



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

SARS-CoV-2 SALGININDA ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE TÜKENMİŞLİK DERECESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve Nilay ENGİN

Antalya, 2021



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

SARS-CoV-2 SALGININDA ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE TÜKENMİŞLİK DERECESESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve Nilay ENGİN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Cem OKTAY

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, üzerimde büyük emeği olan, tez çalışmam sürecinde de tüm desteği veren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Cem OKTAY'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı bölümündeki bütün hocalarıma;

Beraber çalışmaktan çok keyif aldığım, desteklerini hep hissettiğim, sayelerinde sayısız güzel anı biriktirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma;

Çalışmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme

Sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Pandeminin Tanımı	3
2.2. Koronavirüsler	3
2.3. COVID-19 Pandemisi	4
2.3.1. Türkiye’de Pandemi Süreci	5
2.3.2. Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler	6
2.4. İşe Bağlı Gerginlik	11
2.4.1. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği	13
2.5. Tükenmişlik	13
2.5.1. Maslach Tükenmişlik Modeli	15
2.5.1.1. Duygusal tükenme	15
2.5.1.2. Duyarsızlaşma	15
2.5.1.3. Düşük kişisel başarı hissi	16
2.5.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	16
2.5.3. Tükenmişliğin Etkileri	19
2.5.4. Tükenmişlik ile Başa Çıkma Yolları	20
2.5.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.5. Verilerin Analizi	23

4. BULGULAR	25
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Değişkenleri	25
4.2. 1. Anket Dönemindeki Hizmet Sunumu ile İlgili Veriler	26
4.3. 2. Anket Dönemindeki Hizmet Sunumu ile İlgili Veriler	28
4.4. Değişkenler ile Ölçekler Arasındaki İlişki	32
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR	52
7. ÖZET	53
8. ABSTRACT	55
9. KAYNAKLAR	57
10. EKLER	67
Ek 1. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Formu	67
Ek 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Formu	68
Ek 3. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	69

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

2019-nCoV	2019- Yeni Koronavirüs
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı -19
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAP	Hastane Afet Planı
HES	Hayat Eve Sığar
IFEM	Uluslararası Acil Tıp Federasyonu
İBGÖ	İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
KPR	Kardiyopulmoner Resusitasyon
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
MERS-CoV	Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SARS	Ağır Akut Solunum Sendromu
SARS-CoV	Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü
SARS-CoV-2	Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü- 2

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. 11 Mart 2020 tarihine kadar bildirim tarihi ve DSÖ bölgelerine göre Çin dışında bildirilen doğrulanmış COVID-19 vakalarının epidemik eğrisi	5



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Her İki Ankete Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Değişkenleri	25
4.2. Çalışmanın İki Döneminde de Ankete Katılan Sağlık Çalışanlarının Hizmet Sunumu ve COVID-19 Tıbbi Geçmişleri ile İlgili Özellikler	30
4.3. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipmana Ulaşma İmkânı	31
4.4. Sağlık Çalışanlarının Hasta Bireyleri ve Kontamine Numuneler ile Temas Olasılığı	32
4.5. Yaş ile İBGÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	33
4.6. Cinsiyet ile İBGÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	33
4.7. Erkek Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	34
4.8. Kadın Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	34
4.9. Medeni Duruma ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	35
4.10. Evli Çalışanların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	35
4.11. Bekâr Çalışanların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	36
4.12. Meslek Grupları ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	37
4.13. Hekimlerin Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	37
4.14. Yardımcı Sağlık Personellerinin Ölçek Puanlarını Zaman İçindeki Değişimi	38
4.15. Sekreterlerin Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	38

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.16. Eğitim Durumu ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	39
4.17. Eğitim Alan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	39
4.18. Eğitim Almayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	40
4.19. Evde Yüksek Riskli Birey Bulunma Durumu ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	40
4.20. Evde Yüksek Riskli Birey ile Yaşayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	41
4.21. Evde Yüksek Riskli Birey ile Yaşamayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	41
4.22. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Öyküsü ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki	42
4.23. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçirip Geçirmediğini Bilmeyen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	42
4.24. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçiren Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	43
4.25. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçirmeyen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Koronavirüsler, soğuk algınlığı gibi toplumda sık görülen, kendi kendini sınırlayan hafif enfeksiyon tablolarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi daha ciddi enfeksiyon tablolarına neden olabilen önemli bir virüs ailesidir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi 31 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının görüldüğünü bildirmiştir. 7 Ocak 2020 tarihinde bu pnömoninin etkeni, daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs SARS CoV'a yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (1).

DSÖ, COVID-19 salgını 30 Ocak 2020'de "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmıştır. Salgının başladığı ilk ülke olan Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart 2020'de küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır (2). Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak 2020'de başlamış ve 22 Ocak 2020'de T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiştir. Alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelere göre 11 Mart 2020'de görülmüştür (1).

Çalışmamızın yapıldığı süreç içinde, 13 Eylül 2021 tarihi itibari ile dünya genelinde COVID-19 ile enfekte olan birey sayısı 224.668.884, COVID-19 nedeniyle vefat eden birey sayısı 4.630.816; Türkiye'de COVID-19 ile enfekte olan birey sayısı 6.039.857, COVID-19 nedeniyle vefat eden birey sayısı 52.860 olarak saptanmıştır (3,4).

Bu süreçte birçok ülkede karantina önlemleri uygulanmaya başlamış, sağlık merkezlerinde ise hastaların ve olası vakaların bakım göreceği alanlar, diğer hastane bölümlerinden ayrılmıştır. 2020 yılı Mart ayı başında, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde de bir Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş, acil servis ve diğer kliniklerin işleyişi ve organizasyonu için sürekli değerlendirmeler ve uygulamalar

yapılmıştır. Acil servis bünyesinde, olası vakaları karşılayıp bakım veren, koruyuculuk düzeyi daha yüksek olan kişisel koruyucu ekipmanlar (KKE) kullanan personellerin görev aldığı bir pandemi alanı oluşturulmuştur.

COVID-19 pandemisi ve akabinde yaşanan gelişmeler, sağlık başta olmak üzere pek çok açıdan dünyayı etkisi altına almıştır. Devam etmekte olan COVID-19 pandemisinin ekonomik, politik ve zihinsel sağlık üzerine ciddi etkiler bırakabileceği düşünülmektedir (5).

COVID-19 salgını karşısında sağlık personeli hem fiziksel hem psikolojik baskı altındadır (6). Pandeminin beraberinde getirdiği stres ve buna eşlik eden duyguların yanında, olası vakalarla yüksek riskli temasta bulunan, çalışma düzeni değişen, içinde bulunulan şartlar nedeniyle aile ve sosyal çevresinden izole olmaya itilen hastane personellerinde stres düzeyinin daha belirgin olacağı ve iş yaşamını etkileyebileceğini öngörmek açıktır. Salgının tıbbi personel üzerindeki etkilerini değerlendiren bir derlemede, salgına bağlı depresif belirtilerin ve anksiyete semptomlarının tüm dünyada sağlık çalışanlarını etkilediğine değinilmiştir (7).

Sürecin öngörülememesi ve yeni bir virüs olması nedeniyle tıbbi ve sosyal açıdan belirsizliklerle dolu pandemi sürecinde, hastane çalışanlarının mental sağlığının ve psikososyal iyilik halinin, uzun dönemde, çalışanlar arası iletişim, hasta bakım kalitesi, malpraktis riski ve ekonomik faktörler açısından önemli bileşenler olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda salgın döneminde, salgın ile ilişkili alanda görev yapan acil servis çalışanlarının işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyi ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu değişkenlerin zaman içindeki değişiminin saptanması amaçlanmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen verilerin, ilerleyen dönemde sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi bakımından altyapısal veri ve öneri sağlanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pandeminin Tanımı

Pandemi, eski Yunanca’da “pan=tüm” ve “demos=insanlar” kelimelerinin birleştirilmesi ile oluşmuştur. Bir kıta, hatta tüm dünya gibi geniş bir alana yayılarak etkisini gösteren salgın hastalıkların genel ismi pandemidir (8).

Pandemi tanımı için DSÖ tarafından üç temel kriter aranmaktadır.

1. Etkenin yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir ajan olması,
2. İnsanlara kolayca geçebilmesi,
3. İnsandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması.

İlan edilme gerekçesi, tüm ülkeler için tehdit oluşturan hastalık etkeninin, insandan insana kolay ve hızlı bir şekilde yayılması olarak açıklanmıştır (8).

Pandemiler, bilimin ve teknolojinin ilerlediği, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerin, aşılarda oldukça geliştiği günümüz dünyasında da, ülkelere oluşturulan pandemi hazırlıklarına rağmen en önemli halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (9).

2.2. Koronavirüsler

Koronavirüslerin insanlarda bulunan, insandan insana kolaylıkla bulaşabilen çeşitli alt tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) bulunmaktadır. İnsanlar arasında dolaşan bu alt türler çoğunlukla soğuk algınlığına sebep olan virüslerdir. Bununla birlikte hayvanlarda saptanan birçok koronavirüs alt türü mevcuttur ve bu virüslerin hayvanlardan insanlara geçerek insanlarda ağır hastalık tablolarına neden olabildiği bilinmektedir. Detaylı araştırmalar sonucunda, SARS-CoV’un misk kedilerinden, MERS-CoV’un ise tek hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı ortaya çıkmıştır (1).

SARS, ilk kez Çin’in Guangdong kentinde tanımlanmış, 29 ülkeye yayılım göstermiş, 8096 doğrulanmış vaka ve 774 ölüm gerçekleşmiştir. Vaka ölüm oranı %9,6’dır (10). MERS, 2012 yılında Suudi Arabistan’ın Cidde şehrinde tanımlandıktan sonra Arap Yarımadası’na yayılmıştır (11). Enfekte olan kişi sayısı 2502, hastalık sebebiyle ölen kişi sayısı 861’dir; vaka ölüm oranı %34,4’tür (12).

2.3. COVID-19 Pandemisi

Çin'in Hubei Eyaleti, Vuhan Şehrinde, 31 Aralık 2019'da etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Vuhan'ın güneyinde bulunan, farklı hayvan türleri satan bir toptan balık ve canlı hayvan pazarı olan Vuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Pazarı çalışanlarında pnömoni vakalarında kümelenme olduğu belirtilmiştir. Vakalarda ateş, nefes darlığı ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir (1).

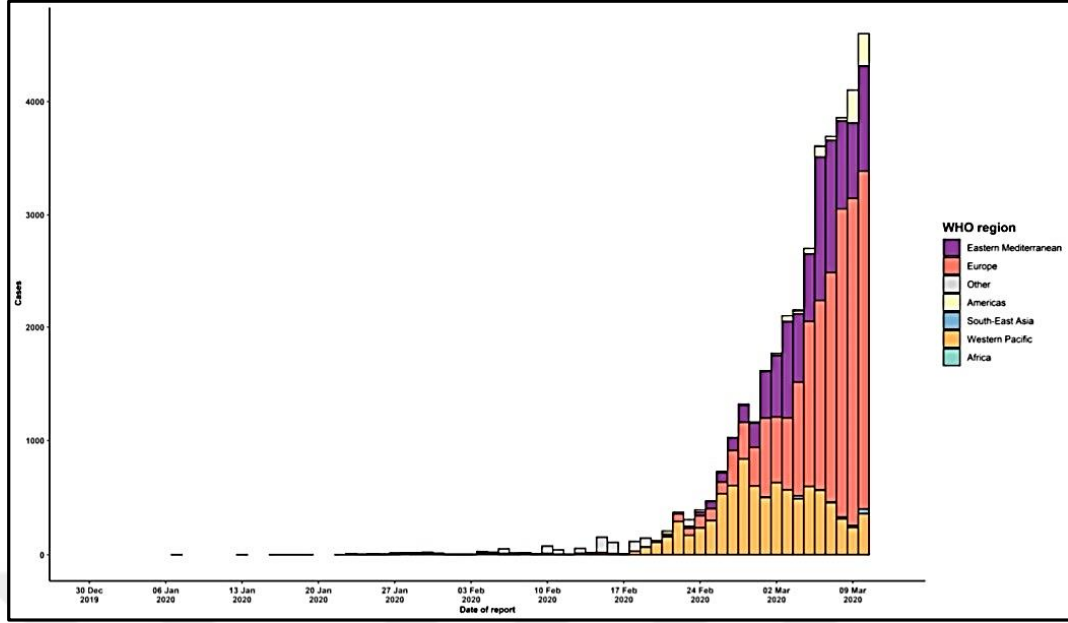
7 Ocak 2020'de yayınlanan raporda hastaların boğaz sürüntülerinin incelenmesi ile yeni bir potansiyel ajan ortaya atılmıştır (13). 8 Ocak 2020'de patojenin genetik diziliminin açıklanmasıyla yeni tip bir korona-virüs tespit edilmiştir. 12 Ocak 2020'de Çin, spesifik tanısı kitlerin oluşturulmasında kullanım için yeni korona-virüsün genetik sekansını paylaşmıştır (14).

İlk importe vaka 13 Ocak 2020'de Tayland'dan bildirilen, 61 yaşındaki Çinli bir kadındır. İlerleyen günlerde importe vaka bildiren ülkelerin sayısı giderek arttı gibi Şubat ayı sonlarında yerli bulaşın yaşandığı ülkeler ortaya çıkmaya başlamıştır. Alınan katı önlemler ile Mart 2020 başı itibarıyla Çin'de salgının hızı yavaşlarken, İran, Kore Cumhuriyeti (Güney Kore) ve İtalya'da COVID-19 vakalarında ve bu enfeksiyona bağlı ölümlerde artış görülmüştür.

11 Mart 2020 tarihinde DSÖ, virüsün 114 ülkede yayıldığını, 118.000'den fazla vaka olduğunu ve 4.291 kişinin hayatını kaybettiğini açıklamıştır. Virüsün yayılımı ve şiddetinin endişe verici boyutlara ulaşması nedeniyle küresel COVID-19 salgını DSÖ tarafından resmen bir pandemi olarak ilan edilmiştir (15).

Devam eden süreçte önce Avrupa, sonrasında Kuzey Amerika'da ciddi vaka artışları görülmüştür. Şekil 1'de 11 Mart 2020'ye kadar olan süreçte, Çin dışında, doğrulanmış COVID-19 vaka sayılarının, bölgesel olarak zaman içindeki artışını gösteren grafik bulunmaktadır (15).

Şekil 2.1'de 11 Mart 2020'ye kadar olan süreçte, Çin dışında, doğrulanmış COVID-19 vaka sayılarının, bölgesel olarak zaman içindeki artışını gösteren grafik bulunmaktadır (15).



Şekil 2.1. 11 Mart 2020 tarihine kadar bildirim tarihi ve DSÖ bölgelerine göre Çin dışında bildirilen doğrulanmış COVID-19 vakalarının epidemik eğrisi

2.3.1. Türkiye’de Pandemi Süreci

Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020’de saptanmıştır. Devam eden süreçte Dünyada olduğu gibi ülkemizde de vaka sayılarında artış görülmüştür (1).

Ülkemizde virüse bağlı ilk ölüm ise 15 Mart 2020’de gerçekleşmiştir. Salgın Türkiye’de sosyal, ekonomik, siyasi, iktisadi, idari, hukuki, askerî, dinî ve kültürel alanlarda birçok önemli etkilere ve sonuçlara neden olan radikal kararlar alınmasına neden olmuştur. Yüz yüze eğitime ara verilerek uzaktan eğitime geçilmiş, restoranlar, kafeler, müzeler, kurslar, oteller, spor salonları gibi sosyal alanlar geçici süreliğine kapatılmış, spor müsabakalarının seyircisiz oynanmasına karar verilmiş, yurt içi ve yurt dışı uçuşlar kısıtlanmış, yurt dışından dönen vatandaşlar sağlık kontrolünden geçirilerek öğrenci yurtlarına yerleştirilmiş, karantinaya alınmış, maske kullanma zorunluluğu getirilmiş, 65 yaş ve üstü ile kronik rahatsızlığı bulunanlar ve 20 yaş altı kişiler için sokağa çıkma kısıtlılıkları getirilmiş ve yüzlerce yerleşim yeri karantinaya alınmıştır (16).

Nisan 2020’de Sağlık Bakanlığı risk bölgeleri, aile takibi, COVID-19 testi, günlük koronavirüs tablosu ve harita üzerinden hastane, eczane bilgilerinin erişilebildiği ‘Hayat Eve Sığar’ mobil uygulamasını kullanıma açmıştır. Daha sonra

bu uygulamada yer alan kod uygulaması (HES Kodu) ile kişilerin risk durumları sorgulanarak sosyal alanlara girmeleri düzenlenmiştir (16).

Temmuz- Ağustos- Eylül 2020 ayları boyunca kademeli normalleşme süreci çerçevesinde sosyal hayatın rahatlamasına dönük adımlar atılmıştır. Kasım 2020’den itibaren ise tüm dünyada etkisini artıran COVID-19 salgını ile dünya ile birlikte Türkiye de kısıtlamaların yoğunlaştırıldığı bir döneme girmiştir.

1 Mart 2021’de, kontrollü normalleşme kapsamında 81 ilin, her ilin risk durumuna göre “düşük”, “orta”, “yüksek” ve “çok yüksek” riskli olarak ayrılacağı belirtilmiştir. İllerin risk durumuna göre kısıtlamalar esnetilmiştir.

2020 yılının son çeyreğinde aşı konusunda olumlu haberler gelmiş, erken dönemde faz III çalışmalarına başlanan beş aşı üretilmiştir. Ülkemizde aşılama çalışmaları 2021 yılı başında sağlık çalışanları ve öncelikli gruplar üzerinde başlamış, 13 Ocak 2021 tarihinde toplumsal aşılama süreci başlatılmıştır.

14 Mart 2021 tarihi itibarı ile Türkiye’de yapılan aşı sayısının 11 milyon dozu aştığı gözlenmektedir (16).

2.3.2. Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler

COVID-19’un, 11 Mart 2020’de Dünya Sağlık Örgütü tarafından “pandemi” olarak ilan edilmesi ile birlikte, dünya genelinde sağlık alanında olası vakaların tanımlanması, sağlık kurumlarına başvuruların düzenlenmesi, iş gücü planlaması, sağlık kurumlarında bulaş riskini azaltmayı hedefleyen lojistik düzenlemeler, hastane bünyesinde SARS-CoV-2 etkenini taşıma ihtimali bulunan sağlık kurumu personellerinin yönetimi ve daha birçok konuda yapılan düzenlemeler ivme kazanmıştır.

Tedavilerin sorunsuz yürütülebilmesi için bünyesinde enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları uzman hekimlerden en az ikisinin bulunduğu ve 3. seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan 81 ilde, 177 salgın hastanesi belirlenmiştir. Salgın döneminde kamu hastanelerinin erişkin yoğun bakım yatak kapasitesi %51 artırılmıştır (16).

Pandemi sürecinde acil servisler sağlık kurumlarının temel triaj alanı ve olası vaka tanımını karşılayan ve COVID-19 tanısı kesinleşmiş hastaların başlıca

başvuru noktası olmuştur. Bu durumun, COVID-19 bulaşı açısından, acil servisleri potansiyel birer alan konumuna taşıdığını öngörmek açıktır.

Uluslararası Acil Tıp Federasyonu (IFEM) tarafından, pandemi sürecinde acil servislerin yönetimi konusunda öneriler içeren bir yayın düzenlenmiştir (17).

Bu öneriler:

- Sosyal mesafeye uyum (>2 m),
- Semptomatik bireyler, temaslı bireyler ve ön saflarda çalışan sağlık çalışanları için izolasyon ve karantina ile ilgili tarama araçları ile bu bireyleri bilgilendirmeye yönelik net talimatların mevcudiyeti,
- Çok sayıda kişi katılımını gerektiren toplantıların iptali,
- Kullanımı gerekli olmayan alanların kapatılması,
- Elzem olmayan hizmetlerin iptali,
- Laboratuvarların ve halk sağlığı sistemlerinin, tarama testlerinin ve temaslı takibi yapılabilmesi açısından güçlü tutulması,
- Ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının uygun KKE ile donatımı, eğer kaynaklar tükenirse KKE alternatiflerinin kullanımı, KKE'lerin maksimum fayda sağlayacak şekilde tutumlu şekilde kullanımı (cerrahi maske veya N95 maskenin, bir şifte mümkün olan en uzun süre kullanılması, sadece ıslak, kontamine veya hasarlı olursa değiştirilmesi), yıkanabilir önlük, temizlenebilir yüz maskesi, gözlük kullanımı,
- Hastalara bakım veren personel sayısının kısıtlanması,
- Teletıp yöntemlerinin kullanılması,
- Hastalığa duyarlı klinisyenlerin (60 yaş üstü, komorbiditeleri bulunan, immünsupresif bireyler) maruziyetinin azaltılması,
- Toplumda bulunan hastalığa duyarlı bireylerin (ileri yaş, komorbiditeleri bulunan, ciddi mental hastalığa sahip olan, huzurevinde kalan, evde bakıma ihtiyaç duyan, evsiz olan bireyler) korunması,
- Hastane kapasitesini korumak ve artırmak (elektif operasyonları iptal etmek, yatışı gerekmeyen hastaları ayaktan takip etmek, servis ve yoğun bakım yatak kapasitesini artırmak),

- Acil servisine COVID tedbirlerine göre yeniden dizaynı (yüksek risk COVID ile düşük risk COVID hastalarına bakım verilen alanı ayırmak, düşük riskli hastaların telefon ile acil servisten başka kurumlara yönlendirilmesi için iyi desteklenmiş telefon hatları kurmak, hafif hastalık tablosundaki hastaların hastane dışında test edilmesi, hastaların yatış ihtiyacının belirlenmesine yönelik az sayıda laboratuvar tetkiki ve akciğer grafisi gibi kısıtlı testlerin yapıldığı bir alan oluşturulması, acil servis bünyesinde olası COVID hastalarının resusitasyonun sağlandığı bir alan oluşturulması),
- Tüm sağlık çalışanlarının (öğrenciler dahil) görevlendirilmesi,
- Tüm kurumların çalışanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına öncelik vermesidir.

Ülkemizde, bu sürecin yönetimi için Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde idari yöneticilerin de dahil olduğu, çok disiplinli (enfeksiyon, göğüs hastalıkları, acil tıp, yoğun bakım, anestezi, psikiyatri, kan bankası, aferez ünitesi, dahiliye, cerrahi, radyoloji ve hastaların özelliğine göre ihtiyaç duyulan diğer disiplinler) bir kurul oluşturulması önerilmiştir.

Pandemi devam ettiği sürece hastaneye gelen her hastanın, COVID-19 ayırıcı tanısının da yer alması gerektiğinin altını çizilmiştir.

Sağlık çalışanlarının hastalanma olasılığı göz önüne alınarak iş gücü planlaması yapılması, sağlık çalışanlarına stres ve yorgunluk düzeyleri göz önünde bulundurularak gerekli desteğin sağlanması gerektiği belirtilmiştir.

Hastanelerde malzeme dezenfeksiyonu, ortak alan temizliği, havalandırma, sosyal mesafe, KKE konusunda yeni düzenlemeler getirilmiştir (18).

Bu öneriler doğrultusunda, sağlık kurumlarında oluşturulan kurullar tarafından her bir sağlık kurumuna özgü, hasta bakım ve bekleme alanlarının oluşturulması, alanda çalışan personellerin belirlenmesi ve sirkülasyonu, KKE sağlanması, olası ve kesin vakaların yönetimi, konsültasyon süreçleri ve başka birçok düzenlemeyi içeren pandemi planları oluşturulmuştur.

Bu çalışmanın yapıldığı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis bünyesinde, olası vakalara sağlık hizmetinin verildiği bir alan oluşturulup bu alan “Turuncu Alan” olarak isimlendirilmiştir. Pandemi kurulu tarafından, hasta sayısı

dikkate alınarak bakım alanı, yatak sayısı, çalışan personel sayısı ile ilgili düzenlemeleri içeren 3 seviyeli bir “Pandemi Çalışma Planı” oluşturulmuştur. Bu plana göre;

- Seviye 1 Çalışma Planı:

İlk triyaj değerlendirmesi (Ön triyaj); Acil Servis bekleme salonu giriş alanında yapılır. Bu alandaki uygun KKE (cerrahi maske, eldiven, üniforma, önlük) kullanan bir görevli, *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan güncel COVID-19 rehberi Ayaktan Başvuran Hastalar İçin Sorgulama Kılavuzu*’na göre erişkin/çocuk tüm hastaları semptomlarını sorgulayarak “Ana Triyaj” alanlarına yönlendirir. Başvuran hastanın maskesiz olması durumunda hastaya cerrahi maske takılarak içeri girmesi sağlanır.

Ön triyaj değerlendirmesi sonrası olası COVID-19 olarak değerlendirilmeyen olgular ana triyaj alanı Triyaj 1’e, olası COVID-19 vakaları Triyaj 2 alanına yönlendirilir. Çocuk hastalar “Çocuk Acil Triyaj” alanına yönlendirilir.

Ana triyaj değerlendirmesi tamamlanan hastalar değerlendirmelerine uygun şekilde ilgili acil servis alanına alınır.

Ana triyaj değerlendirmesi Triyaj 2 alanında yapılan ve COVID-19 olası vaka olarak değerlendirilen hastalar sekreterlikte kayıt kabulü yapıldıktan sonra, bir personel eşliğinde bekleme salonunda bulunan ve danışma tarafından kontrollü geçiş olarak açılabilen kapıdan Acil Servis Turuncu Alan’a yönlendirilir.

Acil servise 112 ambulansı ile transfer edilen ve bilinen COVID-19 tanısı almış olan hastalar direkt olarak Acil Servis Turuncu Alan’a aktarılır.

Turuncu alan iki bölümden oluşur. Turuncu alan-1 bölümünde birbirinden alçıpan bölmelerle ayrılmış 10 hasta yatağı ve 2 yatak bulunan bir resusitasyon odası bulunur. Turuncu alan – 2 ek monitör alanında birbirinden perde ile ayrılmış 6 tane monitörlü hasta yatağı bulunur.

Alanda görevli tüm personel tam KKE (cerrahi maske, siperlik, eldiven, üniforma, önlük, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) vb. yüksek riskli girişim gereksinimi durumunda N95 maskesi) ile çalışır.

Acil Servis Sorumlu Doktoru, Erişkin Acil Servis ve Turuncu Alan’a kabul edilen tüm hastaların klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumludur.

Görevli tüm personel belirlenen odada uygun KKE giymesinin ardından turuncu alana açılan ikinci odaya geçerek alana giriş yapar.

Görevli tüm personel turuncu alandan çıkışta belirlenen odanın turuncu alan tarafından odaya giriş yapar, kontamine kıyafetlerini belirlenmiş kutulara atar ve en son alt üst üniformalarını yenileyerek giyinme odasından çıkar.

Alandan 08.00 – 13.00 – 18.00 ve 24.00’da yemek/ihtiyaç ve vardiya değişimi için çıkış yapılır.

•Seviye 2 Çalışma Planı:

Hastanenin Hastane Afet Planı (HAP) Başkanı tarafından, Acil Durum Seviye 2 Kodu verildiği andan itibaren, Turuncu Alan-1 ve 2’ye ilaveten, Erişkin Acil Servis Alanı içindeki Monitörlü Gözlem Alanı ve Resusitasyon Odası ile Gözlem 1 ve Gözlem 2 odaları da COVID-19 hastalarının bakımı için tahsis edilecektir.

Alanda hasta yönetimi ve sonlandırılma sürelerinin belirlenen sınırlar içinde devam edip sekteye uğramadığı, başvuran hastalarda konsültasyon ve/veya yatış gerektiren hasta oranlarının %15’i geçmediği koşullarda, günlük toplam 140-150 olası COVID-19 düşünülen hastanın yönetimi Turuncu Alan sınırları dahilinde gerçekleştirilebilir.

Acil servis girişindeki bekleme salonu pandemi koşulları nedeniyle ön triyaj alanı olarak hizmet verdiğinden acil servise başvuran hastaların ve yakınlarının bekleyeceği kapalı alan ihtiyacı bulunmaktadır. Soğuk-sıcak-yağmur gibi olumsuz hava koşullarında kullanıma uygun bir bekleme alanı sağlanabilmesi için Acil Servis ana girişi önünde bulunan bahçe kantini alanı kullanılacaktır.

•Seviye 3 Çalışma Planı:

Pandemi koşullarının daha da kötüleşmesi, acil servis içinde yapılacak düzenlemelerin hasta bakım yükünü karşılayamayacak duruma ulaşması ve hastanenin HAP Başkanı tarafından, Acil Durum Seviye 3 Kodu verilmesi halinde, Ortopedi, Nöroşirürji, Plastik Cerrahi poliklinik alanları da boşaltılacak ve pandemi hasta bakım alanı olarak kullanılacaktır.

Bu alan pandemi ayaktan hasta başvuru polikliniği olarak hizmet verecektir. Alanın yönetimi ve alanda görevlendirilecek diğer personelin çalışma listeleri HAP doğrultusunda hastane yönetimi tarafından belirlenecektir (19).

2.4. İşe Bağlı Gerginlik

“İş stresi”, bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (20).

Stres, güç, baskı, zor gibi anlamlar yüklenmiş olan “işe bağlı gerginlik” kavramı ise, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (21).

Çalışma insan yaşamında merkezi bir yere sahiptir (22). Bireylerin kişisel yaşamlarını iş yaşamlarından tamamen ayırabilmeleri düşünülmeyecek bir durumdur. Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu etkinin olumlu yönde olması, bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanmaktadır (23,24).

İşe bağlı gerginlik ve düş kırıklığı daha çok insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde görülmektedir (25). Tıbbi bakım alanı hem yoğun stres yaşayan kişilere hizmet verilmesi hem de bu alanda çalışan personelin stresli durumlarla sık karşılaşmasından dolayı diğer iş ortamlarına göre daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortamdır (26). Sağlık çalışanı hizmetini sunarken, çok farklı düzeyde sağlık sorunu yaşayan hasta ve hasta yakını ile karşılaşmaktadır. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (27,28). Bunun yanında yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (28).

İş yaşamında stresi tetikleyen birçok sebep tanımlanmıştır. Yapılan bir çalışmada örgütsel stres kaynakları dört grupta sınıflanmıştır (29):

1. Örgütsel politikalar (adaletsiz başarı değerlendirmesi, ücret eşitsizlikleri, örgütsel kuralların katılığı, iş gruplarını değiştirme, çelişkili yöntemler, sık yer değiştirmeler, gerçekçi olmayan iş tanımları)
2. Örgütsel yapı (merkeziyetçilik ve kararlardan dışlanma, yükselme olanaklarının azlığı, aşırı formaliteler, yüksek derecede uzmanlaşma,

örgütsel bölümlerin karşılıklı bağımlılığı, yürütme ve danışma birimleri arasındaki çatışma)

3. Fiziksel koşullar (kalabalık çalışma ortamı ve özel yaşamı önemsememek, aşırı gürültülü ve sıcak ya da soğuk çalışma ortamı, zehirli maddeler ve radyasyon, hava kirliliği, iş kazaları, yetersiz aydınlatma)
4. Örgütsel süreçler (yetersiz iletişim, başarı düzeyi ile ilgili yetersiz geribildirim, belirsiz ve çelişkili amaçlar, başarı değerlendirmesinin yanlış ve çelişkili olması, adaletsiz denetim düzeni, yetersiz bilgi)

Çalışanlarda aşırı iş yükü kadar strese neden olan bir diğer faktör ise yetersiz iş yüküdür. Özellikle kriz dönemlerinde zamanının çoğunu oturarak geçirmek durumunda kalan veya zekâ ve yeteneğinin altında rutin işleri yapmak zorunda kalan veya belli bir zamana yetişmek amacıyla zaman baskısı altında çalışan personelin sıkıntı nedeniyle strese girdiği görülmektedir (29,30).

Bu dış etkenler stresi tetikleyici etkiler yapsalar da, stresin gerçek kaynağı bireyin kendisi ile ilgili olmaktadır. Bireylerin farklı kişilik özellikleri ve bu kişilik özelliklerinin iç ve dış çevreyi kendi bakış açılarından algılamaları, cinsiyetleri, duygusal yapıları, ilişkileri açısından destekleyici ya da yarışmacı tavır sergilemeleri, daha çok şeye sahip olma düşüncesi, kazanma hırsının neden olduğu açgözlülük ve huzursuzluklar, bireysel değerlerin örgütsel değerlerle çatışması, iş arkadaşları ile iletişimin zayıf olması ve yoğun ve yaygın dedikodu birer stres kaynağı olarak değerlendirilebilir (29).

Stres altında kalan bireyler, kendi bireysel özelliklerine göre farklı tepkiler gösterebilirler. Yapılan çalışmalarda da stresörler karşısında sıklıkla başvuru yöntemlerin; alkol ve sigara kullanımı, kaçma davranışı gösterme, aşırı yeme ve içme, çatışma, işten uzaklaşma ve unutmaya deneme gibi etkisiz baş etme yöntemleri ile problem çözme yöntemini kullanma, boş zaman aktiviteleri ile uğraşma, dinlenme, gevşeme teknikleri ve bilişsel baş etme yöntemlerinin kullanılması gibi etkili baş etme yöntemleri olduğu görülmüştür (31,32).

İşe bağlı gerginlik, çalışma yaşamında kaçınılmaz bir durum olmakla birlikte, bu durumun sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme kapasitesini aştığında birtakım sorunlar ortaya çıkmaktadır (33).

Bu bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, migren, kas ağrıları, uyku sorunları, yorgunluk gibi stres bağlantılı durumların yanı sıra kaygı, çaresizlik, depresyon, tükenmişlik sendromu, kendine güvende azalma, aile içi ve kişiler arası iletişim sorunları gibi ruhsal problemlerin görüldüğü izlenmiştir (34,35).

2.4.1. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda sağlık çalışanlarında işe bağlı gerginlik boyutunu saptamak için Revicki, May ve Whitley tarafından hazırlanarak geliştirilen ‘İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği’ kullanılmıştır (36).

Bu ölçek, sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 18 madde içeren 4’lü Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler “tamamıyla bana uygun”, “büyük ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun” ve “bana hiç uygun değil” biçiminde ve 4 ile 1 puan arasında değerlendirilmektedir. 2, 4, 8, 9, 11 ve 15. maddeler tersine puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 72’dir. Bu ölçek özgün çalışmada aile hekimleri, acil tıp teknisyenleri, hastane hemşireleri, uçuş hemşireleri ve acil tıp asistanlarına uygulanmış, güvenirlik katsayısı 0,85 ile 0,90 arasında bulunmuştur.

Ölçek daha önceden Türkçeye çevrilerek bir hemşire örneklemine uygulanmış, test-tekrar test güvenirliği 0,61 bulunmuştur (34). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin geçerlilik çalışmasında, ölçeğin işle ilgili stres düzeyini belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu saptanmış; 15. maddenin Cronbach’ın alfa güvenirlik katsayısını oldukça düşürdüğü belirlenmiş; 15. madde dâhil Cronbach’ın alfa güvenirlik katsayısı 0,63 ve 0,75, 15. madde ölçekten çıkarıldıktan sonra 0,68 ve 0,78 olarak bulunmuştur (37).

Çalışmamızda ölçeğin orijinal hali kullanılmıştır.

2.5. Tükenmişlik

Toplumda tükenme kelimesi bitmek, güçsüz kalmak olarak bilinmektedir. Tükenmişlik ise; kişinin ruhsal ve fiziksel açıdan enerjisinin tükenmesi olarak ifade edilmektedir.

Tükenmişlik küresel bir problemdir ve işe bağlı stres dünya çapında çalışanların sağlığı ve kuruluşların işleyişi açısından büyük bir engel teşkil etmektedir. Batı dünyası ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sağlık çalışanları, öğretmenler, bakıcılar ve diğer profesyoneller arasında yüksek oranda tükenmişlik sendromu ve bununla ilişkili akıl sağlığı problemleri saptanmıştır (38).

Tükenmişlik kavramının tanımının yapılması uzun zaman öncesine dayanır. 1974 yılında Herbert Freudenberger tükenmişliği, “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlamıştır (39).

Tükenmişlik kavramı, bireysel düzeyde psikolojik temelde ele alındığında konunun sınırları farklı boyutlara genişlemektedir. Örgütsel düzeyde incelendiğinde ise çalışma hayatı, çalışma ortamı ve mesleki olarak sınırlandırılmakta, bu faktörlerin birey üzerindeki etkileri ele alınmaktadır. Bu çerçevede “tükenmişlik” kavramından, “mesleki tükenmişlik” kavramına geçiş yapılabilmektedir (38).

Günümüzde mesleki tükenmişliğin en yaygın kullanılan ve kabul gören tanımı, aynı zamanda kendi adıyla anılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğini de geliştirmiş olan Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach’a göre tükenmişlik “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır (40-42).

Tükenmişlik ile ilgili pek çok model oluşturulmuştur. Tükenmişlik modellerinden Maslach, Edelwich ve Brodsky, Cherniss, Perlman ve Hartman, Pines tükenmişlik modelleri ele alınarak incelenmiştir. Tükenmişlik modellerinde genel olarak tükenmişliğe etki eden faktörler ve tükenmişlikle başa çıkma yolları ortaya konulmaktadır. Bunlardan en bilenen ve kabul gören model Maslach tükenmişlik modelidir.

2.5.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach Tükenmişlik Modeli, tıp literatüründe “çok boyutlu tükenmişlik modeli” ya da “üç boyutlu tükenmişlik modeli” olarak da anılmaktadır. Maslach’ın modelinde tükenmişlik, üç boyutta ele alınmıştır. Bu boyutlar sırasıyla; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması şeklinde listelenmektedir (43).

2.5.1.1. Duygusal tükenme

Maslach ve Jackson’a (1981) göre duygusal tükenme, “çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleri” olarak tanımlanmaktadır. Duygusal tükenme, tükenmişlik kavramının birinci evresi ve en mühim ögesidir (42).

Duygusal tükenme daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin daha fazla olduğu mesleklerde görülmektedir. Duygusal açıdan yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan kişi, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında kendini ezilmiş olarak hissetmektedir. Yoğun bir tempo nedeniyle stres yaşayan kişi, diğer insanlarla yaşadığı iletişimin yoğunluğu nedeniyle ve tepkilerle baş edememesi sonucunda tükenmeye doğru sürüklenmektedir. Duygusal tükenmişlik yaşayan kişi eskisi gibi verimli olmadığını düşünerek özgüvenini yitirmeye başlar, yalnızlığı tercih eder ve insanlardan kaçmaya başlar (44). Bu olumsuz hislerin sonrasında işe gelmeme, işten ayrılma gibi durumlar ortaya çıkmaktadır.

Duygusal tükenme, tükenmişliğin 3 alt boyutundan en önemli olan bileşendir; ancak duygusal tükenme, tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli değildir (45).

2.5.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma sendromu; dozu giderek çoğalan ve bireyi tüketen olumsuz bir duygu durumudur. Tükenmişlik sendromunda kişiler arası ilişkilerin etkilendiği dönemdir. Maslach duyarsızlaşmayı, “hizmet sunulan kişilere yönelik uzak, katı ve hatta insancıl olmayan bir yanıt” biçiminde tanımlamaktadır (46).

Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. Çalışan, başkalarının hislerine, yaşadıklarına karşı duygusuz, soğuk, kayıtsız ve insani olmayan bir şekilde yaklaşır.

Dozu gittikçe artan bu negatif reaksiyon çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranabilir; rica ve talepleri göz ardı edebilir veya gerekli yardım ve servisi sağlamada başarısız kalabilir. İşi gereği karşılaştığı insanlara sanki birer nesneymiş gibi davranır (47). İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirir (45). Bütün bunlar kişiyi mutlu edip korumaktan çok, manevi olarak doyumsuzluğa ve mutsuzluğa sürükler.

2.5.1.3. Düşük kişisel başarı hissi

Tükenmişliğin ikinci aşaması olan duyarsızlaşma aşamasındaki çalışan başkalarının hislerine, yaşadıklarına karşı kayıtsız bir tutum sergiler. Bu şekilde bir tutumda bulunma kişiyi yavaş yavaş tükenmişliğin üçüncü aşamasına doğru sürükler.

Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında da olumsuz düşünmesine yol açar. Kendisini kimsenin sevmediğine, hastaları ile ilgilenmede yetersiz kaldığına dair bir duygu geliştirir. Kişi bu düşünce ve davranışları nedeniyle kendini suçlu hisseder (48).

Kendini başarısız olarak değerlendiren kişi sonuçta başarabileceği ya da gerçekleştirebileceği eylemleri yapamamaya ve kendini pasifize ederek mesleki davranımlardan ve yeni bir işe koyulmaktan kaçınmaya başlar. Kendini suçlama, sevildiğini düşünmeme, başarısızlık duyguları, benlik saygısının azalması ve depresyon şeklinde kendini göstermektedir (49).

2.5.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkması için birden fazla kaynak etki etmektedir. Bu etkenler ne kadar iyi bilinirse bu durumdan kurtulmayı öğrenmek o kadar kolay olacaktır. Yöneticilerin tükenmişlik sendromundan haberdar olması önemli ve gereklidir. Bu sendrom sadece bunu yaşayan kişiyi etkilememekte ortaya konulan hizmeti ve işi de etkilemektedir.

Bu kapsam dahilinde yapılan araştırmalarda tükenmişliğe etki eden faktörler iki ayrı başlık altında toplanmıştır:

1. Bireysel Faktörler

Bireysel tükenmişliğe neden olan faktörler çok çeşitlidir. Aynı şartlar altında çalışan bireylerin bazıları tükenirken, bazıları daha az tükenmekte veya tükenmemektedir. Bunun nedeni, tükenmişliğe etki eden bireysel faktörlerin kişiden kişiye farklılık göstermesidir. Bunun yanı sıra, bireyler üzerinde strese neden olan durumların farklılığı ve bu durumlar karşısında bireylerin başa çıkabilme becerileri açısında da kişiden kişiye farklılıklar görölmektedir (50).

Kişilik yapısı tükenmişliğe etki eden faktörlerden biridir. A tipi kişilik (hırslı, rekabetçi, inatçı) özelliğine sahip olan bireylerin tükenmişlik sendromuna daha yatkın oldukları saptanmıştır.

Benzer şekilde öz-saygı, engellenme düzeyi, deneyim, denge durumu, farkındalık durumu, sahip olunan değerler ve sınırlamalar gibi kişiye özgü nedenler tükenmişliği etkilemektedir.

Empatik eğilim düzeyi yüksek bireylerde duygusal tükenme düzeyi daha yüksek saptanmıştır (51). Empati yapmak insanlarla ilişkileri kolaylaştırdığı gibi sürekli empati yapmak yoğun duygusal strese neden olmaktadır.

Diğer bir faktör de kişinin çalışma yaşamındaki beklentileridir. Bireylerin temel olarak para, bireysel tatmin, iyi bir iş ortamı, yıllık izin gibi beklentileri olur. Aşırı iş yükü, kişinin bilgi ve becerilerinin altında bir işte çalışması, izin hakkının kısıtlanması, eksik maaş alma veya zamanında maaş alamama gibi durumlarda beklentileri karşılanamayan birey, tükenmişliğe doğru sürüklenmektedir.

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş deneyimi, sosyal destek imkânı tükenmişliğe etki eden bireysel faktörler içinde ele alınmaktadır.

2. Örgütsel Faktörler

Tükenmişliğe neden olan örgütsel faktörler arasında aşırı iş yükü, personel eksikliği, iş yerinin lojistik anlamda çalışanların ihtiyacını karşılayamaması, yapılan iş üzerinde kontrol eksikliği, ödüllendirilmeme, adil muamele görmeme, işe aidiyet duygusunun olmaması, iş yerinde rol çatışması bulunmaktadır.

Tükenmişlik hisseden bireyde görülen belirtiler duygusal, davranışsal, fiziksel ve sosyal belirtiler olmak üzere sınıflandırılabilir (52).

a. Fizyolojik Belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Enerji kaybı
- Kronik soğuk algınlığı ve uyku bozuklukları
- Gastrointestinal bozukluklar
- Kilo kaybı
- Solunum güçlüğü
- Psikosomatik hastalıklar
- Koroner kalp rahatsızlığı insidansında artma

b. Psikolojik Belirtiler

- Duygusal bitkinlik
- Kronik bir sinirlilik hali
- Çabuk öfkelenme
- Zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama
- Hayal kırıklığı
- Çökkün duygu durumu
- Anksiyete
- Huzursuzluk
- Sabırsızlık
- Benlik saygısında düşme
- Değersizlik
- Eleştiriye aşırı duyarlılık
- Karar vermekte yetersizlik
- Apati
- Boşluk ve anlamsızlık hissi
- Ümitsizlik

c. Davranışsal Belirtiler

- Eleştirilmekten hoşlanmama, olaylara ani tepki gösterme,
- Çabuk öfkelenme, sabırsızlık, alınganlık, iş doyumsuzluğu, unutkanlık,
- Her şeye şüphe ve endişe ile yaklaşma, işle ilgili konuları erteleme, iş dışındaki şeylerle ilgilenme
- İnkâr etme, çevre ile ilişkilerde bozulma

d. Sosyal Belirtiler

- Etrafına karşı olumsuz tutum ve davranış sergileme
- Çevresindekilere karşı umursamaz davranma,
- Görevlerini gerektiği gibi yerine getirememe sonucunda iş arkadaşları ve üstleri arasında oluşabilecek muhtemel gerilimler.

2.5.3. Tükenmişliğin Etkileri

1. Bireysel Etki ve Sonuçları

- Bireylerde psikosomatik rahatsızlıklar
- Evlilik ve aile yaşamındaki sorunlar
- Uykusuzluk ve kronik yorgunluk sorunları
- Alkol ve ilaç kullanımında artış
- İşte ya da iş dışında genel olarak insan ilişkilerinde bozulma ve olumsuzluklar
- Öz-saygının azalması ya da kaybı ve özgüven duygusunda azalma
- Çevresindeki bireylere karşı negatif duygu ve tavırlar.

2. Örgütsel Etki ve Sonuçları

- İşten ayrılma ve iş doyumsuzluğu
- İşli savsaklama ve aksatma
- Çalma ve hırsızlık
- Hastalıktan kaynaklanan nedenlerle artan bir şekilde işe gelmeme ya da işe geç gelme
- Hizmetin niteliğinde bozulma
- Evraklarla ilgili sahtekârlıklar
- Düşük iş performansı

- Yeni bir meslek için eğitim alma
- Azalmış verim ve düşük performansa bağlı hasta kalış süresinde artma (maddi ve manevi yük oluşturarak)
- İşteki kaza ve yaralanmalarda artma
- İstemleri erteleme, medikasyon hatalarında artma ve ölümlerin olması, vb. gibi sonuçlar görülebilmektedir (53).

2.5.4. Tükenmişlik ile Başa Çıkma Yolları

Kurumsal ve bireysel olarak alınacak bazı tedbirler ile tükenmişlik sendromunun önüne geçilebilmektedir.

Kurumsal olarak alınabilecek tedbirler arasında iş yoğunluğunun arttığı dönemlerde yardımcı çalışan ve ek takviye sağlamak, serbest karar verme mekanizmasını ve mekanizmaya katılımı arttırmak, başarıları ve çalışmaları tebrik etmek, ücret-ödül-terfi sisteminin iyi çalışır duruma getirilmek, öze yönelim ve dinlenme için ayrılan süreyi artırmak, işin gerektirdiği sorumluluğu dengede tutmak sayılabilir (54,55).

Tükenmişliği engellemede yapılacak en etkin önlemlerden biri, çalışanları tükenmişlik konusunda eğitmek olarak belirtilmektedir. Mesleğe başlamadan önce tükenmişliğin anlatılması çalışanların bu semptomları kendisinde gördüğünde erkenden tanınmasını sağlayacağı ve bu şikâyetleri başka nedenlere atfetmesini engelleyeceği bildirilmiştir (56).

Özellikle iş ortamını kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde, bireysel baş etme yöntemleri öncelik kazanmaktadır (57).

Bireysel olarak, işle ilgili net ve realist beklenti ve hedeflerin oluşturulması, girişkenlik becerisi, kişisel gelişim ve danışmanlık gruplarına katılmak, zaman yönetimi, hobi edinmek, tatil yapmak, spor yapmak, sağlıklı beslenmek, jimnastik etkinliklerin arttırılması ve yeni bir iş önerilmektedir (58).

2.5.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini belirlemede en yaygın kullanılan ölçek olan, Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (59).

Bu ölçek, tükenmişliği “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma”, “Kişisel Başarı” alt boyutları üzerinden değerlendiren bir araçtır.

Ölçek, duygusal tükenmeyi 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); duyarsızlaşmayı 5 madde (5, 10, 11, 15, 22); kişisel başarıyı 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) üzerinden ölçmektedir ve toplam olarak 22 maddeden oluşmaktadır.

Orijinal ölçek “hiçbir zaman”, “yılda birkaç kere”, “ayda bir”, “ayda birkaç kere”, “haftada bir”, “haftada birkaç kere”, “her gün” biçiminde 7 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir. Türkçe uyarlaması ise “hiçbir zaman” (0 puan), “çok nadir” (1 puan), “bazen” (2 puan), “çoğu zaman” (3 puan), “her zaman” (4 puan) biçiminde 5 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir (60).

Ölçeğin “Duygusal Tükenmişlik” ve “Duyarsızlık” boyutları olumsuz, “Kişisel Başarı” boyutu olumlu cevapları belirtmektedir (61). “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” alt ölçeklerinde yüksek puanlar, “Kişisel Başarı” alt ölçeğindeki düşük puanlar tükenmişliği göstermektedir.

Çalışmamızda, ölçeğin Türkçeye uyarlanan formu kullanılmıştır.

Ölçekten elde edilen puanlar yorumlanırken; duygusal tükenmişlik için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20, kişisel başarı için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir (62).

Ergin’in yaptığı çalışmada Cronbach’ın alfa katsayıları Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,71 ve Kişisel Başarı için 0,72’dir (59).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, COVID-19 pandemisi süresince acil servis çalışanlarının işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri, bu düzeyleri etkileyen sosyodemografik özellikleri ve bu düzeylerin zaman içindeki değişimini belirlemek amacı ile yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis’inde görev yapmakta olan çalışanlarla gerçekleştirilmiştir. Acil serviste görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanlarına anket uygulandı. Anketin uygulanmasından 6 ay sonra aynı anket ikinci kez uygulandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis’inde görev yapan toplam 146 sağlık çalışanı oluşturdu. 1. anket döneminde çeşitli nedenler ile acil serviste bulunmayan sağlık çalışanları ile 1. ankete katılıp görev yeri değişikliği, işten ayrılma, sağlık sorunları nedeni ile 2. ankete katılmayan sağlık çalışanları çalışmadan dışlandı.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak anket uygulaması seçildi. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır:

1. Çalışanların sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı form (Genel Bilgi Formu)

Sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslekte deneyim süresi, çalıştığı birimi içeren kişisel bilgilere ulaşmayı; ayrıca çalışanların KKE’ye ulaşımı, COVID-19 bulaş riskini, COVID-19

hakkında tıbbi özgeçmişini değerlendirmeyi sağlayan bir formdur. Toplamda 27 sorudan oluşmaktadır.

2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (Ek-1)

Bu ölçek, sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 18 madde içeren 4'lü Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler “tamamıyla bana uygun”, “büyük ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun” ve “bana hiç uygun değil” biçiminde ve 4 puan ile 1 puan arasında değerlendirilmektedir. 2, 4, 8, 9, 11 ve 15. maddeler tersine puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 72'dir (34).

3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Ek-2)

Bu ölçek, tükenmişliği “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma”, “Kişisel Başarı” alt boyutları üzerinden değerlendiren bir araçtır. Ölçek, duygusal tükenmeyi 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); duyarsızlaşmayı 5 madde (5, 10, 11, 15, 22); kişisel başarıyı 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) üzerinden ölçmektedir ve toplam olarak 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “hiçbir zaman” (0 puan), “çok nadir” (1 puan), “bazen” (2 puan), “çoğu zaman” (3 puan), “her zaman” (4 puan) biçiminde 5 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir (57).

Çevrimiçi olarak SurveyMonkey® üzerinden düzenlenen ve doldurulan anket, Genel Bilgi Formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğini içeren toplam 67 sorudan oluşmaktadır. Anketin doldurulması için öngörülen süre, SurveyMonkey® tarafından yaklaşık 8 dakika olarak belirtildi.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen tüm veriler SPSS IBM Statistics Version 21'de analiz edildi. Verilerin dağılım incelemesi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Verilerin süreklilik sağlamaması sebebiyle gösteriminde ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler ise olgu sayısı (n) ve frekans (%) ile gösterildi. Parametrik verilerin analizinde Student T-Test ve ANOVA testi kullanıldı. Niceliksel verilerin kendi içinde analizinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Kategorik

değişkenler arasındaki ilişki Pearson Ki-Kare ile analiz edildi. Verilerin zaman içindeki değişimi Paired Sample testi ile yapıldı. Bu çalışmada $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Araştırma verileri iki ayrı dönemde toplandı. Anketin ilk uygulanması Mayıs-Haziran 2020 aylarında, ikinci uygulanması Kasım-Aralık 2020 aylarında yapıldı. Araştırmanın 1. döneminde acil serviste aktif olarak görev yapan, izinli veya raporlu olmayan ve gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden 105 sağlık çalışanı ve 2. döneminde ise 100 sağlık çalışanı ankete katıldı. 1. ankete katılan 17 sağlık çalışanı görev yeri değişikliği nedeni ile 2. ankette katılamadı. 2. ankete katılan 12 sağlık çalışanı ise 1. anket döneminde acil serviste görevli değildi. Toplamda 117 sağlık çalışanından veri alınırken, her iki ankete birden katılan sağlık çalışanı sayısı 88 oldu; ancak anketteki ölçekleri tamamlayan 8 sağlık çalışanı çalışmadan dışlandı ve 80 sağlık çalışanının verileri analiz edildi.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Değişkenleri

Araştırmanın her iki döneminde de ankete katılan 80 sağlık çalışanının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının $28,9 \pm 5,0$ yıl olduğu tespit edildi.

Çalışanların 48'i (%60,0) erkek ve 32'si (%40,0) kadın; 23'ü (%28,8) evli, 57'si (%71,2) bekâr idi.

Katılımcıların 66'sı (%82,5) çocuk sahibi olmadığını, 14'ü (%17,5) çocuk sahibi olduğunu belirtti. Katılımcıların meslek dağılımına bakıldığında 40'ının (%50,0) hekim (öğretim üyesi veya tıpta uzmanlık öğrencisi), 33'ünün (%41,2) yardımcı sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, acil tıp teknikeri veya radyoloji teknikeri) ve 7'sinin (%8,8) bilgisayar işletmeni (sekreter) olduğu belirlendi.

Çalışmanın her iki döneminde de ankete katılan 80 sağlık çalışanının meslekte toplam çalışma süresine bakıldığında, 56'sının (%70,0) 5 yıldan az, 16'ının (%20,0) 6-10 yıl ve 8'inin (%10,0) 10 yıldan uzun süredir mesleklerini yaptığı görüldü.

Katılımcıların 40'ı (%50,0) salgın döneminde sağlık çalışanına yönelik psikolojik ve sosyal destek alma imkânının bulunmadığını, 14'ü (%17,5) bulunduğunu, 26'sı (%32,5) bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtti.

Çizelge 4.1. Her İki Ankete Katılan Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Değişkenleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-30	66	82,5
≥31	14	17,5
Cinsiyet		
Kadın	32	40,0
Erkek	48	60,0
Medeni Durum		
Bekâr	57	71,2
Evli	23	28,8
Çocuk sahibi mi?		
Evet	14	17,5
Hayır	66	82,5
Mesleki Unvan		
Hekim	40	50,0
Sağlık personeli	33	41,2
Sekreter	7	8,8
Meslekte toplam çalışma süresi		
<5 yıl	56	70,0
6-10 yıl	16	20,0
>10 yıl	8	10,0
Psikolojik ve sosyal destek alma imkânı		
Bilmiyorum	26	32,5
Evet	14	17,5
Hayır	40	50,0

4.2. 1. Anket Dönemindeki Hizmet Sunumu ile İlgili Veriler

Anketin 1. döneminde katılımcıların 72'si (%90,0) acil servisteki toplam çalışma saatlerinin azaldığını, 5'i (%6,2) değişmediğini ve 3'ü (%3,8) arttığını belirtti. Salgın alanındaki çalışma süreleri sorgulandığında ise katılımcıların 64'ü (%80,0) pandemi alanında ayda 5-15 vardiya, 12'si (%15,0) ayda 15 vardiyadan fazla, 4'ü (%5,0) ayda 5 vardiyadan daha az çalıştığını belirtti.

İlk anket döneminde, katılımcıların 78'i (%97,5) tanı konulmuş kronik bir rahatsızlığı bulunmadığını, 2'si (%2,5) ise kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu belirtti.

İlk anket döneminde, katılımcıların 76'sı (%95,0) kendi evinde, 3'ü (3,8) başka bir evde, 1'i (%1,2) misafirhane veya yurttan ikamet ettiğini belirtti.

İlk anket döneminde, katılımcıların 68'i (%85,0) evinde SARS-CoV-2 açısından yüksek riskli birey bulunmadığını, 12'si (%15,0) ise bulunduğunu belirtti.

Bu dönemde, katılımcıların 50'si (%62,5) maddi durumunun salgın öncesi dönem ile benzer olduğunu, 22'si (%27,5) daha kötü olduğunu, 8'i (%10,0) daha iyi olduğunu belirtti.

Katılımcıların 50'si (%62,5) SARS-CoV-2 ile ilgili sağlık hizmetine ilişkin kurumsal eğitim aldığını; 30'u (%37,5) almadığını belirtti.

Katılımcıların 31'i (%38,8) salgın alanında çalışmaya devam etmek istediğini, 28'i (%35,0) istemediğini, 21'i (%26,2) bu konuda kararsız olduğunu belirtti.

Katılımcıların 41'i (%51,2) SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmediğini, 39'u (%48,8) geçirip geçirmediğini bilmediğini belirtti. Anketin 1. döneminde ankete katılan hiçbir sağlık çalışanının COVID-19 geçirmediği görüldü.

Katılımcıların 76'sı (%95,0) bu dönemde karantinaya alınmadığını, 4'ü (%5,0) karantinaya alındığını belirtti.

Katılımcıların kişisel koruyucu ekipmana ulaşma imkânı sorgulandığında 40'ı (%50,0) N95/FFP2 ulaşılabilirliği açısından bazen sorun yaşadığını, 6'sı (%7,5) her zaman sorun yaşadığını, 34'ü (%42,5) sorun yaşamadığını belirtti. Katılımcıların 3'ü (%3,8) tıbbi (cerrahi) maske ulaşılabilirliği açısından bazen sorun yaşadığını; 27'si (%33,8) koruyucu gözlük ulaşılabilirliği açısından bazen, 1'i (%1,2) her zaman sorun yaşadığını; 11'i (%13,8) yüz siperliği ulaşılabilirliği açısından bazen, 1'i (%1,2) her zaman sorun yaşadığını; 51'i (63,8) koruyucu cerrahi önlük/tulum ulaşılabilirliği açısından bazen, 7'si (%8,8) her zaman sorun yaşadığını; 6'sı (%7,5) eldiven ulaşılabilirliği açısından bazen sorun yaşadığını; 7'si (%8,8) çizme ulaşılabilirliği açısından bazen, 32'si (%40,0) her zaman sorun yaşadığını belirtti.

Katılımcıların hasta bireyler ile kontamine numuneler ile temas riski ve olasılığı sorgulandığında 44'ü (%55,0) hastane içinde hasta bireyler ile temas riskinin yüksek, 30'u (%37,5) orta, 6'sı (%7,5) düşük olduğunu belirtti.

Katılımcıların 18'i (%22,5) kontamine kan ve idrar numuneleri ile temas olasılığını düşük, 23'ü (%28,7) orta, 36'sı (%45,0) yüksek olarak değerlendirdi, 3'ü (%3,8) kontamine kan ve idrar numuneleri ile temas olasılığının olmadığını belirtti.

Katılımcıların 34'ü (%42,5) aerosol oluşturan işlem yapma olasılığını yüksek, 29'u (%36,3) orta, 13'ü (%16,2) düşük olarak değerlendirdi, 4'ü (%5,0) aerosol oluşturan işlem yapma olasılığı olmadığını belirtti.

Katılımcıların 40'ı (%50,0) hastane ortamında SARS-CoV-2 hastalığına yakalanma riskini yüksek, 21'i (%26,3) çok yüksek, 4'ü (%5,0) düşük, 1'i (%1,2) çok düşük olarak değerlendirdi, 14'ü (%17,5) kararsız olduğunu belirtti.

4.3. 2. Anket Dönemindeki Hizmet Sunumu ile İlgili Veriler

Katılımcıların 62'si (%77,5) bu dönemde çalışma sürelerinin değişmediğini, 14'ü (%17,5) arttığını, 4'ü (%5,0) azaldığını belirtti. Katılımcıların 44'ü (%55,0) pandemi alanında ayda 15 vardiyadan fazla, 35'i (%43,8) ayda 5-15 vardiya, 1'i (%1,2) ayda 5 vardiyadan daha az çalıştığını belirtti.

Katılımcıların 78'i (%97,5) tanı konulmuş kronik rahatsızlığı olmadığını, 2'si (%2,5) olduğunu belirtti.

Katılımcıların tamamı (%100,0) bu dönemde kendi evinde ikamet ettiğini belirtti.

Katılımcıların 60'ı (%75,0) evinde SARS-CoV-2 açısından yüksek riskli birey bulunmadığını, 20'si (%25,0) bulunduğunu belirtti.

Katılımcıların 40'ı (%50,0) bu dönemde maddi durumunun eskisi ile benzer, 38'i (%47,5) daha kötü, 2'si (%2,5) daha iyi olduğunu belirtti.

Katılımcıların 32'si (%40,0) bu dönemde SARS-CoV-2 ile ilgili sağlık hizmeti ile ilişkili kurumsal eğitim aldığını, 48'i (%60,0) almadığını belirtti.

Katılımcıların 43'ü (%53,8) salgın alanında çalışmaya devam etmek istemediğini, 14'ü (%17,5) istediğini, 23'ü (%28,7) bu konuda kararsız olduğunu belirtti.

Katılımcıların 12'si (%15,0) SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirdiğini, 36'sı (%45,0) geçirmediğini, 32'si (%40,0) geçirip geçirmediğini bilmediğini belirtti.

Katılımcıların 30'u (%37,5) karantinaya alındığını, 50'si (%62,5) karantinaya alınmadığını belirtti.

Katılımcıların kişisel koruyucu ekipmana ulaşma imkânı sorgulandığında 54'ü (%67,5) N95/FFP2'ye ulaşılabilirlik açısından bazen, 7'si (%8,8) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 35'i (%43,8) tıbbi (cerrahi) maskeye ulaşılabilirlik açısından bazen, 9'u (%11,2) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 30'u (%37,5) koruyucu gözlük ulaşılabilirliği açısından bazen, 6'sı (7,5) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 32'si (%40,0) yüz siperliği ulaşılabilirliği konusunda bazen, 6'sı (%7,5) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 47'si (%58,8) cerrahi önlük/tulum ulaşılabilirliği açısından bazen, 16'sı (%20,0) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 37'si (%46,2) eldiven ulaşılabilirliği açısından bazen, 5'i (%6,2) her zaman sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların 12'si (%15,0) çizme ulaşılabilirliği açısından bazen, 31'i (38,8) her zaman sorun yaşadığını belirtti.

Katılımcıların hasta bireyler ve kontamine numuneler ile temas riski-olasılığı sorgulandığında 56'sı (%70,0) hastane içinde, hasta bireyler ile temas riskinin yüksek, 21'i (%26,2) orta, 3'ü (%3,8) yüksek olduğunu belirtti.

Katılımcıların 39'u (%48,8) kontamine kan ve idrar numuneleri ile temas olasılığını yüksek, 30'u (%37,5) orta, 11'i (%13,7) düşük olarak tanımladı.

Katılımcıların 50'si (%62,5) hastaya aerosol oluşturan işlem yapma olasılığını yüksek, 22'si (%27,5) orta, 5'i (%6,2) düşük olarak değerlendirdi, 3'ü (%3,8) böyle bir olasılığın olmadığını belirtti.

Katılımcıların 35'i (%43,8) hastane ortamında SARS-CoV-2 hastalığına yakalanma riskini yüksek, 32'si (%40,0) çok yüksek, 2'si (%2,5) düşük olarak değerlendirdi, 11'i (%13,7) bu konuda kararsız olduğunu belirtti.

Çizelge 4.2. Çalışmanın İki Döneminde de Ankete Katılan Sağlık Çalışanlarının Hizmet Sunumu ve COVID-19 Tıbbi Geçmişleri ile İlgili Özellikler

Değişkenler	Anketin 1. Dönemi Sayı (%)	Anketin 2. Dönemi Sayı (%)
Çalışma saatlerinde değişiklik		
Arttı	3 (%3,8)	14 (%17,5)
Azaldı	72 (%90,0)	4 (%5,0)
Değişmedi	5 (%6,2)	62 (%77,5)
Çalışma Süresi		
Ayda >15 gün	12 (%15,0)	44 (%55,0)
Ayda 1-5 gün	4 (%5,0)	1 (%1,2)
Ayda 5-15 gün	64 (%80,0)	35 (%43,8)
Kronik Rahatsızlık Mevcudiyeti		
Evet	2 (%2,5)	2 (%2,5)
Hayır	78 (%97,5)	78 (%97,5)
İkamet Şekli		
Başka Evde	3 (%3,8)	0 (%0,0)
Kendi Evimde	76 (%95,0)	80 (%100,0)
Misafirhane/Yurtta	1 (%1,2)	0 (%0,0)
Evde Yüksek Riskli Birey Mevcudiyeti		
Evet	12 (%15,0)	20 (%25,0)
Hayır	68 (%85,0)	60 (%75,0)
Maddi Durum		
Aynı	50 (%62,5)	40 (%50,0)
Daha İyi	8 (%10,0)	2 (%2,5)
Daha Kötü	22 (%27,5)	38 (%47,5)
Kurumsal Eğitim		
Evet	50 (62,5)	32 (%40,0)
Hayır	30 (37,5)	48 (%60,0)
SARS-CoV-2 enfeksiyonu öyküsü		
Bilmiyorum	39 (%48,8)	32 (%40,0)
Hayır	41 (%51,2)	36 (%45,0)
Evet	0 (%0,0)	12 (%15,0)
Karantinaya alınma öyküsü		
Evet	4 (%5,0)	30 (%37,5)
Hayır	76 (%95,0)	50 (%62,5)
Salgın alanında çalışmaya devam etme		
İstemiyorum	28 (35,0)	43 (%53,8)
İstiyorum	31 (38,8)	14 (%17,5)
Kararsızım	21 (26,20)	23 (%28,7)

Kısaltmalar: SARS-CoV-2= Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü- 2

Çizelge 4.3. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipmana Ulaşma İmkânı

KKE’ya ulaşılabilirlik	Anketin 1. Dönemi Sayı (%)	Anketin 2. Dönemi Sayı (%)
N95/FFP2		
Bazen sorun yaşıyorum.	40 (%50,0)	54 (%67,5)
Her zaman sorun yaşıyorum.	6 (%7,5)	7 (%8,8)
Sorun yaşamıyorum.	33 (%41,2)	19 (%23,7)
Tıbbi (cerrahi) maske		
Bazen sorun yaşıyorum.	3 (%3,8)	35 (%43,8)
Her zaman sorun yaşıyorum.	0 (%0,0)	9 (%11,2)
Sorun yaşamıyorum.	77 (%96,2)	36 (45,0)
Koruyucu gözlük		
Bazen sorun yaşıyorum.	27(%33,8)	30 (37,5)
Her zaman sorun yaşıyorum.	1 (%1,2)	6 (%7,5)
Sorun yaşamıyorum.	52 (%65,0)	44 (%55,0)
Yüz siperliği		
Bazen sorun yaşıyorum.	11 (%13,8)	32 (%40,0)
Her zaman sorun yaşıyorum.	1 (%1,2)	6 (%7,5)
Sorun yaşamıyorum.	75 (%85,0)	42 (%52,5)
Koruyucu cerrahi önlük/tulum		
Bazen sorun yaşıyorum.	51 (%63,7)	47 (%58,8)
Her zaman sorun yaşıyorum.	7 (%8,8)	16 (%20,0)
Sorun yaşamıyorum.	23 (%27,5)	17 (%21,2)
Eldiven		
Bazen sorun yaşıyorum.	6 (%7,5)	37 (%46,3)
Her zaman sorun yaşıyorum.	0 (0,0)	5 (%6,2)
Sorun yaşamıyorum.	74 (%92,5)	38 (47,5)
Çizme		
Bazen sorun yaşıyorum.	7 (%8,8)	12 (%15,0)
Her zaman sorun yaşıyorum.	32 (%40,0)	31 (%38,8)
Sorun yaşamıyorum.	41 (51,2)	37 (%46,2)

Kısaltmalar: KKE= Kişisel Koruyucu Ekipman

Çizelge 4.4. Sağlık Çalışanlarının Hasta Bireyleri ve Kontamine Numuneler ile Temas Olasılığı

Temas Olasılığı	Anketin 1. Dönemi Sayı (%)	Anketin 2. Dönemi Sayı (%)
Hasta ile temas olasılığı		
Düşük	6 (%7,5)	3 (%3,8)
Orta	30 (%37,5)	21 (%26,2)
Yüksek	44 (%55,0)	56 (%70,0)
Kontamine kan-idrar numuneleri ile temas olasılığı		
Düşük	18 (%22,5)	11 (%13,7)
Orta	23 (%28,7)	30 (%37,5)
Yok	3 (%3,8)	0 (%0,0)
Yüksek	36 (%45,0)	39 (%48,8)
Aerosol oluşturan işlem yapma olasılığı		
Düşük	13 (%16,2)	5 (%6,2)
Orta	29 (%36,3)	22 (%27,5)
Yok	4 (%5,0)	3 (%3,8)
Yüksek	34 (%42,5)	50 (%62,5)
Hastane ortamında enfeksiyona yakalanma riski		
Çok düşük	1 (%1,2)	0 (0,0)
Çok yüksek	21 (%26,3)	32 (%40,0)
Düşük	4 (%5,0)	2 (%2,5)
Kararsızım	14 (%17,5)	11 (%13,7)
Yüksek	40 (%50,0)	35 (%43,8)

4.4. Değişkenler ile Ölçekler Arasındaki İlişki

Çalışmamızda yaş ortalaması $28,9 \pm 5,0$ yıl olup; ilk ankette yaş ile İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamaları arasında korelasyon saptanmadı ($p > 0.05$).

İkinci ankette yaş ile İBGÖ, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamaları arasında korelasyon saptanmazken ($p > 0.05$); duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif yönlü bir korelasyon saptandı ($p < 0.05$).

Çizelge 4.5. Yaş ile İBGÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Yaş	
		R	p
Anket 1	İBGÖ	0,005	0,966
	MTÖ (Toplam)	-0,101	0,371
	Duygusal tükenme	-0,117	0,301
	Duyarsızlaşma	-0,196	0,082
	Kişisel başarı	0,130	0,249
Anket 2	İBGÖ	-0,192	0,088
	MTÖ (Toplam)	-,266	0,017
	Duygusal tükenme	-,245	0,028
	Duyarsızlaşma	-,344	0,002
	Kişisel başarı	0,160	0,155

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Cinsiyetler arasında İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Cinsiyet ile İBGÖ, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Erkek (n=48)	Kadın (n=32)	p
Anket 1	İBGÖ	38,0±8,8	37,4±7,1	0,742
	MTÖ (Toplam)	43,9±10,4	44,9±11,8	0,691
	Duygusal tükenme	16,4±7,1	17,3±7,8	0,572
	Duyarsızlaşma	8,1±3,7	7,0±5,1	0,298
	Kişisel başarı	19,5±5,2	20,5±3,5	0,310
Anket 2	İBGÖ	42,6±6,4	41,9±8,4	0,675
	MTÖ (Toplam)	47,1±10,7	48,0±9,9	0,723
	Duygusal tükenme	19,5±7,8	20,0±8,0	0,768
	Duyarsızlaşma	8,6±4,4	8,1±4,3	0,632
	Kişisel başarı	19,0±4,4	19,8±3,6	0,405

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Erkek katılımcıların İBGÖ ve duygusal tükenme puan ortalamalarında anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puanlarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Erkek Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	38,0±8,8	42,6±6,4	-4,6±9,2	0,001
MTÖ (Toplam)	43,9±10,4	47,1±10,7	-3,3±11,2	0,050
Duygusal tükenme	16,4±7,1	19,5±7,8	-3,2±6,7	0,002
Duyarsızlaşma	8,1±3,7	8,6±4,4	-0,5±4,2	0,376
Kişisel başarı	19,5±5,2	19,0±4,4	0,4±4,5	0,502

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Kadın katılımcıların İBGÖ ve duygusal tükenme düzeyinde anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Kadın Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	37,4±7,1	41,9±8,4	-4,6±9,2	0,001
MTÖ (Toplam)	44,9±11,8	48,0±9,9	-3,3±11,2	0,056
Duygusal tükenme	17,3±7,8	20,0±8,0	-3,2±6,7	0,009
Duyarsızlaşma	7,0±5,1	8,1±4,3	-0,5±4,2	0,112
Kişisel başarı	20,5±3,5	19,8±3,6	0,4±4,5	0,156

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Çalışmaya katılanların medeni durumlarına göre ilk ankette, gruplar arasında İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). İkinci ankette gruplar arasında İBGÖ, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$) bekârların duygusal tükenme ve toplam MTÖ puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$).

Çizelge 4.9. Medeni Duruma ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Evli (n=23)	Bekâr (n=57)	p
Anket 1	İBGÖ	36,7±12,1	38,2±5,9	0,471
	MTÖ (Toplam)	40,6±14,4	45,8±8,9	0,053
	Duygusal tükenme	15,0±8,1	17,4±7,0	0,193
	Duyarsızlaşma	6,6±5,0	8,1±4,0	0,172
	Kişisel başarı	18,9±6,4	20,3±3,7	0,232
Anket 2	İBGÖ	41,0±9,0	42,9±6,4	0,301
	MTÖ (Toplam)	43,6±12,4	49,0±9,0	0,031
	Duygusal tükenme	16,9±8,9	20,8±7,1	0,041
	Duyarsızlaşma	6,9±5,6	9,0±3,6	0,050
	Kişisel başarı	19,7±4,2	19,2±4,1	0,584

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Evli çalışanların İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarındaki değişim anlamlı değildi ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Evli Çalışanların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	36,7±12,1	41,0±9,0	-4,3±11,0	0,076
MTÖ (Toplam)	40,6±14,4	43,6±12,4	-3,0±13,7	0,306
Duygusal tükenme	15,0±8,1	16,9±8,9	-1,9±6,6	0,191
Duyarsızlaşma	6,6±5,0	6,9±5,6	-0,3±4,6	0,752
Kişisel başarı	18,9±6,4	19,7±4,2	-0,8±4,4	0,376

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Bekâr katılımcıların İBGÖ, duygusal tükenme, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı düzeyde artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma puan ortalamasındaki değişim anlamlı değildi ($p>0,05$).

Çizelge 4.11. Bekâr Çalışanların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	38,2±5,9	42,9±6,4	-4,7±6,9	<0,001
Toplam MTÖ	45,8±8,9	49,0±9,0	-3,3±8,6	0,006
Duygusal tükenme	17,4±7,0	20,8±7,1	-3,4±6,0	<0,001
Duyarsızlaşma	8,1±4,0	9,0±3,6	-0,9±3,8	0,066
Kişisel başarı	20,3±3,7	19,2±4,1	1,1±3,5	0,022

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Meslek grupları arasında İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları açısından fark anlamlıydı ($p<0,05$). Meslek gruplarının toplam MTÖ puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı değildi ($p<0,05$).

İlk ankette sekreterlerin İBGÖ puan ortalaması, hem yardımcı sağlık personeli ve hem de hekimlerin İBGÖ puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Duygusal tükenme puan ortalaması sekreterlerde, hekimler ve yardımcı sağlık personelinin anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma yardımcı sağlık personelinde, hekim ve sekreterlerden anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Yardımcı sağlık personelinin kişisel başarı puan ortalaması hekimlerden anlamlı olarak yüksekti ($p<0,05$). Sekreterlerin toplam MTÖ puan ortalaması; hekim ve yardımcı sağlık personelinin anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$).

İkinci anket sekreterlerin İBGÖ puan ortalaması, yardımcı sağlık personelinin yüksek saptandı ($p<0,05$). Sekreterlerin duygusal tükenme puan ortalaması, yardımcı sağlık personelinin yüksek saptandı ($p<0,05$). Hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalaması, yardımcı sağlık personelinin anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Hekimlerin kişisel başarı puan ortalaması, yardımcı sağlık personelinin anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$).

Çizelge 4.12. Meslek Grupları ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Hekim (n=40)	Yardımcı sağlık personeli (n=33)	Sekreter n=7)	p
Anket 1	İBGÖ	37,4±8,5	35,7±5,4	49,9±7,0	<0,001
	MTÖ (Toplam)	44,3±10,8	41,9±8,4	55,6±16,0	0,009
	Duygusal tükenme	17,5±7,0	14,2±5,9	24,7±9,6	<0,001
	Duyarsızlaşma	8,7±3,8	5,8±3,9	10,4±6,3	0,002
	Kişisel başarı	18,1±4,1	21,9±4,0	20,4±6,4	0,001
Anket 2	İBGÖ	43,3±7,0	39,9±6,5	48,6±8,1	0,007
	MTÖ (Toplam)	48,7±10,4	44,7±9,5	53,4±11,6	0,068
	Duygusal tükenme	20,8±7,6	17,2±7,3	25,3±8,1	0,018
	Duyarsızlaşma	9,8±3,9	6,6±3,8	8,7±6,6	0,006
	Kişisel başarı	18,1±3,8	20,8±3,9	19,4±5	0,015

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Hekimlerin İBGÖ, duygusal tükenme ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı olarak artış mevcut olup ($p<0,05$), duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.13. Hekimlerin Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	37,4±8,5	43,3±7,0	-5,9±9,4	<0,001
MTÖ (Toplam)	44,3±10,8	48,7±10,4	-4,5±11,5	0,019
Duygusal tükenme	17,5±7,0	20,8±7,6	-3,4±6,9	0,004
Duyarsızlaşma	8,7±3,8	9,8±3,9	-1,1±3,8	0,068
Kişisel başarı	18,1±4,1	18,1±3,8	0,0±4,5	0,972

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Yardımcı sağlık personelinin İBGÖ, duygusal tükenme puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Yardımcı Sağlık Personellerinin Ölçek Puanlarını Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	35,7±5,4	39,9±6,5	-4,2±6,6	0,001
Toplam MTÖ	41,9±8,4	44,7±9,5	-2,8±8,8	0,082
Duygusal tükenme	14,2±5,9	17,2±7,3	-3,0±5,9	0,006
Duyarsızlaşma	5,8±3,9	6,6±3,8	-0,8±4,4	0,275
Kişisel başarı	21,9±4,0	20,8±3,9	1,1±3,2	0,059

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Sekreterlerin İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Sekreterlerin Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	İlk Test	Son Test	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	49,9±7,0	48,6±8,1	1,3±5,5	0,557
MTÖ (Toplam)	55,6±16,0	53,4±11,6	2,1±7,4	0,475
Duygusal tükenme	24,7±9,6	25,3±8,1	-0,6±2,7	0,596
Duyarsızlaşma	10,4±6,3	8,7±6,6	1,7±3,0	0,186
Kişisel başarı	20,4±6,4	19,4±5,0	1,0±3,0	0,412

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Birinci ankette eğitim alanlar ve almayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). İkinci ankette eğitim alan personelin İBGÖ ve duyarsızlaşma puan ortalaması anlamlı olarak düşük; kişisel başarı puan ortalaması anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Duygusal tükenme ve toplam MTÖ ortalama puanı açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Eğitim Alma ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Evet (n=32)	Hayır n=48)	p
Anket 1	İBGÖ	37,0±6,5	38,3±9,0	0,506
	MTÖ (Toplam)	42,8±7,6	45,3±12,6	0,321
	Duygusal tükenme	15,3±5,6	17,7±8,3	0,159
	Duyarsızlaşma	6,7±4,3	8,3±4,3	0,093
	Kişisel başarı	20,8±3,8	19,3±5,0	0,144
Anket 2	İBGÖ	39,5±6,6	44,2±7,1	0,004
	MTÖ (Toplam)	45,3±8,7	48,9±11,2	0,130
	Duygusal tükenme	17,9±6,7	20,9±8,3	0,086
	Duyarsızlaşma	6,9±4,1	9,4±4,3	0,011
	Kişisel başarı	20,5±3,8	18,5±4,2	0,034

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Eğitim alanlarda İBGÖ, duygusal tükenme ortalama puanlarında anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.17. Eğitim Alan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	37,0±6,5	39,5±6,6	-2,5±6,4	0,036
Toplam MTÖ	42,8±7,6	45,3±8,7	-2,5±7,2	0,055
Duygusal tükenme	15,3±5,6	17,9±6,7	-2,6±5,1	0,007
Duyarsızlaşma	6,7±4,3	6,9±4,1	-0,3±2,7	0,607
Kişisel başarı	20,8±3,8	20,5±3,8	0,3±2,4	0,512

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Eğitim almayanlarda İBGÖ, duygusal tükenme ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı olarak artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.18. Eğitim Almayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	38,3±9,0	44,2±7,1	-5,9±9,0	>0,001
Toplam MTÖ	45,3±12,6	48,9±11,2	-3,6±11,9	0,040
Duygusal tükenme	17,7±8,3	20,9±8,3	-3,3±6,9	0,002
Duyarsızlaşma	8,3±4,3	9,4±4,3	-1,1±4,7	0,110
Kişisel başarı	19,3±5,0	18,5±4,2	0,7±4,6	0,280

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Evinde yüksek riskli birey mevcut olanlarda ve olmayanlarda İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.19. Evde Yüksek Riskli Birey Bulunma Durumu ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Evet (n=20)	Hayır n=60)	p
Anket 1	İBGÖ	37,4±10,9	37,9±7,0	0,813
	MTÖ (Toplam)	45,0±14,9	44,0±9,4	0,734
	Duygusal tükenme	17,7±8,4	16,4±7,0	0,526
	Duyarsızlaşma	7,2±4,9	7,8±4,1	0,594
	Kişisel başarı	20,2±6,4	19,8±3,9	0,771
Anket 2	İBGÖ	43,8±9,4	41,9±6,4	0,312
	MTÖ (Toplam)	49,2±10,6	46,9±10,3	0,389
	Duygusal tükenme	21,4±9,1	19,2±7,4	0,268
	Duyarsızlaşma	8,8±5,5	8,3±4,0	0,648
	Kişisel başarı	19,0±5,0	19,5±3,8	0,676

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Evde yüksek riskli birey ile yaşayanların İBGÖ, duygusal tükenme puan ortalamalarında anlamlı olarak artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.20. Evde Yüksek Riskli Birey ile Yaşayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	37,4±10,9	43,8±9,4	-6,4±10,8	0,016
Toplam MTÖ	45,0±14,9	49,2±10,6	-4,2±13,4	0,177
Duygusal tükenme	17,7±8,4	21,4±9,1	-3,8±6,9	0,026
Duyarsızlaşma	7,2±4,9	8,8±5,5	-1,6±4,5	0,128
Kişisel başarı	20,2±6,4	19,0±5,0	1,2±5,4	0,352

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Evde yüksek riskli birey ile yaşamayanların İBGÖ, duygusal tükenme ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı olarak artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.21. Evde Yüksek Riskli Birey ile Yaşamayan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	37,9±7,0	41,9±6,4	-4,0±7,2	>0,001
Toplam MTÖ	44,0±9,4	46,9±10,3	-2,9±9,1	0,018
Duygusal tükenme	16,4±7,0	19,2±7,4	-2,7±6,0	0,001
Duyarsızlaşma	7,8±4,1	8,3±4,0	-0,5±3,9	0,335
Kişisel başarı	19,8±3,9	19,5±3,8	0,4±3,3	0,408

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirenlerde birinci ankette İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirenlerde ikinci ankette İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirenlerde ikinci ankette toplam MTÖ ortalama puanında anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmeyenlerin toplam MTÖ puanı, geçirip geçirmediğini bilmeyenlerden anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$).

Çizelge 4. 22. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Öyküsü ile İBGÖ, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve Toplam MTÖ Arasındaki İlişki

Anket	Ölçek	Evet (n=12)	Hayır (n=36)	Bilmiyorum (n=32)	p
Anket 1	İBGÖ	33,6±11,8	37,7±7,5	39,5±6,7	0,098
	MTÖ (Toplam)	40,3±16,3	44,5±9,3	45,5±10,2	0,376
	Duygusal tükenme	15,2±8,6	16,7±7,1	17,4±7,3	0,671
	Duyarsızlaşma	7,4±5,6	8,0±4,4	7,4±3,8	0,837
	Kişisel başarı	17,8±6,5	19,9±4,3	20,7±3,9	0,164
Anket 2	İBGÖ	43,3±7,1	41,2±7,4	43,2±7,1	0,472
	MTÖ (Toplam)	50,0±9,2	44,1±11,7	50,3±8,0	0,026
	Duygusal tükenme	20,3±7,0	17,9±8,8	21,5±6,7	0,172
	Duyarsızlaşma	9,7±5,1	7,4±4,7	9,1±3,4	0,166
	Kişisel başarı	20,0±4,6	18,7±4,3	19,8±3,7	0,454

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirip geçirmediğini bilmeyen katılımcıların İBGÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı olarak artış saptandı ($p<0,05$). Kişisel başarı puan ortalamasında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.23. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçirip Geçirmediğini Bilmeyen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	p
İBGÖ	39,5±6,7	43,2±7,1	-3,7±7,8	0,012
Toplam MTÖ	45,5±10,2	50,3±8,0	-4,8±8,6	0,003
Duygusal tükenme	17,4±7,3	21,5±6,7	-4,1±6,1	0,001
Duyarsızlaşma	7,4±3,8	9,1±3,4	-1,7±3,9	0,020
Kişisel başarı	20,7±3,9	19,8±3,7	0,9±3,8	0,183

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirenlerin İBGÖ ve duygusal tükenme ortalama puanlarında anlamlı olarak artış saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, kişisel başarı ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.24. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçiren Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	33,6±11,8	43,3±7,1	-9,8±12,6	0,021
Toplam MTÖ	40,3±16,3	50,3±9,2	-9,7±15,7	0,057
Duygusal tükenme	15,2±8,6	20,3±7,0	-5,2±7,6	0,037
Duyarsızlaşma	7,4±5,6	9,7±5,1	-2,3±5,2	0,163
Kişisel başarı	17,8±6,5	20,0±4,6	-2,3±5,2	0,161

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmeyenlerin İBGÖ ortalama puanında anlamlı oranda artış, kişisel başarı puan ortalamasında ise anlamlı oranda azalma saptandı ($p<0,05$). Duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve toplam MTÖ puan ortalamalarında anlamlı değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 4.25. SARS-CoV-2 Enfeksiyonu Geçirmeyen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Zaman İçindeki Değişimi

Ölçek	Anket 1	Anket 2	Fark	<i>p</i>
İBGÖ	37,7±7,5	41,2±7,4	-3,6±6,0	0,001
Toplam MTÖ	44,5±9,3	44,1±11,7	0,4±8,0	0,739
Duygusal tükenme	16,7±7,1	17,9±8,8	-1,3±5,5	0,172
Duyarsızlaşma	8,0±4,4	7,4±4,7	0,6±3,4	0,327
Kişisel başarı	19,9±4,3	18,7±4,3	1,2±3,1	0,031

Kısaltmalar: İBGÖ=İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, MTÖ= Maslach Tükenmişlik Ölçeği

5. TARTIŞMA

Tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik, insanlarla birebir ilişki içerisinde ve stres seviyesi yüksek ortamlarda çalışan mesleklerde çok sık ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanları, hem yoğun stres yaşayan kişilere hizmet vermesi hem de bu alanda çalışan personelin stresli durumlarla sık karşılaşmasından dolayı daha fazla iş stresi yaşamaktadır (23). Pandemi öncesi yapılan çalışmalarda da yüksek düzeyde tükenmişlik oranı saptanan sağlık çalışanlarında pandeminin ilan edilmesi ve alınan tedbirler kapsamında rutin hayat ve iş yerinde işleyişin değişmesi, belirsizlik hissi, enfekte olma korkusu, güvenli olmayan bir alanda yaşadığını düşünmek gibi değerlendirmeler nedeniyle tükenmişlik oranının daha da artacağını öngörmek açıktır. Temmuz 2021 tarihinde Chigwedere ve arkadaşları tarafından yapılan bir sistematik derlemede SARS, COVID-19, MERS, Ebola, H1N1 ve H7N9 epidemi-pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarının mental iyilik hali incelenmiş olup epidemi ve pandemilerin sağlık çalışanlarının mental iyilik hali üzerinde negatif etki yaptığı, akut stres, post-travmatik stres bozukluğu, ciddi depresyon, anksiyete, tükenmişlik, uykusuzluk ve etiketlenmeye yol açtığı belirtilmiştir (63).

Nisan 2020 tarihinde yayınlanan (64) başka bir derlemede COVID-19'un çalışanların mental iyilik hali üzerine yaptığı etki ve ana stres kaynakları incelenmiş olup bunlar:

1. Güvenlik, tehdit ve bulaş riski algısı (65, 66),
2. Bilgi kirliliği ve 'Bilinmeyen' (67,68),
3. İzolasyon ve karantina (65,69,70),
4. Etiketlenme (stigmatizasyon) ve sosyal izolasyon (65,66),
5. Finansal kayıp ve iş ile ilgili güvensizlik (65,71) olarak tanımlanmıştır.

Sağlık çalışanları da bu durumlardan muaf değildir.

Pandeminin sağlık çalışanlarının mental ve psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisinin belki de en iyi örneği izolasyonda olan kişilerin bakımından sorumlu olan 37 yaşındaki bir çalışanın intihardır (72).

COVID-19 pandemisi sebebiyle hekimlere büyük sorumluluk düşmüştür; bu sorumluluğun en fazla yüklendiği hekimler grubundan biri de Acil Tıp hekimleridir. SARS-CoV-2 açısından riskli bulunan hastaların yanı sıra SARS-CoV-2

enfeksiyonu varlığı kesinleşmiş hastalara da bakım veren, hastalarla ve kontamine numuneler ile temas eden, gerektiğinde bu hastalara havayolu müdahalesi yapan acil servis çalışanlarının iş yükü ve stres seviyesi artmaktadır. Çalışmamızda acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının demografik verileri tanımlanmış olup pandemi sürecinde işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerinin değişiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

2020’de ilan edilen SARS-Cov-2 pandemisi ile ilgili dünya genelinde çalışmalar devam etmekte olup sağlık çalışanlarını içeren çalışmalar arasında acil servis çalışanlarının işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyi ile ilgili çalışmaların sayısının azlığı göze çarpmıştır. Bu nedenle tartışma kapsamında pandemi öncesi dönemde yapılan işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyini içeren çalışmalar da dikkate alınmıştır.

Çalışmamıza dahil olan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması yaklaşık 30 yıl olup nispeten genç bir popülasyonu oluşturmaktaydı.

Maslach’a göre, çalışılan tüm demografik değişkenlerden yaş, tükenmişlik ile ilgili en tutarlı değişkendir. Genç çalışanlar arasında tükenmişlik düzeyleri, 30 veya 40 yaş üzerindeki çalışanlardan daha fazla olarak belirtilmektedir (73).

Sünter ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kişisel başarı, duyarsızlaşma, duygusal tükenmişlik ve İBGÖ puanlarında yaş grupları açısından fark bulunmamıştır (74). Aslan ve Özata’nın çalışmasında da yaş grupları ile tükenmişliğin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (75).

2020’de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında yapılan bir çalışmada da 30 yaş ve üzerinde duyarsızlaşmanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir (76).

Ocak 2019’da hemşirelerde işe bağlı gerginlik düzeyini ölçen bir çalışmada yaş ile işe bağlı gerginlik düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (77).

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar bizim bulgularımız ile duygusal tükenme puan ortalamaları hariç diğer ortalamalar arasında fark bulunmaması açısından kısmen benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda pandemi sürecinde ilk yapılan ankette yaş ile işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel

başarı ve toplam MTÖ oranı korele olmayıp ikinci anket döneminde yaşça büyük olan grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma daha az saptanmıştır.

Yaş arttıkça hekimler işlerinde deneyim kazanmakta, süreç yönetimine daha fazla katkıda bulunmaya çabalamakta, duygusal olarak daha stabil olmakta ve hastalar ile empati kurabilmektedirler. Yaşın ve deneyimin artması çalışanların aynı zamanda örgütsel bağlılıklarının oluşumuna katkı sunmakta ve dolayısıyla algılanan örgütsel ve sosyal desteğin artmasını sağlamaktadır (78-80). Bu nedenle pandeminin ilerleyen döneminde yaşça büyük olan grup, deneyimleri sayesinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya karşı daha dirençli olabilir.

Literatürde cinsiyet ile iş stresi ve tükenmişlik ilişkisinin birbirinden farklı sonuçları olduğu görülmüştür. Cinsiyet, sosyodemografik özellikler açısından stresi etkileyen faktörler arasında yer almakta olup bazı çalışmalarda erkeklerin bazı çalışmalarda ise kadınların iş stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (81-84).

Tokuç ve arkadaşlarının çalışmasında İBGÖ puan ortalamasının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği saptanmıştır (85). Erkekler ve kadınlar arasında tükenmişlik açısından fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (86,87).

Bizim çalışmamızda hem kadın hem erkek katılımcıların işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme oranında zaman içinde artış saptanırken duyarsızlaşma, kişisel başarı ve genel tükenmişlik düzeyinde anlamlı artışlar saptanmamıştır. Cinsiyetler karşılaştırıldığında, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsiyetler arası fark bulunmamasının nedeni, kadınların çalışma hayatındaki yerinin artması, yaptıkları işe bağlılıkları ve erkekler ile kadınların sorumluluklarının benzer düzeyde olması olabilir.

Tükenmişlik medeni duruma göre değerlendirildiğinde literatürde farklı sonuçlar içeren çalışmalara rastlamaktayız.

2021 Ağustos ayında yayınlanan bir çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının işe bağlı gerginlik düzeyi ölçülmüş ve hemşire grubunda bekâr çalışanların daha ciddi depresif semptomlar tarif ettikleri saptanmıştır (88).

Arıkan ve Karabulut' un çalışmasında ise medeni durumun işe bağlı gerginlik düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (89). Maslach ve Jackson'a göre medeni durum, tükenmişliğin alt boyutlarından duygusal tükenme ile anlamlı olarak ilişkilidir. Bekâr veya boşanmış kişilerin duygusal tükenme düzeyleri evli kişilerden daha yüksektir (90). Shanafelt ve arkadaşları bekâr olmanın yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (91). Literatürde medeni durum ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte üçü bekârdı.

Evli çalışanların pandemi sürecinde zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik oranında değişim saptanmazken bekâr çalışanların işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, kişisel başarı ve genel tükenmişlik düzeylerinde artış saptandı.

İki grup karşılaştırıldığında işe bağlı gerginlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve genel tükenmişlik düzeyinde fark saptanmazken bekârların zaman içinde duygusal tükenme ve genel tükenmişlik düzeyindeki artış anlamlı olarak tespit edildi.

Bekâr sağlık çalışanların yaşlarının küçük olması, mesleki tecrübelerinin daha az olması ve bu süreçte ailelerinin ve destek sistemlerinin olmaması onların daha yoğun iş stresi yaşamalarına neden olmuş olabilir. Bekar sağlık çalışanlarının bu dönemde daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçları olabileceği de söylenebilir.

Literatüre bakıldığında Helvacı ve Turhan'ın çalışmasında hekimlerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ölçek puanları hemşire ve ebelere göre daha yüksek bulunmuş olup, gruplar arasında kişisel başarı puanı açısından fark bulunmamıştır (92).

Chigwedere ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerde stres, anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarının hekimlere kıyasla daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmış, benzer sonuca ulaşılan birçok çalışmada da bu durum hemşirelerin fazla iş yükü ve hasta ile direkt temasta olmaları ile açıklanmıştır (63).

Arpacıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşireler ve diğer sağlık personelleri hekimlere göre daha çok koronavirüs korkusu yaşamaktadır ve iş doyumları da daha düşük olarak belirlenmiştir (93).

Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin işe bağlı gerginlik puanı hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (94).

Çalışmamızda katılımcıların %8,8'ini oluşturan bilgisayar işletmenlerinin (sekreter) ilk ve ikinci anket dönemi karşılaştırıldığında işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve genel tükenmişlik düzeyleri değişkenlik göstermezken ilk anket döneminde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve genel tükenmişlik düzeyleri; ikinci anket döneminde ise işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme oranları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek saptandı.

Katılımcıların %50'sini oluşturan hekimlerin ilk ve ikinci anket dönemi karşılaştırıldığında işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve genel tükenmişlik oranlarında artış saptanmıştır.

İkinci ankette ise hekimlerin duyarsızlaşma oranı yardımcı sağlık personelinde yüksek; kişisel başarı oranı ise düşük saptanmıştır.

Katılımcıların %41,2'sini oluşturan yardımcı sağlık personellerinin zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme oranları artmıştır.

Diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında ilk ankette yardımcı sağlık personellerinin duyarsızlaşma oranı düşük iken kişisel başarı oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatürde yapılan çalışmalar meslek gruplarına göre farklı sonuçlar vermiş olup, bizim çalışmamız ile kısmen benzerlik göstermektedir. Farklı meslek grubunda görev yapan sağlık çalışanlarının gerek kendi içinde gerekse de gruplar arasındaki işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi ve tespit edilen sorunların düzeltilmeye çalışılması gerekmektedir.

İlk anket döneminde katılımcıların %50'si SARS-CoV-2 ile ilgili eğitim aldığını, birinci ve ikinci anket dönemi arasında ise katılımcıların %32'si ek eğitim aldığını belirtmiştir.

SARS-CoV-2 ile ilgili eğitim alanlarda işe bağlı gerginlik, duygusal tükenmede zaman içinde artış saptanmıştır.

Eğitim almayan grupta zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve genel tükenmişlik oranı artış göstermiştir.

Eğitim alan ve almayan gruplar karşılaştırıldığında ise birinci anket döneminde gruplar arası fark saptanmazken ikinci anket döneminde eğitim alan personellerin işe bağlı gerginlik ve duyarsızlaşma oranı düşük; kişisel başarı oranı ise yüksek olarak saptanmıştır.

Literatür taraması yapıldığında SARS-CoV-2 ile ilgili eğitim alma ile işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik seviyelerini inceleyen az miktarda çalışmaya rastlanmıştır.

Aralık 2020’de yayınlanan bir çalışmada COVID-19 ile ilgili teknik olmayan konularda simülasyon yolu ile eğitim alan sağlık çalışanlarında yüksek anksiyete ve depresyon, düşük stres düzeyi saptanmıştır (95).

Çalışmamızın sonucunda eğitim sonrası personellerin eğitim almayan personellere göre işe bağlı gerginliğinin ve duyarsızlaşma düzeyinin azalması ve kişisel başarı oranının yüksek saptanması hastalığın yayılımı, bulaşma yolları ve korunma yöntemleri ile ilgili daha net bilgiye sahip olmaları ve süreç hakkında bir fikir elde edilmeleri, bu donanım sayesinde konu hakkında daha duyarlı olmaları ile ilgili olabilir.

Evinde SARS-CoV-2 açısından yüksek riskli birey bulunan katılımcılarda zaman içinde işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme oranlarında artış saptanmıştır.

Evde yüksek riskli birey ile yaşamayanlarda ise zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve genel tükenmişlik düzeyi artmış olarak saptanmıştır.

Evinde yüksek riskli birey bulunanlar ve bulunmayanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve genel tükenmişlik düzeyleri açısından fark saptanmamıştır.

Literatür taramasında Ocak 2021’de yayınlanan sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörleri araştıran bir çalışmada COVID Korku ve HSA ölçeklerinde “Ebeveynlerimle ya da Eşimle/Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum” diyenlerin grup ortalaması, yalnız yaşayanlardan anlamlı bir şekilde büyük saptanmıştır (93).

Başka bir çalışmada, evinde 65 yaş üzerinde yaşayan bulunan ve bulunmayan katılımcıların ölçek skorları karşılaştırılmıştır. COVID-19 Korkusu, ADİ-3 fiziksel, ADİ-3 toplam ve SAVE-9 ölçek skorlarının ortalamaları evinde 65 yaş üzeri

yaşayan olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek saptanmıştır (96).

Literatürde benzer popülasyon ve ölçeklerin kullanıldığı çalışma olmamakla birlikte evde aile bireyleri ile ve/veya SARS-CoV-2 açısından yüksek riskli olan bireyler ile yaşayanlarda korku ve anksiyete düzeyleri yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın sonucu literatür ile benzerlik göstermemektedir.

İlk anket döneminde katılımcıların hiçbiri SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmemiş olup 48,8'i enfeksiyonu geçirip geçirmediğini bilmediğini ifade etmiştir. İkinci anket döneminde ise katılımcıların %15'i SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiştir.

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçiren katılımcıların zaman içinde işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme oranlarında artış saptanmıştır.

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmeyen katılımcılarda zaman içinde işe bağlı gerginlik düzeyinde artış; kişisel başarı oranında ise azalma saptanmıştır.

Enfeksiyonu geçirip geçirmediğini bilmeyen katılımcılarda işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik oranında artış saptanmıştır.

Üç grup karşılaştırıldığında, enfeksiyonu geçirenlerin genel tükenmişlik oranı diğer gruplardan yüksek, enfeksiyonu geçirmeyenlerin genel tükenmişlik düzeyi enfeksiyonu geçirip geçirmediğini bilmeyenlere göre belirgin düşük saptanmıştır.

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçiren katılımcıların genel tükenmişlik düzeyinin yüksek saptanmasının nedeni semptomların şiddetli olması, bulaş yerinin hastane ortamı olması, enfeksiyonu etrafa bulaştırma kaygısı ve re-enfeksiyon riski olabilir.

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirme öyküsünün tükenmişlik düzeyini artırmasının nedenlerini aydınlatmak için enfeksiyonu geçiren popülasyonun semptomlarının şiddeti, hastaneye yatış öyküsünün olup olmadığı, izolasyon şartları, enfeksiyonun bulaş yolu gibi durumların sorgulanması gerekmekte olup bu sorular çalışmamızın kapsamına dahil edilmemiştir.

Bunun nedeni 'SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirdiniz mi?' sorusuna 'Bilmiyorum' şeklinde cevap veren grubun A tipi kişilik özelliklerine sahip olabileceği ve aynı grubun MTÖ'den yüksek skor alması olabilir.

Nisan-Mayıs 2020’de İtalya’da yapılan bir çalışmada, çalışanların SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmesi ile tükenmişlik seviyeleri arasında korelasyon saptanmamıştır (97).



6. SONUÇLAR

Çalışmamızda Mayıs-Haziran 2020 ve Kasım-Aralık 2020 tarihlerinde pandemi alanında çalışan sağlık personellerinin demografik verilerini tanımlamak, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini ölçmek ve bu düzeylerin zaman bazı demografik verilerle ilişkisi ile zaman içindeki değişimini tanımlamak amaçlanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre yaşça büyük olan grubun gençlere göre daha az duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı; bekâr çalışanların evli çalışanlara göre daha fazla tükenme yaşadığı; sekreterlerin işe bağlı gerginliğinin ve tükenmişliğinin diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu; tüm meslek gruplarında zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ilgili alt başlıkların bazılarını içeren, artış yönünde değişiklikler olduğu; sekreterlerin diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme yaşadığı; hekimlerin duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı konusunda diğer meslek gruplarına göre daha fazla riskli olduğu; konu ile ilgili alınan eğitimlerin işe bağlı gerginliği ve duyarsızlaşmayı azaltırken kişisel başarı oranını artırdığı; SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olmanın tükenmişlik düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda evde yüksek riskli birey ile yaşama ve cinsiyetin işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamız ile pandemi alanında görev yapan sağlık çalışanları popülasyonun özellikleri ile işe bağlı gerginliği ve tükenmişliği etkileyen faktörler saptanmıştır. Olası bir başka pandemi veya yaşadığımız dönemde üçüncü bir dalga olması halinde, çalışanların mental iyilik halinin hasta bakım üzerindeki etkisi göze alınarak çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve tükenmişliği azaltmaya yönelik önlemler alınmalı, çalışanları eğitmenin ise işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik ile ilgili oluşturduğu pozitif etkiler göz önüne alınmalıdır.

7. ÖZET

SARS-CoV-2 Salgınında Acil Servis Çalışanlarının İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Derecesi

Amaç: 2020 Mart ayında başlayan ve günümüzde hala devam eden COVID-19 salgını karşısında sağlık personeli hem fiziksel hem psikolojik baskı altındadır. Pandeminin beraberinde getirdiği stres ve buna eşlik eden duyguların yanında, olası vakalarla yüksek riskli temasta bulunan, çalışma düzeni değişen, içinde bulunulan şartlar nedeniyle aile ve sosyal çevresinden izole olmaya itilen hastane personellerinde stres düzeyinin daha belirgin olacağı ve iş yaşamını etkileyebileceğini öngörmek açıktır. Çalışmamız, COVID-19 pandemisi süresince acil servis çalışanlarının işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri, bu düzeyleri etkileyen sosyodemografik özellikleri ve bu düzeylerin zaman içindeki değişimini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis’inde görev yapmakta olan çalışanlarla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak çevrimiçi anket uygulaması kullanılmıştır. Araştırmanın 1. anketi Mayıs-Haziran 2020, 2. anketi Kasım- Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Acil Serviste pandemi alanında çalışan personellerin demografik verileri tanımlanmış, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri ölçülmüş, bu ölçeklerin yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki unvan, evde riskli birey ile yaşama, SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirme ile eğitim alma değişkenleri ile ilişkisi ve zaman içindeki değişimi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışma sonuçlarına göre yaşça büyük olan grubun gençlere göre daha az duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı; bekâr çalışanların evli çalışanlara göre daha fazla tükenme yaşadığı; sekreterlerin işe bağlı gerginliğinin ve tükenmişliğinin diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu; tüm meslek gruplarında zaman içinde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ilgili alt başlıkların bazılarını içeren, artış yönünde değişiklikler olduğu; sekreterlerin diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme yaşadığı; hekimlerin duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı konusunda diğer meslek gruplarına göre daha fazla riskli olduğu; konu ile ilgili

alınan eğitimlerin işe bağlı gerginliği ve duyarsızlaşmayı azaltırken kişisel başarı oranını artırdığı; SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirmiş olmanın tükenmişlik düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Yaş, medeni durum, mesleki unvan, eğitim alma ve SARS-Cov-2 enfeksiyonu geçirmenin değişik oranlarda işe bağlı gerginlik ve tükenmişliği etkilediği saptanmış olup evde yüksek riskli birey ile yaşama ve cinsiyetin işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: SARS-CoV-2 enfeksiyonu, COVID-19, işe bağlı gerginlik, tükenmişlik



8. ABSTRACT

Work-Related Strain and Burn-Out Levels of Emergency Department Personnel in the Time of SARS-CoV-2 Pandemic

Objective: Healthcare workers are under both physical and psychological pressure in the time of the COVID-19 pandemic, which started in March 2020 and still continues today. In addition to the stress and accompanying emotions brought by the pandemic, it is clear to predict that the stress level will be more pronounced and may affect the work life in the hospital personnel who have high-risk contact with possible cases, whose working order is changed, and who are forced to isolate from their family and social environment due to the current conditions. Our study was conducted to determine the factors affecting the work-related strain and burn-out levels of emergency department workers during the COVID-19 pandemic, the sociodemographic characteristics that affect these levels and the change in these levels over time.

Method: The research was conducted with the health care providers working in the Emergency Department of Akdeniz University Hospital. An online survey was used as data collection tool. The first survey of the research was conducted in May-June 2020, and the second survey was conducted in November-December 2020. Demographic variables of the emergency personnel who is working in the pandemic area were defined, the levels of work-related strain and burn-out were measured, and the relationship of these scores with the variables of age, gender, marital status, professional title, living with a risky individual at home, history of SARS-CoV-2 infection, the effect of education and changes in these factors were examined.

Results: According to the results of the study, the older group experienced less emotional exhaustion and depersonalization than the younger ones; single workers experienced more burn-out than married workers; the work-related strain and burn-out of secretaries are higher than other occupational groups. In all occupational groups, there are changes in the upward direction, including some of the sub-headings related to work-related strain, emotional exhaustion,

depersonalizes and personal accomplishment, secretaries experienced more work-related strain and emotional exhaustion compared to other occupation groups; physicians have a higher risk of depersonalization and low personal achievement compared to other groups; it has been detected that the training about the subject reduces work-related strain and depersonalization while increasing personal achievement rate; the history of SARS-CoV-2 infection increases the level of burn-out.

Conclusion: It has been found that age, marital status, professional title, education and SARS-CoV-2 infection effect work-related strain and burn-out at different rates, and living with a high-risk individual at home and gender have no effect on work-related strain and burn-out.

Key Words: SARS-CoV-2 infection, COVID-19, work-related strain, burn-out

9. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 bilgilendirme platformu, COVID-19 salgın yönetimi ve çalışma rehberi: Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. 7 December 2020, posting date, <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>
2. World Health Organization (n.d.). Timeline: WHO's COVID-19 response. 25 October 2021, posting date, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-72>
3. John Hopkins University of Medicine, Coronavirus Resource Center: Global Map. 13 September 2021, posting date. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Platformu: Genel Koronavirüs Tablosu. 13 September 2021, posting date. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
5. Khan G, Sheek-Hussein M, Al Suwaidi A, Idris K, Abu-Zidan F. Novel coronavirus pandemic: A global health threat. Turk J Emerg Med, Kluwer Medknow Publications 2020; 20(2):55–62. doi: 10.4103/2452-2473.285016
6. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. Can J Psychiatry 2009; 54(5):302–11. doi: 10.1177/070674370905400504
7. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID- 19 pandemic: Stress experience of healthcare workers: A short current review. Psychiatr Prax 2020; 47(4):190–7. doi: 10.1055/a-1159-5551
8. Aysan AF, Balcı E, Karagöl ET, Kılıç E, Gültekin F, Şahin F, vd. COVID-19 pandemi değerlendirme raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları. No:34. Ankara; 2020.p.19
9. Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıkla savaşım. 3. yazım. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi.

10. WHO. Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003. https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/
11. Zaki AM, Boheemen SV, Bestebroer TM, Osterhaus ADME, Fouchier RAM. Isolation of a Novel Coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *N Engl J Med* 2012; 367(19):1814–20. doi: 10.1056/NEJMoa1211721
12. WHO. EMRO. Epidemic and pandemic- prone diseases: MERS situation update December 2019. Retrieved at 13 September 2021. <http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/mers-cov/mers-situation-update-december-2019.html>
13. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg* 2020; 76:71-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034
14. WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV), Situation Report-1, 21 January 2020, posting date. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4.
15. WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV), Situation Report-51, 11 March 2020, posting date. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
16. Anadolu Ajansı. Koronavirüs. Retrieved at September 13, 2021. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus>
17. IFEM, Global Response to COVID-19 for Emergency Healthcare Systems and Providers: From the IFEM Task Force on ED Crowding and Access Block. 25 March 2021 posting date. <https://www.ifem.cc/wp-content/uploads/2020/03/IFEM-COVID19-Press-Release-March-25-1.pdf>
18. Anadolu Ajansı. Sağlık Bakanlığından Sağlık Kurumlarında COVID-19 Tedbirleri. 01.06.2020, posting date.

<https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-bakanligindan-saglik-kurumlarinda-kovid-19-tedbirleri/1860887>

19. AÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı Pandemi Çalışma Planı. Antalya, 2021.
20. Clegg A. Occupational stress in nursing: A review of the literature. J Nurs Manag 2001; 9(2):101-6. doi: 10.1046/j.1365-2834.2001.00216.x
21. Demir A. Hemşirelerin çalışma ortamlarında stres oluşturan faktörlerin irdelenmesi. Toplum Hekim Derg 2003; 18(4):300-7.
22. Soysal A. Farklı sektörlerde çalışan işgörenlerde örgütsel stres kaynakları: Kahramanmaraş ve Gaziantep'te bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Derg 2009; 14(2):333-59.
23. Özgür G, Gümüş A, Gürdağ Ş. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. Düşünen Adam Psikiyatri Nöroloji Bilim Derg 2011; 24(4):296-305.
24. Munro L, Rodwell J, Harding L. Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. Int J Nurs Stud 1998; 35(6):339-45. doi: 10.1016/s0020-7489(98)00049-2
25. Karlıdağ R. Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik sendromunun aleksitimi ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Malatya, 1998.
26. Boswell CA. Work stress and job satisfactions for the community health nurse. J Community Health Nurs 1992; 9(4):221-7. doi: 10.1207/s15327655jchn0904_3
27. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg (HEMAR-G) 2003; 5(2):13-21.
28. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO, Kesepara C, Ünal M. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliği. Düşünen Adam Psikiyatri Nöroloji Bilim Derg 1998; 11(2):4-8.
29. Örucü E, Kılıç R, Ergül A. Çalışma yaşamında stresin bireysel performans üzerindeki etkileri: eğitim ve sağlık çalışanlarına yönelik bir araştırma. Akademik Bakış Derg 2011; 26:1-21.

30. Yılmaz A, Ekici S. Örgütsel yaşamda kamu çalışanlarının örgütsel stres kaynakları üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Derg 2006; 11(1):31-58.
31. Yılmaz F, Öztürk H. Causes of conflicts encountered by nurse managers in hospitals and their approaches in conflicts management. İst Üni Florence Nightingale J Nurs 2011; 19(3):145-52.
32. Tully A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. J Psychiatric Ment Health Nurs 2004; 11(1):43-7. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00682.x
33. Erdem D, Atçı H, Akan B, Albayrak D, Gökçınar D, Göğüş N, Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği asistanlarının yoğun bakım çalışma dönemlerinin, tükenmişlik, iş doyumu, işe bağlı gerginlik ve durumluluk- süreklilik kaygı düzeylerine etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2010; 44(3):93-9.
34. Tel H, Karadağ M, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2003; 5(2):13-23.
35. Tobe SW, Kiss A, Szalai JP, Perkins N, Tsigullis M, Baker B. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure results from the double exposure study. Am J Hypertens 2005; 18(8):1046-51. doi: 10.1016/j.amjhyper.2005.03.734
36. Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. Behav Med Fall 1991; 17(3):111-20. doi: 10.1080/08964289.1991.9937554
37. Aslan SH, Gürkan SB, Girginer HU, Unal M. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenirliği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3 P) Dergisi 1996; 4(4):276-84.
38. Sabine Bährer-Kohler, Burnout for experts, prevention in the context of living and working, 2013. doi:10.1007/978-1-4614-4391-9
39. Fredeunberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974; 30:159-65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

40. Tatlılıoğlu K. Maslach ve Jackons'un tükenmişlik modeli bağlamında tükenmişlik kavramı. III. Uluslararası Taras Şevşenko Sosyal Bilimler Kongresi, 12-14 Temmuz 2019, Kiev. 1:357-67
41. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 32:21-46.
42. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occupat Behav 1981; 2(2):99-113. doi:10.1002/job.4030020205
43. Maslach C, Jackson SE. Manual of Maslach Burnout Inventory. 2. Baskı. California: Consulting Psychologists Press; 1981.p.1-17.
44. Dinç G. Examination of job burnout levels and subjective well-being levels of special education teacher working in private educational institutions. Unpublished master's thesis. Biruni University, Institute of Education Sciences, İstanbul, 2018.
45. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis, the burnout syndrome: current research, theory and interventions. Park Ridge: III, London House Management;1981.p.31-52.
46. Perlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future research. Human Relation 1982; 35(4):283-305.
47. Üresin T. Tükenmişlik ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 2009.
48. Aras Z. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik durumları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.
49. Kayabaşı Y. Bazı değişkenler açısından öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri. Manas Üniversitesi, Sosyal Bil Derg 2008; 10(20):191-212.
50. Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir analiz). Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 2007.

51. Köksal H. Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009.
52. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi Dergisi 2008; 15(1):131-48.
53. Kaya B. Ebelerin iş doyumu ve tükenmişlik durumlarını etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2009.
54. Çimen M. Türk silahlı kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması. Yayınlanmamış doktora tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000.
55. Küçükaltan D. Turizm işletmelerinde örgütsel tükenmişlik. In: Sabuncuoğlu Z, editor. Turizm işletmelerinde örgütsel davranış. Bursa: 2009.p.191
56. Öner S. Psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2011.
57. Taze S. Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.
58. Çimen M. Türk silahlı kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması. Yayınlanmamış doktora tezi, T. C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2000.
59. Ergin C. Bayraktar R, Dağ İ. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992:144.
60. Çapri B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üni Eğitim Fak Derg 2014; 2(1). Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinefd/issue/17390/181754>

61. Sünter TA, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006; 16(1):9-14.
62. Topak OZ, Karan CB, Toktaş SN, Gündoğmuş SZ, Özdel O. Bir grup tıp fakültesi öğrencisinde öğrenim sürecinde tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: Tıp eğitim süreci tükenmişlik düzeylerini değiştiriyor mu? Klinik Psikiyatri 2015; 18:90-6.
63. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: A systematic review. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(13):6695. doi: 10.3390/ijerph18136695
64. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. Emerald Open Research 2020; 2:15. doi: 10.35241/emeraldopenres.13550.1
65. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395(10227):912–20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
66. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 Novel Coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry 2020; 7(3):228–9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
67. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS One 2020; 15(4):e0231924. doi: 10.1371/journal.pone.0231924
68. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The Novel Coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. Health Psychol 2020; 39(5):355-7. doi: 10.1037/hea0000875
69. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. Gen Psychiatr 2020; 33(2):100-213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213

70. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020; 395(10223):470–3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9
71. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemed J E Health* 2020; 26(4):377-9. doi: 10.1089/tmj.2020.0068
72. The Japan Times. COVID-19 New Updates. Retrieved at September 13, 2021. From: <https://www.japantimes.co.jp/liveblogs/news/coronavirus-outbreak-updates/>
73. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
74. Sünter TA, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Derg* 2006; 16(1):9-14.
75. Aslan Ş, Özata M. Duygusal zeka ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. *Erciyes Üni İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg* 2008; 30:77-97.
76. Karaşahin KS. Ankara’da çalışan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik verilerle incelenmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Ankara, 2020.
77. Ezenwaji IO, Eseadi C, Okide CC, Nwosu NC, Ugwoke SC, Ololo KO, et al. Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrations, research, and policy. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98(3):138-89. doi: 10.1097/MD.00000000000013889
78. Altay M. Okul yöneticilerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat 2007.
79. Yıldırım I. Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables, social behavior and personality. *Social Behavior and Personality: An International J* 2008; 36(5):603-61. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.5.603>

80. Terzi B, Polat Ş. Hemşirelerin algıladıkları destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Adıyaman Üni Sağlık Bilimleri Derg 2020; 6(1):59-67. doi:10.30569/adiyamansaglik.656294
81. Michael G, Stalikas A, Helen K, Catherine K, Christine K. Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status. Stress Health 2009; 25(5):397-404. doi:10.1002/smi.1248
82. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14(2):115-21. doi: 10.5455/apd.34482
83. Atasoy A, Yorgun S. Sağlık çalışanlarında iş gerilimi ve iş stres düzeyinin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg 2013; 6(2):71-88.
84. Cogenli MZ, Erdal Y. Hemşirelerde iş stresi ve iş stresinin çalışma performansına etkileri: Sinop Atatürk Devlet Hastanesi örneği. Business and Management Studies: An International J 2018; 6(3):497-515. doi: <https://doi.org/10.15295/bmij.v6i3.361>
85. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Derg 2011; 11(42):39-44.
86. Takayesu KJ, Ramoska EA, Clark TR, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. Acad Emerg Med 2014; 21(9):1031-5. doi: 10.1111/acem.12464
87. Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu. J Acad Emerg Med 2006; 4(7):51-4.
88. Ahn MH, Shin YW, Suh S, Kim JH, Kim HJ, Lee KU, Chung S. High work-related stress and anxiety response to COVID-19 among healthcare workers: A cross-sectional online survey study in South Korea. JMIR Public Health Surveill 2021; 7(10):e25489. doi: 10.2196/25489
89. Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üni Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2004; 7(1):17-24.
90. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. J Organizational Behavior 1981; 2(2):99-113. doi:10.1002/job.4030020205

91. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Int Med* 2012; 172(18):1377-85. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
92. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 2013; 1(4):58-68.
93. Arpacıoğlu MS, Baltalı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Med J* 2021; 46(1):88-100.
94. Aslan HS, Alparslan NZ, Aslan RO, Kesepara C, Ünal M. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Dergisi* 1998; 11(2):4-8.
95. Beneria A, Arnedo M, Contreras S, Pérez-Carrasco M, Garcia-Ruiz I, Rodríguez-Carballeira M, et al. Impact of simulation-based teamwork training on COVID-19 distress in healthcare professionals. *BMC* 2020; 20(1):515.
96. Karadem FB. Sağlık çalışanlarında COVID-19 korkusunu belirleyen psikiyatrik değişkenlerin incelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Isparta, 2020.
97. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: A cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open* 2021; 11(1):e045127. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045127

10. EKLER

Ek 1. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Formu

1. İşim aile yaşamımı olumsuz yönde etkiler.
2. İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor.
3. İşimde eskisine göre daha gerginim.
4. İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.
5. İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.
6. İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.
7. İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olamadığım zamanlarda kendimi suçlu hissedirim.
8. İş arkadaşlarım kendine düşen görevi yerine getirir.
9. İşimde üretkenliğim artmakta.
10. İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.
11. Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte.
12. İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.
13. İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim.
14. Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.
15. İşte nadiren hayal kurarım.
16. Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.
17. İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarımdan ve/veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.
18. İşe sıklıkla geç giderim.

Ek 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Formu

1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.
2. İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
3. Sabah kalkıp yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.
4. İşim gereği karşılaştığım insanların pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.
5. İşim gereği karşılaştığım bazı insanlara onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.
6. Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.
10. Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.
11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.
13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.
15. İşim gereği karşılaştığım bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.
16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.
18. İnsanlarla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.
22. İşim gereği karşılaştığım bazı insanların problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.

