğu görülmektedir (Shanafelt ve diğerleri, 2014:678).

Tablo 5

Tükenmişliğin Fiziksel, Duygusal ve Davranışsal Belirtileri

Fiziksel Belirtiler	Duygusal Belirtiler	Davranışsal Belirtiler
Günün büyük kısmında yorgunluk ve bitkinlik hissi Güçsüzlük, enerji kaybı Hastalıklara daha hassas olma Uyku bozuklukları Baş, boyun, bel ağrısı İştah bozukluğu	Başarısızlık hissi ve kendinden şüphe etme Çaresizlik, kapana sıkışmış ve yenik düşmüş hissi Başarı ve tatmin duygusunda azalma Şüphelilik Yalnızlık ve çevreden kopukluk hissi Düşük motivasyon Olumsuz bakış açısı	Sorumluluktan kaçma Kendini izole etme İşleri savsaklama veya daha uzun sürede yapma Sorunlarla başa çıkmak için alkol veya uyuşturucu ilaca başvurma İşten kaçınma Hayal kırıklıklarının acısını başkalarından çıkartma

Kaynak: Verimer (2016). Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Depresyon. *Aydın Sağlık Dergisi*, 2(1), 1-15.

Tükenmişlik; sağlık çalışanları arasında yaygın bir mesleki tehlike olarak kabul edilmektedir. Tükenmişlik, majör tıbbi hata riskinin artmasıyla ilişkilidir (Tawfik, ve diğerleri, 2018:8). ABD'li doktorlar arasında tükenmişlik prevalansının %50'den fazla olduğu tahmin edilmekte (Shanafelt ve diğerleri, 2015:1600), aşırı yorgunluk %45 olarak bildirilmektedir (O'Donnell ve diğerleri, 2015:194) ve intihar düşüncesi genel popülasyona göre daha yüksek bulunmaktadır (Center, ve diğerleri, 2003:3161). 42.473 hekim içeren 47 çalışmanın bir meta-analizinde, doktorlardaki tükenmişliğin olumsuz hasta güvenliği olayları riskini iki katına çıkardığını ve genel bakım kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına yol açtığı saptanmıştır (Panagioti ve diğerleri, 2018: 1328). Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin; bakım kalitesi, hasta memnuniyeti, işten ayrılma ve hasta güvenliği üzerinde etkileri olduğuna dair kapsamlı kanıtlar göz önüne alındığında, tükenmişliğin toplumun geneli için önemli bir risk etkeni olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin;

bir çalışma daha yüksek duygusal tükenme düzeyine sahip onkologların, kendilerine sunulan varsayımsal bir senaryoda, daha düşük duygusal tükenme düzeyine sahip olanlardan daha derin sedasyonlu bir tedavi seçeneği seçme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Asai ve diğerleri, 2007:425).

1.4.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Tükenmişlik ve hasta güvenliği arasındaki ilişki hemşireler, doktorlar ve asistanlar için birçok çalışmada analiz edilmiştir. Bununla birlikte, hastane öncesi acil sağlık çalışanları, sıklıkla travmatize edici etkiler açısından yüksek potansiyeli olan halka açık ortamlarda bakım sağladıkları için özellikle duygusal stres riski altında olmalarına rağmen, hastane öncesi acil sağlık çalışanları ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Almanya’da hastane öncesi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini ölçmek için yapılan kesitsel çalışmada; katılımcıların %19,9 ile %40’ının tükenmişlik boyutlarından birinde yüksek derecede tükenmişlik gösterdiği; en yüksek tükenmişlik puanının duyarsızlaşma boyutunda saptandığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşireler ve cerrahlar için tükenmişlik prevalansı ile karşılaştırıldığında, duyarsızlaşma için bu sonuçlar daha da yüksek bulunmuştur (Baier ve diğerleri, 2018:5). Norveç ambulans personelinin ülke çapında bir yıllık takip çalışmasında; ambulans personellerinin lider desteğinden yoksun olma sıklığının bir yıllık takipte duygusal tükenme ve düşük iş doyumunu yordadığı bulunmuştur (Sterud ve diğerleri, 2011:1). Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi’nin yıllık hastalık-devamsızlık oranlarının ambulans çalışanları arasında daha yüksek düzeyde çıktığı görülmektedir (NHS, 2013). ABD’de kişisel tükenme, işle ilgili tükenme, hizmet alan/hasta ile ilgili tükenme boyutlarını ölçen Kopenhag Tükenmişlik Envanteri kullanılarak yapılan çalışmada; paramediklerin üçte birinden fazlası ve ATT’lerin yaklaşık dörtte birinden fazlası kişisel boyutta tükenmişlik sergilemiştir. Çalışmada paramediklerin %15’i, ATT’lerin %5’i hastayla ilgili tükenmişlik sergilemiştir. Düşük görünse bile bu boyutta hasta ile ilgili tükenmişlik prevalansının endişe edici olduğu vurgulanmaktadır. Öte yandan, hastane öncesi acil sağlık çalışanları arasında tahmin edilen tükenmişlik yaygınlığı, Fransa’daki acil servis hekimlerine (hastayla ilgili: %33) kıyasla daha düşük bulunmuştur (Crowe ve diğerleri, 2018:234).

1.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Ani gelişen ve tıbbi müdahalenin hemen yapılması gereken; aksi takdirde morbidite ve mortalite riski taşıyan hastalık, kaza ve benzeri durumlar acil tıbbi durum olarak nitelendirilir. Acil tıbbi durumların bildirilmesi, değerlendirilmesi, müdahalesi ve tedavisi “Acil Tıp Sistemi” çatısı altındaki tıbbi uygulamalarla sağlanmaktadır. Acil Tıp Sistemi; hastane içi ve hastane öncesi olmak üzere iki temel hizmet alanından oluşur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; hastaya acil sağlık hizmetinin hastane dışında ulaştırılıp ilk müdahalenin yapılarak hastanın bir sağlık kuruluşuna güvenli bir şekilde naklini sağlamayı kapsar. Hastane öncesi acil sağlık hizmeti, acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan hastaya yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın sağlanır.

Hastaların nakledilmesi için ambulans benzeri araçlar ilk olarak 1487 yılında, Malaga kuşatması sırasında İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır (McSwain, 2012:4). Savaş alanlarında yaralıları tahliye etmek için kullanılan ambulans hizmeti, sivil nüfus için 1832'de Londra'da kolera salgınında hastaların nakli için kullanılmaya başlanmıştır. Bir hastaneyle ilişkili ilk sivil ambulans hizmeti 1865'de Cincinnati'de başlatılmış ardından 1866'da New York'ta, telgrafla çağrılan ve içinde tıbbi ekipmanlar olan ilk sivil ambulans servisi kurulmuştur (Sanjay ve Abhilash, 2009).

Türkiye'de modern anlamda; hasta ve yaralı naklinde kullanılacak donanımlı nakil araçlarıyla eğitimli yetkin sağlık personelinin görev aldığı, herkes tarafından bilinen ambulans hizmetleri iletişim kanalı ile çalışan ilk ambulans sistemi "Hızır Acil Servis" ismiyle 9 Ekim 1985 tarihinde hayata geçirilmiştir (Erbay, 2017:29). 1994 yılında 077 Hızır Acil'den “112 Acil Yardım ve Kurtarma”ya geçilmiştir (MEB, 2011).

1.5.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Sunumu

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yapılanması doktorlu hizmet sunumu olarak başlamıştır; ilk yıllarda ambulanslarda hekimler ve şoförler görev alırken sonraki yıllarda hekim, hemşire, sağlık memuru, ambulans ve acil bakım teknikeri ve acil tıp teknisyeni sisteme dahil edilmiştir. Günümüzde ise ambulans hizmetlerinde çoğunlukla paramedikler görev almaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personeller;

Hekimler; hastane öncesi acil sağlık sisteminde yönetim kademesinde, komuta kontrol merkezinde danışman hekim olarak ve ambulanslarda görev yapmaktadırlar. Hekim bulunmayan acil yardım ambulanslarında görev yapan paramediklere tıbbi danışmanlık, komuta kontrol merkezindeki hekimler tarafından yapılmaktadır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000)’ne göre;

- “Ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT- paramedik); üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişilerdir.
- Acil tıp teknisyeni (ATT); Sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişilerdir.”
- Ambulans sürücüleri; 2004 yılına kadar Sağlık Bakanlığı’nda genel hizmetler hükümlerine göre çalışan ve şoför kadrosunda bulunan personellerden oluşurdu. 2004 yılından itibaren kamuya alınmaya başlanan 4/B’li sözleşmeli sağlık personelleri (AABT ve ATT) de yapılan mevzuat değişiklikleri ile ambulans sürücülüğü yapmaya başlamıştır. En az lise mezunu olmak şartıyla ATT, AABT ve diğer sağlık personellerinden B, C, D, E sınıfı sürücü belgesine sahip ve en az 2 yıl sürücülük deneyimi olacak şekilde personel alımı yapılabilmektedir (Bulut, 2016:13). Birçok istasyonda, görevli paramedik ve ATT’ler de mevzuata dayanarak ihtiyaç halinde ambulans sürücüsü olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde 112 Acil Sağlık Hizmetleri; illerde Sağlık Müdürlüklerinin Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları ile 7/24 saat kesintisiz ve ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Komuta Kontrol Merkezi (KKM); İl ambulans servisindeki tüm ambulansların sevk ve idaresini yaparak, acil yardım çağrılarının karşılandığı, acil müdahale işlem koordinasyonunun sağlandığı ve idaresinin gerçekleştiği merkezdir. Olağandışı durumlar ve afetlerde diğer kurumlarla iş birliği içerisinde olay yerine yeterince ambulans ve acil sağlık aracını görevlendirmekten ve hastane koordinasyonunun sağlanmasından sorumludur. Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak

işlemesini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmak komuta kontrol merkezinin görevidir. KKM’de; nöbetçi sorumlu hekim, hekim, çağrı karşılayıcı sağlık personeli görev almaktadır.

Ülkemizde 2003 yılında başlanılan “Tek Acil Çağrı Numarası” çalışmaları kapsamında Antalya, 06 Nisan 2005 tarihinde Pilot İl olarak belirlenmiş, 2007 yılından itibaren Antalya ilinde 112 hattının tek acil çağrı numarası uygulamasına başlanılmıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı,2021). Ülkemizde en fazla acil yardım istasyonuna sahip il olan İstanbul; 24 Haziran 2021 tarihinde Tek Acil Çağrı Numarası’na geçmiş, 1 Temmuz 2021 itibarıyla ülkemizdeki tüm acil yardım numaralarının 112 numarası altında birleşmesi tamamlanmıştır.

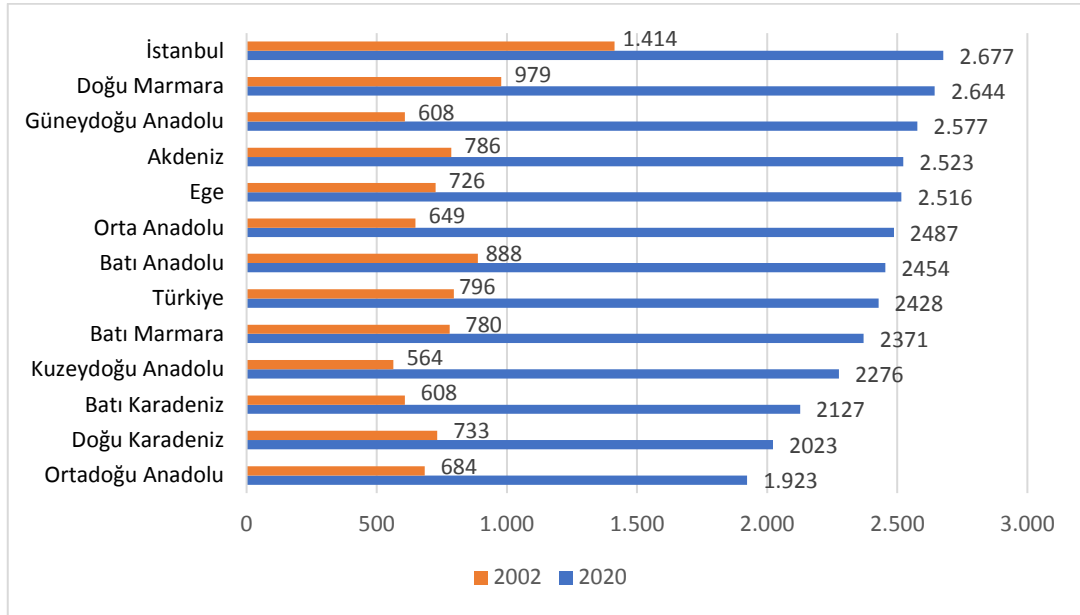
İstasyon; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2016)’ne göre; hastane öncesi sağlık hizmetleri çerçevesinde, acil çağrılara olay yerinde ve nakil sürecinde sağlık hizmeti vermek üzere ambulans ve ambulans ekiplerinin konuşlandığı birimlerdir. Acil yardım ambulans ekibi; bir hekim veya bir paramedik veya Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş modül eğitimlerini tamamlamış bir acil tıp teknisyeni ile diğer bir sağlık personeli ve bir sürücü olmak üzere üç kişiden oluşur.

İstasyonlar hizmet sunulacak nüfus, acil sağlık hizmeti veren tedavi kurumuna uzaklık, sağlık kuruluşlarının dağılımı, ulaşım imkanları, bölgedeki acil müdahale gerektiren olayların sıklığı dikkate alınarak yapılan incelemeler sonucunda Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile kurulurlar (Resmi Gazete Sayı: 24046, 2000).

Ülkemizde 2002 yılında 481 olan 112 acil yardım istasyonu sayısı 2020 yılı itibari ile 3.050’ye çıkarılmıştır. 2002 yılında 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus 138.050 olarak tespit edilmiş, yıllar itibariyle istasyon sayılarında ciddi artış yaşanarak bu sayı giderek düşmüş ve 2020 yılı itibari ile 27.415 olarak tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Şekil 3

**İBBS-1'e Göre Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı, Sağlık Bakanlığı,
2002, 2020**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2020), Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı, ülkemizde 2002 yılında 796 iken 2020 yılında 2.428 olmuştur. İstasyon başına düşen nüfus azalmasına karşın ambulansların vaka sayılarının artması, acil sağlık hizmetleri talebinde artış olduğunu göstermektedir. Türkiye'de en yoğun nüfusa sahip İstanbul'da, 2020 verilerine göre toplam 342 acil sağlık hizmetleri istasyonu bulunmaktadır. Bunu Ankara 160, İzmir 103, Bursa 82 istasyon ile takip etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Tablo 6

İstanbul için Bazı Sağlık Göstergeleri, Sağlık Bakanlığı, 2020

	2019	2020
Acil Yardım İstasyon Sayısı	307	342
Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus	50.551	45.212
Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	2.311	2.677
112 Acil Çağrı Merkezine Yapılan Asılsız İhbar Oranı	18,2	12,1

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2020), Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

İstanbul'da 2019 yılında 307 acil sağlık hizmetleri istasyonu bulunurken; pandemi ile birlikte artan iş yükünü azaltabilmek ve artan talebin daha hızlı karşılanabilmesi adına 35 yeni istasyon açılmasıyla toplam sayı 342'ye ulaşmıştır. Buna rağmen istasyon başına düşen vaka sayısının artmış olduğu görülmektedir.

1.5.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Personelinin Çalışma Ortamı ve Risk Faktörleri

Hastane öncesi acil sağlık sistemi; çalışma koşulları açısından ele alındığında kendine özgü çeşitli risk ve tehlikeler içermektedir. Ambulans çalışanları üzerine yapılan araştırmalar, işin doğası gereği stresli olduğu varsayımına dayanmaktadır. Ambulans çalışanları, hasta yakınları veya vatandaşlar tarafından dikkatle incelenirken, alışılmadık ve elverişsiz koşullarda, çoğunlukla kendi güvenliklerini kendileri sağlayarak yaşam ve ölüm arasındaki çizgide olabildiğince hızlı ve hatasız acil müdahale uygulamak zorunda kalmaktadır. İstanbul hastane öncesi sağlık sistemini işyeri güvenliğinin sağlanması açısından değerlendirdiğimizde; sağlık komuta kontrol merkezi ile en uzak acil sağlık hizmetleri istasyonu arasında 105 km mesafenin mevcut olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanları; diğer meslek gruplarından 16 kat daha fazla şiddete maruz kalırlar. Ambulans çalışanları, çalışma şartları göz önünde bulundurulduğunda hastane çalışanlarından daha riskli durumdadır. Üç kişiden oluşan ambulans ekibi beyaz kod verdiğinde güvenlik güçleri olay yerine ulaşana kadar fiziksel ve psikolojik sarsıntılar ve hatta ölümle sonuçlanan olaylar yaşanmaktadır (Güneş, 2019:14). Sağlık personeline yönelik şiddete maruziyetin; fiziksel yaralanma olmadığında bile TSSB da dâhil olmak üzere mağdurlar üzerinde genellikle uzun vadeli psikolojik etkileri olduğu, öte yandan sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet ile hasta tarafından derecelendirilen bakım kalitesi arasında da bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet veya tehditler sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir (Arnetz ve Arnetz, 2001:424). Adana hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmada, personellerin %84,3'ünün meslek yaşamlarında şiddette uğradığı; %99,7'sinin hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışırken şiddete uğradığı saptanmıştır. Katılımcıların %36'sı hasta, %57'si hasta yakını, %22,7'si orada bulunan herhangi bir kişi veya grup tarafından şiddete uğradığı belirlenmiştir (Akbaş ve diğerleri, 2016: 93,97). Ambulans çalışanlarının görevleri sırasında rutin ve kaçınılmaz olarak bir dizi son derece stresli olaya maruz kalmasının TSSB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lowery ve Stokes, 2005: 171-172).

Hastane öncesi acil sağlık çalışanları vardiya usulü, nöbet tutarak; 24 saatlik nöbet süresince çağrı üzerine çalışma sistemiyle görev yapmaktadır. Bu sebepten düzensiz çalışma saatleri ve meslekleri gereği bu çalışma şekillerine uyum sağladıklarından dolayı düzensiz uyku, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi risk faktörleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu

faktörler de meslek hastalığı ya da iş sağlığı güvenliği problemine yol açabilmektedir (Bulut, 2016: 22). Vardiya usulü çalışan personellerde, rutin uyku-uyanıklık saatlerine uymayan çalışma sistemi sirkadyen ritm bozukluğuna sebep olabilmektedir. Nöbet usulü çalışmak, yaşam kalitesini düşüren, psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlayan olası bir risk etkenidir (Selvi ve diğerleri, 2010:239).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre işyerlerinin iş sağlığı ve güvenliği açısından yer aldığı tehlike sınıfları listesinde “ambulansla hasta taşıma faaliyeti (hastane dışı)” olarak tanımlanarak tehlikeli sınıfta yer almıştır (T.C. Resmi Gazete, 2012). Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının mesleki riskleri Tablo 7’de görüldüğü gibi fiziksel/ergonomik riskler, biyolojik riskler, kimyasal riskler, psikososyal riskler ve çevresel-çalışma koşullarına bağlı olarak sınıflandırılabilir.

Tablo 7
Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri

Fiziksel/Ergonomik	Biyolojik	Kimyasal	Psikososyal	Çevresel-Çalışma Koşullarına Bağlı
Yük kaldırma Yetersiz ışık Çok sıcak/Çok soğuk hava Gürültü Radyasyon	Damlacık yolu ile bulaş Kan veya vücut sıvılarının teması ile bulaş Biyolojik ajanlar	Solüsyonlar İlaçlar Zehirlenmeye sebep olacak çeşitli kimyasallar	Stres TSSB Tükenmişlik Anksiyete İkincil travmatik stres Merhamet yorgunluğu	Ambulans kazaları Şiddet Sağlıksız beslenme Gece Çalışması Uzun süre çalışma Afetler

Kaynak: Bulut, A. (2016). 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi; Yıldırım, S. A. ve Gerdan, S. (2017). Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki mesleki riskleri. Hastane Öncesi Dergisi, 2 (1).

Birleşik Krallık'taki ambulans personelinin, diğer sağlık personeline göre zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları nedeniyle daha yüksek erken emeklilik oranları sergilediği saptanmıştır. Emeklilik nedenlerine bakıldığında; emekli olanların dörtte üçünün kas-iskelet sistemi, dolaşım bozukluğu ve ruhsal bozukluklar sebebiyle emekliliğe ayrıldığı görülmektedir (Rodgers, 1998:126).

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, mesleği gereği sürekli olarak travmatize hastalara hizmet vermekte, doğal afetler gibi olağandışı durumlarda aktif görev almakta, sıklıkla travmatik olaylara şahit olmakta, travmatik olaylar yaşamaktadırlar. Olumsuz yaşam olaylarının travma sonrası stres bozukluğuna ve yaygın anksiyete bozukluğuna sebep olabileceği bilinmektedir. Literatürde hem TSSB düzeyi hem de YAB düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Alexander ve Klein, 2018; Aba, 2022; Huang ve diğerleri, 2021). Tükenmişlik; kişisel ve toplumsal ciddi sonuçları olan bir sendromdur. Literatürde hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB, YAB, tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalar olmasına karşın, bu alandaki akademik çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir.

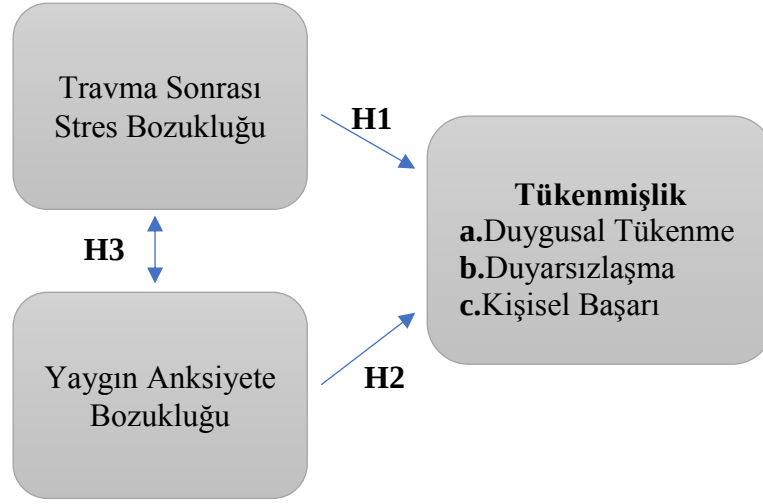
Küresel bir travma olan pandemide ön saflarda görev alan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının ruhsal etkilenme düzeyinin belirlenmesi, bu etkilenme ile ilişkili faktörlerin tespit edilmesi; mevcut sorunun çözüm yollarının araştırılması ve işin doğası gereği tekrarlayan travmatik olaylar karşısında psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik çözüm konusunda yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Bu çalışmada; pandemi sürecinde görev alan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personeline TSSB ve YAB yaygınlığının ölçülmesi; travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisinin saptanması amaçlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Modeli

Kesitsel tipte ve nicel bir araştırmadır.

TSSB gelişimi için ‘travmatik olay’ gerekli koşuldur ve DSM-5 A kriteridir. Bu çalışmada “pandemi” tüm katılımcıları etkileyen bir travma olarak ele alınmıştır ve tüm katılımcılar PCL-5 ölçeğine dahil edilmiştir. Katılımcılarda TSSB ve YAB arasındaki ilişki; TSSB ve YAB’ın tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.



2.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile tükenmişlik boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H1a: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H1b: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H1c: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile kişisel başarı düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile tükenmişlik boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H2a: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H2b: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H2c: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile kişisel başarı düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile YAB düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2.4. Araştırmanın Süreci

İstanbul S.B.Ü. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden bilimsel araştırma izni alındıktan sonra araştırmaya başlanılmıştır.

Bu çalışma için anketlerin uygulanmasına; ülkemizde ilk Covid-19 vakasının tespit edildiği 11 Mart 2020 tarihinden 5 ay sonra 18 Ağustos 2020 tarihinde başlanılmış, anketlerin uygulaması 16 Eylül 2020 tarihinde sonlanmıştır. Şekil 4'te ülkemizdeki Covid-19 günlük hasta sayıları grafik şeklinde gösterilmiş, bu çalışmanın yapıldığı tarih ok ile işaretlenmiştir.

Şekil 4

Türkiye'deki Günlük Covid-19 Hasta Sayısı Grafiği



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2022), *Covid-19 Bilgilendirme Platformu*, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> (Erişim tarihi: 25 Kasım 2022)

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, İstanbul'da 112 Acil Sağlık Hizmetleri bünyesindeki 342 istasyonda ve komuta kontrol merkezinde çalışan toplam 5304 personelden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünü saptamak için kullanılan formül ile hesaplama yapılmıştır. Buna göre;

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

Evreni bilinen örneklem formülü ile yapılan hesaplama sonucunda örneklemin en az 358 kişi olması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma 545 kişi ile tamamlanarak güven düzeyinin artması sağlanmıştır. Analizler 536 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların %1,6'sı (n= 9) ilgili ölçek maddelerini boş bırakması sebebiyle analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri:

- İstanbul komuta kontrol merkezinde veya acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görevli olanlar.
- 24 saat nöbet usulü ile çalışıyor olmak.
- Pandemi sürecinde çalışmış olmak.

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Pandemi sürecinde idari izin vb sebebiyle aktif görevde olmayanlar.
- İdari görevde olanlar.
- İstanbul İl Ambulans Servisi'ne bağlı olarak çalışmayanlar.
- Mesai usulü çalışanlar.

2.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Uygulama

Karşılıklı yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanılmıştır. Veriler, hazır paket halinde verilen anket formlarında yer alan; DSM-5 için travma sonrası stres bozukluğu kontrol listesi (PCL-5), yaygın anksiyete bozukluğu 7 maddeli (YAB-7) testi, Maslach tükenmişlik ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen sağlık çalışanı soru formu ile elde edilmiştir.

2.6.1. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

DSM-5'e göre bireylerin son 1 aydaki TSSB semptomlarının şiddetini değerlendiren 20 maddelik öz bildirime dayalı bir ölçektir (Ek 2). Weathers ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada 31 ila 33 arasındaki PCL-5 kesme puanlarının TSSB teşhisi için optimal olarak etkili olduğu saptanmıştır ($\kappa(.5) = .58$) (Weathers ve diğerleri, 2013).

Boysan ve arkadaşları (2017) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Çalışmalarında TSSB tanısı için .76 duyarlılık ve .69 özgüllük ile ≥ 47 kesme puanı önerilmiştir. Cronbach Alpha değerleri; yeniden deneyimleme (B kriteri) .79-.92, kaçınma (C kriteri) .73-.91, kognitif fonksiyonlarda ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (D kriteri) .85-.90, aşırı uyarılma (E kriteri) için .81-.88 ve ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri .94 olarak ölçülmüştür.

Tablo 8
PCL-5 ve Alt Faktörlerine Ait Cronbach Alfa Değerleri

	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alfa
PCL-5 toplam	20	1-20	.958
Yeniden Yaşantılama	5	1-5	.880
Kaçınma	2	6-7	.861
Kognitif fonksiyonlarda ve Duygudurumda Olumsuz Değişiklikler	7	8-14	.896
Aşırı Uyarılma	6	15-20	.890

Tablo 8 incelendiğinde; bu çalışmada, PCL-5'in toplam ve alt faktörlerine ait iç tutarlılık güvenirlik katsayıları Cronbach Alfa 0.862 ile 0.958 arasında hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0.958 olarak ölçülmüştür. Alt faktörlerine ait iç tutarlılık güvenirlik katsayıları yeniden yaşantılama alt faktörü için 0.880; kaçınma alt faktörü için 0.861; kognitif fonksiyonlarda ve duygudurumda olumsuz değişiklikler alt faktörü için 0.896; aşırı uyarılma alt faktörü için 0.890 olarak hesaplanmıştır.

Ülkemizde PCL-5 ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde; kesme noktası puanının 31 (Görgün, 2022:56; Taş, 2021:31), 33 (Demir, 2022:47) ve 47 (Tarhan,2022:45) olarak belirlendiği görülmektedir. Bu tez çalışmasında PCL-5 ölçeğindeki veriler DSM-5 kriterlerine göre değerlendirildiğinde ve kesme puanı 33 belirlenerek hesaplandığında elde edilen TSSB yaygınlık sonuçlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada 33 kesme noktasına göre TSSB değerlendirmesi yapılmıştır.

2.6.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7)

YAB-7 Spitzer ve ark. tarafından yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Konkan ve ark. tarafından yapılarak geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Spitzer ve diğerleri, 2006; Konkan ve diğerleri, 2013) (Ek 3). Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10, ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme noktalarıdır. Toplam puanı 10 ve üzerinde alanların diğer yöntemlerle YAB açısından araştırılması gereklidir. Toplam puan eşiği 10 olarak seçildiğinde YAB tanısı için duyarlılığı %89, özgüllüğü ise %82 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada, iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri .897 olarak hesaplanmıştır.

2.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik düzeyini ölçmek için geliştirilen ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır (Ek 4). Duygusal Tükenme (DT), Kişisel Başarı (KB) ve Duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç boyutu vardır (Maslach ve Jackson 1986). Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.65, Kişisel Başarı için 0.72 olarak bulunmuştur. Puanlar her alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Ölçeğin kesme değeri yoktur. Tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve DYS puanlarının daha yüksek, KB puanlarının daha düşük olması beklenmektedir.

Tablo 9
MTÖ Alt Faktörlerine Ait Cronbach Alfa Değerleri

	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alfa
DT	9	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	.898
DY	5	5, 10, 11, 15, 22	.631
KB	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	.707

Tablo 9 incelendiğinde; bu çalışmada, MTÖ alt faktörlerine ilişkin Cronbach Alfa değeri Duygusal tükenme için .898; Duyarsızlaşma .631; Kişisel başarı .707 olarak hesaplanmıştır.

2.7. İstatistiksel Analiz

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 26.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Ölçeklerin çalışılan örneklem için iç tutarlılığı Cronbach Alfa yöntemi ile analiz edilmiştir. Ölçeklerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen veriler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde belirtilmiş ve istatistiksel değerlendirme tek yönlü varyans analizi, post-hoc testi, t-testi ve Pearson korelasyon analizi ile yapılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10
Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerinin Dağılımı

				N	%	
Cinsiyet		Kadın		240	44.8	
		Erkek		296	55.2	
		Toplam		536	100.0	
Yaş		20-25		287	53.5	
		26-30		108	20.1	
		31 ve üstü		141	26.3	
		Toplam		536	100.0	
Eğitim Durumu		Lise		96	17.9	
		MYO (2 yıllık)		322	60.1	
		Lisans		109	20.3	
		Lisansüstü		9	1.7	
		Toplam		536	100.0	
Çalışma Hayatına Dair Bilgiler	Meslek		ATT		153	28.5
			AABT		248	46.3
			Sürücü		92	17.2
			Doktor		28	5.2
			Diğer (hemşire, sağlık memuru, veri giriş)		15	2.8
			Toplam		536	100.0
	Görev Yapılan Birim		Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu		338	63.0
			Komuta Kontrol Merkezi	Acil	129	24.1
				Covid destek	35	6.5
				Nakil	34	6.4
			Toplam		536	100.0

Demografik bilgileri incelendiğinde katılımcıların, %44.8’i (N=240) kadın ve %55.2’si (N=296) erkektir. Grubun yaş ortalaması 27.54 ± 6.32 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %53.5’i (N=287) 20-25 yaş aralığında, %20.1’i (N=108) 26-30 yaş aralığında ve %26.3’ü (N=141) 31 yaş ve üstüdür. Katılımcıların %17.9’u (N=96) lise, %60.1’i (N=322) 2 yıllık MYO, %20.3’ü (N=109) lisans ve %1.7’si (N=9) lisansüstü mezunudur. Araştırmaya dahil olan katılımcıların %28,5’i (N=153) ATT, %46,3’ü (N=248) AABT, %17,2’si (N=92) sürücü, %5,2’si (N=28) doktor ve %2,8’i (N=15) diğer personeldir (hemşire, sağlık memuru, veri giriş). Katılımcılara pandemi sürecinde çoğunlukla çalıştıkları birim sorulduğunda; katılımcıların %63’ü (N=338) acil sağlık hizmetleri

istasyonunda, %24,1'i (N=129) KKM acil, %6,5'i (N=35) KKM Covid destek ve %6,4'ü (N=34) KKM nakil biriminde görev aldığı görülmektedir.

3.2. Katılımcıların Mesleki Travma Yaşantıları Nedeniyle Yaşadıkları Ruhsal Sorunlara İlişkin Bilgiler

Çalışmaya katılan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının mesleki yaşamda karşılaştıkları travmatik olaylar nedeniyle yaşadıkları ruhsal sorunlara ait bulguların frekans ve yüzde dağılımları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11

Katılımcıların Mesleki Travma Yaşantılarına Dair Bilgilerin İncelenmesi

		N	%
Mesleki yaşamda karşılaştığınız travmatik olaylara ilişkin ruhsal sorunlar yaşadınız mı?	Evet	218	40.7
	Hayır	318	59.3
	Toplam	536	100.0
<i>Cevabınız EVET ise aşağıdaki soruları yanıtlayınız (n=218):</i>			
Yaşadığınız ruhsal sorunlar nedeniyle yardım arayışınız oldu mu?	Evet	118	54.1
	Hayır	100	45.9
	Toplam	218	100.0
Olduysa Kimden? (n = 118) (birden fazla seçenek mümkün)	Meslektaşından	50	42.67
	Psikiyatrist	5	4.24
	Psikolog	15	12.71
	Eczacı	1	0.85
	Aile	55	46.61
	Arkadaş	47	39.83
	Diğer	1	0.85
Çalıştığınız kurumda ihtiyaç duyduğunuzda danışabileceğiniz, destek alabileceğiniz bir psikolog olmasını ister miydiniz?	Evet	410	76.5
	Hayır	28	5.2
	Kararsız	98	18.3
	Toplam	536	100.0

Tablo 11 incelendiğinde; katılımcıların %40,7'si mesleki yaşamda karşılaştıkları travmatik olaylara ilişkin ruhsal sorunlar yaşadığını, ruhsal sorunlar yaşayanların %54'ü yardım arayışında bulunduğunu belirtmiştir. Ruhsal sorun yaşadığını belirten katılımcıların %4'ü psikiyatriste, %12,7'si psikoloğa başvurduğunu bildirmiştir. Araştırmaya katılanların %76,5'i çalıştığı kurumda ihtiyaç duyduğunda destek alabileceği bir psikolog olmasını istediğini belirtmiştir.

3.3. Ölçeklere Dair Betimsel Analizler

536 katılımcıya DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği verilmiştir.

Tablo 12

Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Analizlerinin Sonuçları

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	S.s.
TSSB	0	80	43.82	19.45
YAB	0	21	7.91	5.56
MTÖ	Duygusal Tükenme	0	36	16.06
	Duyarsızlaşma	0	20	6.66
	Kişisel Başarı	5	32	21.17

Katılımcıların TSSB puanları değerlendirildiğinde, alınabilecek en yüksek puan 80 iken katılımcıların ortalaması 43.82 ± 19.45 'dir. YAB puanında alınabilecek en yüksek değer 21 iken katılımcıların ortalaması ise 7.91 ± 5.56 'dır. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği değerlendirildiğinde; ölçekten alınabilecek en yüksek duygusal tükenme puanı 36 iken katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması 16.06 ± 8.49 'dur. Ölçekten alınabilecek en yüksek duyarsızlaşma puanı 20 iken katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalaması 6.66 ± 4.23 'tür. Maslach tükenmişlik ölçeği en yüksek kişisel başarı puanı 32 iken kişisel başarı puan ortalaması 21.17 ± 4.89 olarak ölçülmüştür.

Tablo 13

TSSB ve YAB Ölçeklerine Dair Bilgiler

	N	%
TSSB		
Tanlı	384	71.6
Tanı Yok	152	28.4
YAB		
Tanı yok (YAB-7 <5)	169	31.5
Hafif Anksiyete (YAB-7=5-9)	186	34.7
Orta Anksiyete (YAB-7=10-14)	106	19.8
Ciddi Anksiyete (YAB-7≥15)	75	14.0

PCL-5 ölçek puanları kesme puanı 33 olacak şekilde incelendiğinde katılımcıların %71,6'sı (N=384) PCL-5 kesme puanının üzerinde puan alarak TSSB kriterlerini karşılamıştır.

YAB-7 ölçeğinde belirlenen kesme puanlarına göre; katılımcıların %34,7'sinde hafif anksiyete, %19,8'inde orta anksiyete, %14'ünde ise ciddi anksiyete olduğu saptanmıştır. Katılımcılardaki anksiyete oranı ($YAB-7 \geq 10$) %33,8'dir.

3.3.1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Özellikleri ile TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların demografik değişkenlerinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve alt boyutları ile olan ilişkisini incelemek için Bağımsız Gruplar için T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizleri uygulanmıştır.

Tablo 14

Katılımcıların Cinsiyetlerinin TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi

	Cinsiyet	N	Ort.	S.s.	F/t	P	
TSSB	Erkek	296	40.70	19.79	-4.191	.000	
	Kadın	240	47.67	18.34			
YAB	Erkek	296	7.45	5.42	-2.132	.033	
	Kadın	240	8.48	5.70			
MTÖ	Duygusal Tükenme	Erkek	296	14.37	8,38	-5.228	.000
		Kadın	240	18.14	8,19		
	Kişisel Başarı	Erkek	296	21.65	5,24	2.603	.010
		Kadın	240	20,57	4,35		
	Duyarsızlaşma	Erkek	296	6,19	4,28	-2.911	.004
		Kadın	240	7,25	4,10		

Yapılan bağımsız gruplar için t-testi analizinin sonuçlarına göre cinsiyetin TSSB, YAB, DT, KB ve DYS ile anlamlı bir ilişkisi vardır, $t(534) = -4.191$, $p = .000$; $t(534) = -2.132$, $p = .033$; $t(534) = -5.228$, $p = .000$; $t(534) = 2.603$, $p = .010$; $t(534) = -2.911$, $p = .004$. Elde edilen sonuçlara göre kadınların TSSB, YAB, DT ve DYS puanları erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. Erkeklerin ise KB puanları kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 15**Katılımcıların Yaşlarının TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi**

	Yaş	N	Ort.	S.s.	F/t	p
TSSB	20 – 25	287	46,06	18,68	6.738	.001
	26 – 30	108	44,40	18,60		
	31 ve üstü	141	38,83	20,79		
YAB	20 – 25	287	8,55	5,39	6.750	.001
	26 – 30	108	8,09	5,79		
	31 ve üstü	141	6,48	5,51		
Duygusal Tükenme	20 – 25	287	15,91	8,42	3.450	.032
	26 – 30	108	17,81	8,58		
	31 ve üstü	141	15,01	8,44		
MTÖ	Kişisel Başarı	20 – 25	287	21,06	.286	.751
		26 – 30	108	21,48		
		31 ve üstü	141	21,15		
	Duyarsızlaşma	20 – 25	287	6,88	4.619	.010
		26 – 30	108	7,25		
		31 ve üstü	141	5,77		

Yapılan tek yönlü varyans analizinin sonuçlarına göre yaşın TSSB, YAB, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ile anlamlı bir ilişkisi vardır, $F(2,533) = 6.738$, $p = .001$; $F(2,533) = 6.750$, $p = .001$; $F(2,533) = 3.450$, $p = .032$; $F(2,533) = 4.619$, $p = .010$. Kişisel Başarı ile ise anlamlı bir ilişkisi yoktur, $F(2,533) = .286$, $p = .751$.

Yapılan post hoc analizlerine göre 20 – 25 yaş arasındaki katılımcıların TSSB, YAB ve DYS puanları 31 yaş ve üstü katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

26 – 30 yaş aralığındaki katılımcıların DT ve DYS puanları 31 yaş ve üstü katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

Yapılan tek yönlü varyans analizinin sonuçlarına göre eğitimin TSSB, YAB, DT, KB ve DYS ile anlamlı bir ilişkisi yoktur, $F(3,532) = 2.014$, $p = .111$; $F(3,532) = .661$, $p = .576$; $F(3,532) = 2.272$, $p = .079$; $F(3, 532) = 2.052$, $p = .106$; $F(3,532) = .873$, $p = .455$.

Tablo 16**Katılımcıların Mesleklerinin TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi**

	Meslek	N	Ort.	S.s.	F/t	P
TSSB	ATT	153	45,06	20,31	6.792	.000
	AABT	248	46,79	17,52		
	Sürücü	92	38,79	20,87		
	Doktor	28	31,82	17,82		
	Diğer	15	35,40	20,38		
YAB	ATT	153	8,23	6,08	2.198	.068
	AABT	248	8,34	5,26		
	Sürücü	92	6,60	5,36		
	Doktor	28	7,67	5,43		
	Diğer	15	6,12	5,64		
Duygusal Tükenme	ATT	153	18,10	8,10	7.427	.000
	AABT	248	16,07	8,50		
	Sürücü	92	12,28	8,12		
	Doktor	28	17,75	8,12		
	Diğer	15	15,00	8,23		
MTÖ	Kişisel Başarı	ATT	153	20,48	3.126	.015
		AABT	248	21,44		
		Sürücü	92	22,26		
		Doktor	28	19,68		
		Diğer	15	19,74		
	Duyarsızlaşma	ATT	153	7,27	5.070	.001
		AABT	248	6,97		
		Sürücü	92	5,12		
		Doktor	28	6,64		
		Diğer	15	4,78		

Yapılan tek yönlü varyans analizinin sonuçlarına göre mesleğin TSSB, DT, KB ve DYS ile anlamlı bir ilişkisi vardır, $F(4,531) = 6.792$, $p = .000$; $F(4,531) = 7.427$, $p = .000$; $F(4,531) = 3.126$, $p = .015$; $F(4,531) = 5.070$, $p = .001$. Mesleğin YAB ile ise anlamlı bir ilişkisi yoktur, $F(4,531) = 2.198$, $p = .068$.

ATT'lerin TSSB puanları doktorlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. ATT'lerin DT ve DYS puanları sürücülere kıyasla anlamlı olarak daha yüksekken, KB puanları sürücülerden anlamlı olarak daha düşüktür.

AABT'lerin TSSB puanları doktor ve sürücülere kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. Aynı zamanda AABT'lerin DT ve DYS puanları sürücülere kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür.

Sürücülerin DT puanları doktorlara kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 17**Pandemi Sürecinde Çalışılan Birim ile TSSB, YAB ve MTÖ Alt Boyutları İlişkisi**

	Pandemide Çalışılan Birim	N	Ort.	S.s.	F/t	p	
MTÖ	TSSB	Acil sağlık hizmetleri istasyonu	338	45.78	19.54	5.413	.001
		KKM- Acil	129	41.37	18.96		
		KKM- Covid destek	35	44.37	15.45		
		KKM- Nakil	34	33.10	20.31		
	YAB	Acil sağlık hizmetleri istasyonu	338	8.00	5.71	4.336	.005
		KKM- Acil	129	8.26	5.29		
		KKM- Covid destek	35	8.88	5.48		
		KKM- Nakil	34	4.73	4.13		
	Duygusal Tükenme	Acil sağlık hizmetleri istasyonu	338	16.03	8.82	.781	.505
		KKM- Acil	129	16.71	7.60		
		KKM- Covid destek	35	14.29	8.68		
		KKM- Nakil	34	15.68	8.27		
	Kişisel Başarı	Acil sağlık hizmetleri istasyonu	338	22.13	4.78	12.647	.000
		KKM- Acil	129	19.43	4.52		
		KKM- Covid destek	35	19.61	4.44		
		KKM- Nakil	34	19.83	5.37		
Duyarsızlaşma	Acil sağlık hizmetleri istasyonu	338	6.65	4.31	.169	.918	
	KKM- Acil	129	6.77	4.01			
	KKM- Covid destek	35	6.23	3.79			
	KKM- Nakil	34	6.84	4.81			

Yapılan tek yönlü varyans analizine göre pandemi sürecinde çalışılan yer ile TSSB, YAB ve KB puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır, $F(3,532) = 5.413$, $p = .001$; $F(3,532) = 4.336$, $p = .005$; $F(3,532) = 12.647$, $p = .000$. DT ve DYS ile ise anlamlı bir ilişki yoktur, $F(3,532) = .781$, $p = .505$; $F(3,532) = .169$, $p = .918$.

Yapılan post hoc analizine göre Acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışanlar, KKM acil ve KKM-Covid destek biriminde çalışanlar arasında TSSB ve YAB açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Acil sağlık hizmetleri istasyonunda alışanların TSSB ve YAB puanları KKM-nakil’de çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. KB puanları ise hem KKM-acil hem KKM- Covid destek hem de KKM-nakil’den daha yüksektir.

KKM-acil alışanlarının YAB puanları KKM-nakilde çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

KKM-Covid destek’te alışanların YAB puanları KKM-nakil’de çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

3.3.2. TSSB, YAB, MTÖ Alt Boyutları olan Duygusal Tükenme, Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma Arasındaki İlişki

TSSB, YAB, DT, KB ve DYS arasındaki ilişkiye bakmak için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18

TSSB, YAB, Duygusal Tükenme, Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma Arasındaki İlişki

	TSSB	YAB	Duygusal Tükenme	Kişisel Başarı	Duyarsızlaşma
TSSB	1	.631**	.528**	.045	.453**
YAB		1	.492**	-.063	.352**
Duygusal Tükenme			1	-.153**	.661**
Kişisel Başarı				1	-.128**
Duyarsızlaşma					1

*0.05, **0.01

TSSB ile YAB arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.631$; $p<0.01$). TSSB ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutları olan DT ile 0.528 düzeyinde pozitif ve anlamlı bir ilişki, DYS ile 0.453 düzeyinde pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutu olan KB ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($r=.045$, $p>0.05$).

YAB ile DT ile 0.492 düzeyinde pozitif ve anlamlı bir ilişki, Duyarsızlaşma ile 0.352 düzeyinde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$). KB ile YAB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir ($r=-.063$, $p>0.05$).

DT ile KB arasında negatif ve DYS ise pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.153$, $p<.01$; $r=.661$, $p<.01$). KB ile DYS ile ise negatif ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=-.128$, $p<.01$).

3.3.3. TSSB Olanların YAB ve Tükenmişlik Puanlarının İncelenmesi

TSSB'si olan ya da olmayan katılımcıların YAB ve MTÖ alt boyutları ile olan ilişkisini incelemek adına Bağımsız Gruplar için T-Testi analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19

TSSB'si Olan ya da Olmayan Katılımcıların YAB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi

	TSSB	N	Ort.	S.s.	F/t	P
YAB	Yok	152	3,98	3,57	-13.692	.000
	TSSB	384	9,47	5,44		
Duygusal Tükenme	Yok	152	10,77	7,22	-9.849	.000
	TSSB	384	18,15	8,05		
MTÖ Kişisel Başarı	Yok	152	20,78	5,04	-1.143	.254
	TSSB	384	21,32	4,82		
Duyarsızlaşma	Yok	152	4,20	3,65	-9.514	.000
	TSSB	384	7,64	4,05		

Yapılan bağımsız gruplar için t-testi analizine göre TSSB'nin YAB, DT ve DYS puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır, $t(534) = -13.692$, $p = .000$; $t(534) = 9.849$, $p = .000$; $t(534) = -9.514$, $p = .000$. KB ile ise anlamlı bir ilişkisi yoktur, $t(534) = -1.143$, $p = .254$.

Elde edilen sonuçlara göre TSSB'si olanların YAB, DT ve DYS puanları olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

3.3.4. YAB Olanların TSSB ve Tükenmişlik Puanlarının İncelenmesi

YAB olanların TSSB ve MTÖ alt boyutları ile olan ilişkisini incelemek adına tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20

YAB Olanların TSSB ve MTÖ Alt Boyutları ile Olan İlişkisi

	YAB	N	Ort.	S.s.	F/t	p
TSSB	Yok	355	36.62	17.77	15.111	.000
	Tanılı	181	57.96	14.14		
Duygusal Tükenme	Yok	355	13.66	7.84	9.934	.000
	Tanılı	181	20.75	7.75		
MTÖ Kişisel Başarı	Yok	355	21.32	4.92	-.991	.322
	Tanılı	181	20.88	4.82		
Duyarsızlaşma	Yok	355	5.75	3.93	7.283	.000
	Tanılı	181	8.44	4.24		

Yapılan bağımsız gruplar için T-Testi analizine göre YAB tanısı ile TSSB, DT ve DYS arasında anlamlı bir ilişki vardır, $t(534) = 15.111$, $p = .000$; $t(534) = 9.934$, $p = .000$; $t(534) = 7.283$, $p = .000$. KB ile ise anlamlı bir ilişki yoktur, $t(534) = -.991$, $p = .322$. Sonuçlara göre YAB tanılı olanların TSSB, DT ve DYS sonuçları tanısız olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 21
YAB Şiddeti ile TSSB ve MTÖ Alt Boyutlarının İncelenmesi

	YAB	N	Ort.	S.s.	F/t	p
TSSB	Yok	169	29,97	18,20	100.625	.000
	Hafif	186	42,66	15,05		
	Orta	106	53,80	14,13		
	Ciddi	75	63,83	11,96		
Duygusal Tükenme	Yok	169	10,98	7,44	51.871	.000
	Hafif	186	16,11	7,39		
	Orta	106	19,53	7,61		
	Ciddi	75	22,48	7,68		
MTÖ	Kişisel Başarı	Yok	169	21,72	1.170	.321
		Hafif	186	20,96		
		Orta	106	21,07		
		Ciddi	75	20,61		
	Duyarsızlaşma	Yok	169	4,73	25.439	.000
		Hafif	186	6,68		
		Orta	106	8,39		
		Ciddi	75	8,52		

Yapılan tek yönlü varyans analizine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu şiddeti ile TSSB, DT ve DYS arasında anlamlı bir ilişki vardır, $F(3,532) = 100.625$, $p = .000$; $F(3,532) = 51.871$, $p = .000$; $F(3,532) = 25.439$, $p = .000$. KB ile ise anlamlı bir ilişki yoktur, $F(3,532) = 1.170$, $p = .321$.

Yapılan post hoc analizine göre TSSB ve MTÖ puanlarında bütün gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Ciddi seviyede anksiyete bozukluğu olanların TSSB ve DT puanları orta ve hafif seviyede olanlara ve tanısı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir. DYS puanları ise hafif seviyede anksiyetesi olanlara ve anksiyete tanısı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

Orta seviyede anksiyete bozukluğu olanların TSSB, DT ve DYS puanları hafif anksiyetesi olanlara ve anksiyetesi olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

Hafif düzeyde anksiyete bozukluğu olanların TSSB, DT ve DYS puanları anksiyetesi olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 22
Araştırma Hipotezleri

Araştırma Hipotezleri	Sonuç
H1: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile tükenmişlik boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H1a: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H1b: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H1c: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile kişisel başarı düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H2: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile tükenmişlik boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H2a: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H2b: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H2c: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB düzeyi ile kişisel başarı düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Red
H3: Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB düzeyi ile YAB düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Araştırmada katılımcıların %71,6'sında TSSB tanısı mevcut olduğu görülmektedir. Katılımcılardaki yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı (YAB-7 ≥ 10) %33,8'dir. Katılımcıların %34,7'sinde hafif anksiyete, %19,8'inde orta anksiyete, %14'ünde ciddi anksiyete mevcuttur. Katılımcıların %31,5'inde anksiyete yok olarak değerlendirilmiştir. TSSB olanların YAB, Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma puanları, TSSB olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TSSB puanı arttıkça tükenmişliğin arttığı ve YAB puanı arttıkça da tükenmişliğin arttığı görülmektedir.

TSSB, travmatik olaylar ve felaketlerden sonra ortaya çıkan, en sık çalışılan ve muhtemelen en sık ve zayıflatıcı psikolojik bozukluktur (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005:78). Yapılan çalışmalar TSSB için yaşam boyu yaygınlığın kadınlarda %10-12 iken erkeklerde %5-6 olduğunu saptamıştır. Travmatik bir olay yaşamış gruplarda, TSSB yaygınlığının %55'e kadar çıktığı ve %18'inde de kronik TSSB geliştiği düşünülmektedir (Dürü, 2006:6). Covid-19 pandemisinde genel nüfus örneklemelerinde çalışılan TSSB prevalansının, çalışmalar arasında büyük farklılık gösterdiği (%7-54) saptanmış ve yapılan bir meta-analiz çalışması Covid-19 pandemisinde toplumda TSSB yaygınlığının %24 olduğu sonucunu bulmuştur (Xiong, ve diğerleri, 2020:60; Cooke ve diğerleri, 2020:2). Covid-19 salgınında görev alan sağlık çalışanlarıyla yapılan birçok çalışmada TSSB belirti düzeyinin yüksek olduğu, sağlık çalışanlarında olası TSSB görülme sıklığının %9-%60 arasında değiştiği bildirilmiştir (Johnson, Ebrahimi ve Hoffart, 2020:1; Rossi ve diğerleri, 2020:1; Carmassi ve diğerleri, 2020:165). Ülkemizdeki çalışmalarda; Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarında %26-%60 arasında değişen travma sonrası stres belirti düzeyleri raporlanmıştır (Çelen, 2022:29; Aba, 2022:75; Karaman ve Yastıbaş, 2021:249; Yalçın ve diğerleri, 2020:538). Çin'de Covid-19 salgınında çalışan sağlık personelinin %46'sında anksiyete ve %56,59'unda genel psikolojik sorunlar görülmüş; ön saflarda olan sağlık çalışanlarının uykusuzluk, kaygı ve genel psikolojik sorun açısından daha yüksek riske sahip olduğu tespit edilmiştir (Que ve diğerleri, 2020:3). İtalya'da Covid-19 salgınının pik noktasına ulaştığı günlerde yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %49,38'inde TSSB belirtileri, %19,8'inde anksiyete belirtileri saptanmış; salgında ön saflarda çalışmak TSSB belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (Rossi ve diğerleri, 2020:3).

Bu çalışma; pandemi sürecinde hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında ruhsal açıdan tahribata uğramış, kırılgan büyük oranda bir kesim olduğunu göstermektedir. Ancak aynı

süreçlere maruz kalmalarına rağmen katılımcıların %28,4'ünde TSSB belirtileri saptanmamıştır. Diğerleriyle aynı olaya maruz kalmalarına rağmen neden bazı kişiler TSSB'ye karşı daha savunmasızdır?

Geçmiş travma öyküsü varlığının TSSB geliştirmede bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Brewin, Andrews ve Valentine, 2000:755). Travmatik yaşantı sayısından ziyade travmatik yaşantılara sağlanan uyumun daha önemli olduğu, pozitif bir uyum geliştirilmezse yeniden bir travmatik olay karşısında kişinin kırılgan hale gelebileceği vurgulanmaktadır (Joseph ve Linley, 2005). Travmatik olay deneyimi sonrasında kişilerin yüzde %30-70'inde olumlu değişimler görülmektedir (Weiss ve Berger, 2010). Travma sonrasında kişide görülen bu olumlu değişimler travma sonrası büyüme olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca TSSB tanısı alanların, tekrar travmatik olay yaşama ihtimalinin TSSB tanısı almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Perkonig ve diğerleri, 2005). Ancak eğer travmatik yaşantı sonrasında kişide “travma sonrası büyüme” gelişmişse tekrar travmatik bir olayla karşılaşıldığında travma sonrası stres belirtilerinin daha düşük şiddette yaşanmasını sağlandığı belirtilmektedir (Kunst, Winkel ve Bogaert, 2010:527). Tüm bu çalışmalar ışığında; bir travma yaşandığında, travma çözülürse, strese bağlı büyüme ile kişi olgunlaşarak daha iyi bir işlevsellik düzeyine ulaşabilmektedir. Çözülmezse kişi daha kırılgan hale gelebilmektedir. Yeni bir ruhsal travma yaşayan kişinin çözülmemiş travması varlığında; kişi yeni travmadan daha çok etkilenebilir. O halde; bu çalışmada katılımcıların pandeminin stresör etkisinden beklenilenden fazla etkilenmesinin sebebinin, sık sık travmaya maruz kalan bu meslek grubu için çözülmemiş travmalarının olabileceğini öngörmektedir. Bu konuda yapılacak daha ayrıntılı çalışmalarla konunun araştırılmasına ihtiyaç olduğu önerilmektedir.

Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının görülmesinden 5 ay sonra yapılan çalışmamızda %71,6 TSSB tespit edilmiştir. 20 Şubat 2021 tarihinde anket uygulamasının başlatılmasıyla hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB görülme sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla İstanbul'da görev alan 440 sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen başka bir çalışmada katılımcıların %59,8'inde TSSB tespit edilmiştir (Çelen, 2022:29). Yani aynı araştırma evreninde, 11 ay sonra yapılan çalışmada TSSB yaklaşık %60 olarak saptanmıştır.

TSSB seyrini değerlendiren boylamsal çalışmalar, zamanla TSSB yaygınlığının azaldığını ancak tamamen ortadan kalkmadığını göstermektedir. Travmayı takip eden yılda TSSB yaygınlığını saptamak için yapılan bir meta-analiz çalışması; travma sonrası akut fazda (1

ay) TSSB prevalansının %21 olduğunu, travmadan 3 ay sonra %15'e ve ardından travmadan 6 ay ve 1 yıl sonra sırasıyla %12 ve %11'e düştüğünü belirlemiştir (Hiller ve diğerleri, 2016:889). Afetlerin doğrudan kurbanları arasında yürütülen araştırmalar, erken başlangıçlı TSSB vakalarının en az üçte birinin afete maruz kaldıktan sonra 2 yıldan uzun süre devam ettiğini göstermiştir; bazı araştırmalar, afete maruz kaldıktan sonra on yıldan uzun bir süre sonra tanı alan vakaların üçte birinden fazlasında TSSB'nin devam ettiğini göstermiştir (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005:85).

TSSB tanısı için; travma yaşamış kişinin, tanı kriterlerinde belirtilen semptomları günlük işlevlerinde ciddi bir bozukluğa neden olacak şekilde en az bir ay boyunca yaşaması gerekmektedir (APA,2013). Bu semptomlar 3 aydan kısa sürerse “akut”, daha uzun süre devam ederse “kronik” TSSB olarak tanımlanmaktadır. Travmaya maruz kalınmasından 6 ay sonra tanı kriterlerini karşılayan semptomlar açığa çıkıyorsa “gecikmeli başlangıçlı” olarak değerlendirilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999:34). Pandemi ilanından 11 ay sonra yapılan çalışmada; katılımcılarda %60 oranında TSSB saptanması; hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB’nda yüksek oranda kronikleşmenin olduğunu ya da kronikleşmeyle birlikte gecikmiş başlangıçlı TSSB vakalarının da olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalar, TSSB geliştiren kişilerin yaklaşık %25'inin gecikmiş başlangıçlı vakalar olabileceğini göstermektedir (Smid ve diğerleri, 2009:4091). Travma sonrasında yaşanan olumsuz yaşam olayları, çevrenin destekleyici olup olmaması, kişinin yardım ağı ve destek kaynakları ve bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolaylığı veya zorluğu TSSB’nin kronikleşip kronikleşmeyeceğini belirleyen önemli faktörlerdir (Bilgiç, 2011:12).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde; kesintisiz olarak en kısa zamanda ulaşılabilir olunması esastır. İngiltere’de ambulans çalışanları üzerinde yapılan bir araştırma; ambulans çalışanlarının işleri sırasında karşılaştıkları olayın niteliği ve etkisinin, vakaya çıkmadan önce mevcut olan iyileşme süresiyle ilgili olabileceği sonucuna varmıştır. Çalışmada katılımcıların üçte ikisinden fazlası, bu tür olaylar arasında iyileşmek için yeterli zamanın olmadığını bildirmiştir (Alexander ve Klein, 2018). Kümülatif travmatik yaşam olaylarına maruziyet, araştırmamız sonucunda da görüldüğü gibi psikolojik desteğe şiddetle ihtiyaç duyulmasına rağmen profesyonel destek arayışında olunmaması, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB’nun kronikleşmesine sebep olabilecek risk faktörleridir.

Bu çalışmada ATT’lerin TSSB puanları doktorlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Paramediklerin de TSSB puanları doktor ve sürücülerden anlamlı olarak daha

yüksek saptanmıştır. Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünü meslek lisesi düzeyinde eğitim almış ATT ve 2 yıllık yüksekokul mezunu paramedikler oluşturmaktadır. Yani bu meslek grubundaki çalışanlar 17-18 yaşlarında aktif olarak çalışmaya başlamaktadırlar (Kızıl ve diğerleri, 2016:44). Çocuk olarak değerlendirilen bir yaşta, ciddi travmatik olaylarla karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir mesleğe başlamanın kişinin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (Kılıç ve İnci, 2015:237). Ülkemizde 2014 yılına kadar, Sağlık Meslek Lisesinden mezun olan öğrenciler ATT unvanı ile çalışmaya başlayabiliyordu ancak 18 Ocak 2014 yılından itibaren yapılan bir düzenleme ile sağlık meslek lisesi mezunlarının ATT kadrosuna atanma durumu ortadan kalkmıştır. Artık atanmak için en az ön lisans düzeyinde bölüm bitirilmesi gerekmektedir. Bu düzenleme ile mesleğe başlama yaşının da ileri alınması sağlanmıştır. Mesleğe erken başlanması; mesleki travmalarla daha genç yaşta karşılaşılma riskini taşımaktadır. Çalışmalar, travmatik olayla genç yaşta karşılaşılmasının risk faktörü olduğunu göstermektedir (Van Ameringen, Mancini ve Patterson, 2008:171). Araştırmamızda da 20 – 25 yaş aralığındaki katılımcıların TSSB ve YAB puanları 31 yaş ve üstü yaşındaki katılımcılara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan sağlıkçıların %40,7'si mesleki yaşamda karşılaştığı travmatik olaylara ilişkin ruhsal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Ruhsal sorun yaşadığını bildirenlerin %54'ü bu sorunlar nedeniyle yardım arayışında bulunmuştur. Yardım arayışında bulunanların %4'ü psikiyatriste, %12,7'si psikoloğa başvurmuştur. Ambulans çalışanları yaşadıkları travmatik olaylar sonrasında ruhsal tedavi ihtiyacı hissetmekte ancak yardıma başvurmamakta, sorunlarını saklama eğiliminde olmaktadır. Bursa 112'de yapılan bir çalışmada, 112 sağlık çalışanlarının olayların hemen ardından ruhsal sıkıntı yaşadığı; fakat yaşamış olduğu sıkıntı hakkında yeterli bilgiyi alamadığı, sorununu paylaşmaktan çekindiği ya da ekip arkadaşını olumsuz etkilemekten endişe duyduğu için durumu hiç paylaşmadığı gözlenmiştir (Yeşil, 2010:95). Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nün psikolojik destek programı kapsamında yayınladığı raporunda; yapılan grup çalışmalarında çalışanların pek çoğunun yaşadığı belirtileri ve sıkıntıları "yok saymaya" yönelik bir tutumunun olduğu belirtilmiştir. “Yapılan iş gereği belirli düzeyde bir sıkıntının yaşanması son derece doğal hatta sağlıklı kabul edilmekteyken” bazı katılımcılar, tüm ölçekleri hiçbir belirti yaşamadıklarını belirtecek şekilde doldurmuşlardır (Dürü ve diğerleri, 2006:41). Horowitz (1986) TSSB bilgi işleme teorisine göre, bir kişi travmatik bir olay hakkında konuşmaktan kaçındığında, olayı duygusal olarak işlemekte başarısız olur ve böylece bozukluğu geliştirme

olasılığını artırır. Bir bireyin duygularını sergileme veya bastırma derecesinin sağlık sonuçlarıyla bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak paramedikler ve acil tıp teknisyenleriyle ilgili araştırmalar, işlerini etkili bir şekilde yapmak için "çetin" olmaları gerektiğine inandıkları için, duygularını inkâr etme eğiliminde olduğunu göstermektedir (Palmer, 1983:86).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların görev yerlerine bakıldığında; komuta kontrol merkezi acil biriminde, acil çağrı karşılayanlar ile sahada ambulans ekiplerinde çalışanlar arasında TSSB ve anksiyete belirtilerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sahada çalışan personelin kişisel başarı puanları diğer bütün çalışanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DSM-5'te travmayla karşılaşmış olma yolları değiştirilmiştir; travmatik olay bizzat yaşanılmasa bile travmanın duyulması yoluyla da TSSB gelişebileceği vurgulanmıştır. Dolayısıyla komuta kontrol merkezinde acil çağrıları karşılayan sağlıkçılar için gelen her çağrı, travmatik etki oluşturabilecek birer vaka niteliğindedir. Ayrıca komuta çalışanlarının tamamının öncesinde saha deneyimi olması sebebiyle önceden çözümlenmemiş travmaları olma olasılığı vardır. Bu sebeplerden komuta ile saha arasında bir fark olmaması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde; araştırılan evrende pandemi öncesi döneme ait TSSB, YAB yaygınlığı ve tükenmişlik puanları olmaması sebebiyle pandeminin etkisi rasyonel bir şekilde değerlendirilememektedir. Çalışmanın özbildirim ile yapılması ve kontrol grubunun olmaması da kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gerçekleştirilen bu çalışma ile pandemi sürecinde görev alan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personeline travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlığının ölçülmesi; travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunun tükenmişlik üzerindeki etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB yaygınlığı %71,6 olarak ölçülmüştür.
- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB yaygınlığı %33,8 olarak saptanmıştır (YAB-7 ≥ 10). Katılımcıların %34,7'sinde hafif anksiyete, %19,8'inde orta anksiyete, %14'ünde ciddi anksiyete mevcuttur.
- Katılımcıların MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama "duygusal tükenme" puanı $16,06 \pm 8,49$, "duyarsızlaşma" puanı $6,66 \pm 4,23$ ve "kişisel başarı" puanı $21,17 \pm 4,89$ olarak bulunmuştur.
- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB ve tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır (H1); yani TSSB belirti düzeyinin artması ile doğru orantılı olarak tükenmişlik düzeyi de artmaktadır.
- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında YAB ve tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır (H2); YAB belirti düzeyinin artması ile doğru orantılı olarak tükenmişlik düzeyi de artmaktadır.
- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarında TSSB ve YAB arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır (H3); TSSB belirti düzeyinin artması ile doğru orantılı olarak YAB düzeyi de artmaktadır.

Bu çalışma, hastane öncesi acil sağlık çalışanı olmanın travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu açısından risk faktörü olabileceğini doğrulamaktadır.

Katılımcıların %40,7'si mesleki yaşamda karşılaştıkları travmatik olaylara ilişkin ruhsal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Ruhsal sorun yaşadığını belirten katılımcıların sadece %4'ü psikiyatriste, %12,7'si psikoloğa başvurmuştur. Katılımcıların %76,5'i çalıştığı kurumda ihtiyaç duyduğunda danışabileceği, destek alabileceği bir psikolog olmasını istediğini belirtmiştir.

Psikolojik sıkıntı yaşamalarına rağmen desteğe başvurma oranlarının düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda; mesleklerinin doğası gereği sık sık ve tekrar tekrar stresli

durumlara ve travmatik olaylara maruz kalan hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının ruhsal harabiyetlerinin azaltılması, önlenmesi veya var olan hasarın kronikleşmesinin önüne geçilmesi için kişilerin talebine bırakılmadan düzenli olarak TSSB ve YAB taramalarının yapılmasının faydalı olacağı; bu hizmetin sağlanabilmesi için de Kurum içerisinde Psikolojik Destek Birimi'nin olması gerektiği önerilmektedir.

Psikolojik modül eğitimleri tasarlanıp, 112 modül eğitimlerine dahil edilerek her hastane öncesi acil sağlık çalışanı özellikle risk altında olunan; TSSB, anksiyete, tükenmişlik hakkında bilgilendirilmeli; travmanın oluşumu, etkileri ve çözümleme yöntemleri hakkında bilinçlendirilmelidir.

Bu alışma aynı zamanda başka bir ilgili sorunu ortaya çıkarmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının psikolojik durumu, bireysel seviyenin ötesinde toplumsal açıdan bir risk olma ve hastalarının sağlığını doğrudan etkileme tehlikesi taşır. Literatürde tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının, hastalarla ilişkilerinde daha az katılım gösterdiğini, daha fazla tıbbi hata yaptığını ve hatta hastaların klinik sonuçlarını tehlikeye attığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle Covid-19 salgınının sosyo-ekonomik maliyetinin etkisi, tek bir bireysel psikolojik sağlık düzeyinden daha yüksek ve daha büyük bir ölçekte olma riski taşımaktadır. TSSB ve YAB ile tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu görüldüğünden; bireysel etkilenmenin yanı sıra kurumsal ve toplumsal olumsuz sonuçların önlenebilmesi için psikolojik destek biriminin sisteme entegre edilmesi gerektiği düşünölmektedir.

KAYNAKÇA

- Aba, M. (2022). *Covid-19 Salgını'nda Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2000, 05 11). Resmî Gazete Sayısı: 24046.
- Ahola, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Kouvonen, A. ve Shirom, A. (2010). Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *Journal of psychosomatic research*, 69(1), 51-57.
- Akbaş, M., Boz, A., Dursun, A., Çetin, S., ve Kılıçarslan, A. (2016). 112 Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddete Yönelik Davranışları. 9(3), 93-100. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*.
- Alexander, D. A., ve Klein, S. (2018). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81. doi:10.1192/bjp.178.1.76
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 12 07). Resmi Gazete Sayısı: 26369.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (DSM-3)*. American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-4-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatry Association.
- APA. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (P. D. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arnetz, J. E., ve Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science & medicine*, 52(3), 417-427.

- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., . . . Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end- of- life care for cancer patients: a cross- sectional nationwide survey in Japan. *Psycho- Oncology*, 16(5), 421-428. doi:10.1002/pon.1066
- Aşkın, R., Bozkurt, Y., ve Zeybek, Z. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., ve Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes-a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC emergency medicine*, 18(1), 1-9.
- Bal, U. (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları* [Tıpta uzmanlık tezi] . Çukurova Üniversitesi.
- Beyoğlu, E. (2022). *Covid-19 Pandemi Döneminde Bir Üniversite Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorların Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler* [Yüksek lisans tezi]. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.
- Bilgiç, S. (2011). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu ile Uyum Bozukluğunun Klinik Açısından Karşılaştırılması* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Bolu, A., Erdem, M., ve Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2), 98-104.
- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T., ve DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Boysan, M., Ozdemir, P. G., Ozdemir, O., Selvi, Y., ve Ekrem. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* , 27(3), 300-310.

- Brenner, J. (2020). Examining the Stage Progression of Employee Burnout. Hempstead: Hofstra University ProQuest Dissertations Publishing.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., ve Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Bulut, A. (2016). 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü.
- Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Avella, M. T., Cremone, I., Massimetti, E., Corsi, M., ve Dell'Osso, L. (2020). PTSD and Burnout are Related to Lifetime Mood Spectrum in Emergency Healthcare Operator. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 165–173.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., . . . Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*, 289(23), 3161-3166. doi:10.1001/jama.289.23.3161
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., ve Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry research*(292), 1-3. doi:10.1016/j.psychres.2020.113347
- Crowe, R. P., Bower, J. K., Cash, R. E., Panchal, A. R., Rodriguez, S. A., ve Olivo-Marston, S. E. (2018). Association of burnout with workforce-reducing factors among EMS professionals. *Prehospital emergency care*, 22(2), 229-236.
- Çelen, Ö. (2022). 112 Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Demir, Ö. (2022). Farklı Uzmanlık Alanlarında Çalışan Hekimlerde Pandemi Kliniğinde Çalışmanın Ruhsal Etkileri. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Pamukkale Üniversitesi.

- Dolan, S. N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of advanced nursing*, 12(1), 3-12. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01297.x
- Dürü, Ç., Işıklı, S., Özbaş, R., Haksal, P., ve Vural, A. (2006). Genel Sıkıntı Düzeyinin Belirlenmesi Çalışması Raporu. Ankara: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü.
- Erbay, H. (2017). Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(1), 28-32.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları (s. 143-154) içinde Ankara: VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Galea, S., Nandi, A., ve Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27(1), 78-91.
- Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., ve Savic, I. (2014). The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. *PloS one*, 9(9), 1-11.
- Gökalp, P. G. (2000). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda İlaç Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3, 21-28.
- Görgün, C.T. (2022). *Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sağlık Düzeylerinin Profesyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi: Covid-19 Pandemisi* [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Guo, Z.-D., Wang, Z.-Y., Zhang, S.-F., Li, X., Li, L., Li, C., . . . Chen, W. (2020). Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1586.
- Güneş, H. (2019). *Acil Yardım Ambulanslarında İş Sağlığı ve Güvenliği* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Aydın Üniversitesi.

- Herman, J. (2016). *Travma ve İyileşme* (4 b.). İstanbul: Literatür Yayınları.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., ve Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884–898.
- Horowitz, M. (1986). *Stress-response syndromes* (2nd ed.). 9-60. New York: Aronson.
- Huang, H. L., Chen, R. C., Teo, I., Chaudhry, I., Heng, A. L., Zhuang, K. D., ... ve Tan, B. S. (2021). A survey of anxiety and burnout in the radiology workforce of a tertiary hospital during the COVID- 19 pandemic. *Journal of medical imaging and radiation oncology*, 65(2), 139-145.
- Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V., ve Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PloS one*, 15(10), 1-13. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032
- Joseph, S., ve Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of general psychology*, 9(3), 262-280. doi:10.1037/1089-2680.9.3.262
- Jovanovic, H., Perski, A., Berglund, H., ve Savic, I. (2011). Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *Neuroimage*, 55(3). doi:10.1016/j.neuroimage.2010.12.060
- Karaatlı, İ. (2014). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk ile Serum Oksitosin Düzeylerinin İlişkisi* [Tıpta uzmanlık tezi]. Erciyes Üniversitesi.
- Karaman, İ. G., ve Yastıbaş, C. (2021). Covid-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi Nasıldır? *Van Tıp Dergisi*, 28(2), 249-257. doi:10.5505/vtd.2021.55453
- Karamustafalıoğlu, O. (Ed.). (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

- Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karancı, A. N., Aker, A. T., ve Işıklı, S. (2011). Travmatik Yaşantısı Olan Yetişkinlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Gelişim: Boylamsal Bir Çalışma. 76.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 123-124.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50(4), 344-351.
- Kılıç, C., ve İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(4), 236-241.
- Kızıl, M., Üstünkarlı, N., Erginer, D. K., ve Şemin, İ. (2016). İzmir 112 Ambulanslarında Çalışan Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Anksiyete Düzeyleri ve İş Stresörleri. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(1), 43-54.
- Konkan, R., Şenormancı, M., Güçlü, O., Aydın, E., ve Z. Sungur, M. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-58.
- Kunst, M. J., Winkel, F. W., ve Bogaert, S. (2010). Posttraumatic growth moderates the association between violent revictimization and persisting PTSD symptoms in victims of interpersonal violence: A six-month follow-up study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 527-545.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Li, R. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), 1-12.
- Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology. 4th edition*. New York: Oxford University Press.

- Lowery, K., ve Stokes, M. A. (2005). Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *18*(2), 171-179. *Journal of traumatic stress*. doi:10.1002/jts.20016
- Luijtelaar, G. V., Verbraak, M., Bunt, M. V., Keijsers, G., ve Arns, M. (2010). EEG findings in burnout patients. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *22*(2), 208-217. doi:10.1176/jnp.2010.22.2.208
- Maguire, B. J., O'Neill, B. J., Phelps, S., Maniscalco, P. M., Gerard, D. R., ve Handal, K. A. (2020). COVID-19 fatalities among EMS clinicians. *EMS*. 20 Kasım 2022 tarihinde <https://www.ems1.com/> adresinden alındı.
- Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., ve Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 29–36. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101001029.x
- Maslach, C., ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99–113. doi:10.1002/job.4030020205
- McSwain, N. (2012). History of Emergency Medical Services. *Prehospital Care—Pearls and Pitfalls* (s. 620). içinde SHELTON, CONNECTICUT: People's Medical Publishing House.
- MEB. (2011). Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı.
- Méndez, I., Martínez-Ramón, J. P., Ruiz-Esteban, C., ve García-Fernández, J. M. (2020). Latent Profiles of Burnout, Self-Esteem and Depressive Symptomatology among Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 1-10. doi:10.3390/ijerph17186760
- Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M., . . . Pine, D. S. (2008). Amygdala and Ventrolateral Prefrontal Cortex Activation to Masked Angry Faces in Children and Adolescents With Generalized Anxiety Disorder. *Archives of general psychiatry*, *65*(5), 568-576. doi:10.1001/archpsyc.65.5.568

- NHS. (2013). NHS Sickness Absence Survey. 22 Kasım 2022 tarihinde <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/sickness-absence-rates-in-the-nhs/sickness-absence-rates-in-the-nhs-january-to-march-2013> adresinden alındı.
- Nutt, D. J. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.
- O'Donnell, E. P., Humeniuk, K. M., West, C. P., ve Tilburt, J. C. (2015). The effects of fatigue and dissatisfaction on how physicians perceive their social responsibilities. *In Mayo Clinic Proceedings*, 90(2), 194-201.
- Özgen, F., ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Palmer, C. (1983). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56(1), 83-86. *Journal of Occupational Psychology*. doi:10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., . . . Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., ve Wittchen, H.-U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320-1327.
- Peterson, U. D., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., ve Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 84-95. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x
- Pfefferbaum, B., ve North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017

- Prinz, P., Hertrich, K., Hirschfelder, U., ve Zwaan, M. d. (2012). Burnout, depression and depersonalisation – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*, 29(1), 1-14.
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., . . . Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 33(3), 1-12. doi:10.1136/gpsych-2020-100259
- Resmi Gazete Sayı: 24046. (2000). *Resmi Gazete*. 4 Ocak 2023 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/24046.pdf> adresinden alındı.
- Robichaud, M., ve Dugas, M. J. (2021). *Yaygın Kaygı Bozukluğu Çalışma Kitabı* (5.Baskı). (A. İtil, E. Bayraktar, ve Z. Özmeydan, Çev.) İstanbul: Psikonet Yayıncılık.
- Rodgers, L. M. (1998). A five year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff: Part II: Causes of retirements. *Occupational medicine*, 48(2), 119-132.
- Roemer, L., Molina, S., T.Litz, B., ve Borkovec, T. (1996). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4(3), 134-138.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Lorenzo, G. D., Marco, A. D., Siracusano, A., ve Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), 1-4. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini4, M., Mohammadi4, M., . . . Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, 1-14.
- Sanjay, M., ve Abhilash, K. P. P. (2019). History of prehospital care. *Current medical issues*, 17(2), 42.
- Saykal, S. G. (2021). *COVID-19 Pandemisi Sürecinde Bir Pandemi Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeyleri* [Tıpta uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

- Schienle, A., Ebner, F., ve Schäfer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(4), 303-307. doi:10.1007/s00406-010-0147-5
- Selvi, Y., Özdemir, G. P., Özdemir, O., Aydın, A., ve Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 23(4), 238 - 243.
- Serinken, M., Çımrın, A. H., Ergör, A., Cimilli, C., ve Bengi, F. (2002). Tükenme Sendromu ve Acil Servis Hekimleri. *Toplum ve Hekim*, 17(5), 358-365.
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., . . . Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 678-686.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., ve West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *In Mayo clinic proceedings*, 90(12), 1600-1613. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- Sherin, J. E., ve Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263-278. doi:10.31887/DCNS.2011.13.2/jshein
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., ve Shapira, I. (2005). Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269–308. doi:10.1002/0470029307
- Smid, G. E., Mooren, T. T., Mast, R. C., Gersons, B. P., ve Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 4091.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., ve Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097.

- Stein, D. J., Scott, K. M., Jonge, P. d., ve Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127–136. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., ve Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 6(1), 1-9.
- Stevens, E. S., Jendrusina, A. A., Sarapas, C., ve Behar, E. (2014). Generalized anxiety disorder. *The Wiley handbook of anxiety disorders*, 378-423.
- T.C. İçişleri Bakanlığı. (2021). *112 Acil Çağrı*. 20 Ocak 2023 tarihinde <https://112.gov.tr/hakkimizda> adresinden alındı.
- T.C. Resmi Gazete. (2012, 12 26). İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu*. 25 Kasım 2022 tarihinde <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> adresinden alındı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020 (Yayın no. 1240).
- T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü*. Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, Ankara. 20 Ocak 2023 tarihinde <http://www.shgm.saglik.gov.tr/> adresinden alındı.
- Tarhan, U. (2022). *Covid-19 Pandemisinde 18-24 Yaşları Arasındaki Gençlerde Ruhsal Belirtiler ve İlişkili Faktörler* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Taş, İ. (2021). *Covid-19 Tanısı ile Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Travma Sonrası Stres*

Bozukluğu Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi; Prospektif Bir Çalışma
[Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

- Taşdemir, C., Aydemir, Y., ve Düzenli, H. (2022). Covid-19'un Nadir Bir Komplikasyonu Olan Pnömomediastinum. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 151-155.
- Tawfik, S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., . . . Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *In Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1-10.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K., Sugihara, G., . . . Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational psychiatry*, 4(6), 1-7. doi:10.1038/tp.2014.34
- Topel, M. (2019). *Dahili ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkisinin Gösterilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., ve Beth Patterson, M. H. (2008). Post- traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(3), 171-181.
- Van Der Kolk, B. A. (2022). *Beden Kayıt Tutar* (21.Baskı). (N. C. Maral, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Verimer, T. (2016). Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Depresyon. *Aydın Sağlık Dergisi*, 2(1), 1-15.
- Wang, W., Tang, J., ve Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of medical virology*, 92(4), 441-447. doi:10.1002/jmv.25689
- Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P., Kaloupek, D. M., ve Keane, T. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5).
- Weiss, T., ve Berger, R. (2010). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Weng, L.-M., Su, X., ve Wang, X.-Q. (2021). Pain Symptoms in Patients with Coronavirus Disease (COVID-19): A Literature Review. *Journal of Pain Research*, 14, 147–159.
- WHO. (2019). Dünya Sağlık Örgütü, Mortalite ve Morbidite İstatistikleri için Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) 11. Revizyonu (Versiyon: 04/2019). 29 Kasım 2022 tarihinde <https://icd.who.int/browse11> adresinden alındı.
- WHO. (2020). COVID-19 weekly surveillance report Data for the week of 15 - 21 Jun 2020 (Epi week 25). 20 Haziran 2022 tarihinde <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report> adresinden alındı.
- WHO. (2020). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. 29 Aralık 2022 tarihinde [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) adresinden alındı.
- WHO. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 25 Kasım 2022 tarihinde <https://covid19.who.int/> adresinden alındı.
- WHO. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19)*. 29 Kasım 2022 tarihinde World Health Organization. adresinden alındı.
- WHO Health Workforce Department. (2021, September). *The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths*. 09 Aralık 2022 tarihinde <https://bit.ly/3S3fdQi> adresinden alındı.
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., veZhang, Q. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., . . . McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64.

- Yalçın, G., Sayınbatur, B., Karay, E., ve Karakaş, M. (2020). Psychological Stress of Healthcare Workers Caused by the COVID-19 Pandemic. *Dicle Tıp Dergisi*, 43(7), 525-541. doi:doi.org/10.5798/dicletip.799626
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., . . . Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-22. doi:10.1038/nrdp.2015.57
- Yeşil, A. (2010). *112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı* [Yüksek lisans tezi] .Kocaeli Üniversitesi.
- Yücesan, B., ve Özkan, Ö. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(COVID-19), 134 - 139.
- Yüksel, N. (Ed.) (2006). *Ruhsal Hastalıklar* (3.Baskı). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı.

EKLER

Ek 1: DSM – 5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır.

Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyunuz. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

<i>GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:</i>	<i>Hiç</i>	<i>Çok az</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Oldukça fazla</i>	<i>Aşırı</i>
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4

Ek 2: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi-7 (YAB-7)

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorunlar bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti, belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkla sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazla	Hemen hemen her gün
Sinirli, kaygılı, uçuşumun kenarındaymış gibi hissetme				
Endişelenmeyi kabul edememe ya da durduramama				
Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
Gevşeyip rahatlayamama				
Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				

Ek 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Sizden istenen, her bir ifadenin örneklendiği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınıza dair en uygun aralığı seçmenizdir.

MADDELER	0 Hiçbir zaman	1 Nadiren	2 Bazen	3 Çoğu Zaman	4 Her Zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5.İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22.İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

ÖZ GEÇMİŞ

Nurgül ÇİĞDEM, ilköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimini İstanbul'da tamamlamıştır. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi (İşletme Lisans)'nden; 2015 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Zorunlu hizmet ile Ocak 2016'da İstanbul 112 Şişli-1 nolu acil sağlık hizmetleri istasyonunda, ambulans doktoru olarak çalışmaya başlamış, Haziran 2016'da İstanbul Avrupa 112 Komuta Kontrol Merkezi'ne görevlendirilmiş, Mart 2019'da Komuta Kontrol Merkezi Sorumlu Hekimi (şef) olarak görev yapmaya başlamıştır. 24 Haziran 2021'de Avrupa ile Anadolu Komuta Kontrol Merkezlerinin birleşmesiyle 112 AÇM (Acil Çağrı Merkezi)'de Şeflik görevine devam etmiştir. Toplamda 3 yıl süren Şefliğin ardından Kasım 2021'den itibaren İl Sağlık Müdürlüğü'nde Kriz Merkezinde çalışmaya başlamıştır. İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü'nde tezli yüksek lisans programına kayıtlıdır.