

**T.C.
BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİNGÖL İLİNDEKİ MERKEZ HASTANELERDE ÇALIŞAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 DÖNEMİNDEKİ RUHSAL
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SÜMEYYE BAŞARLI**

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İmran ASLAN**

BİNGÖL-2023

ÖNSÖZ

Tez çalışması süresi boyunca bilgi birikimini ve desteğini esirgemeyen, çalışmaların bitmesi için gerekli tüm yardımları sağlayan saygı değer tez danışmanım Doç. Dr. İmran ASLAN'a teşekkür ederim.

Anket çalışmamı yapmam için gerekli izinleri ve desteği sağlayan Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve değerli vakitlerini ayırıp anketleri dolduran Bingöl İli sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Anket verilerinin analizi için hiçbir bilgiyi ve desteği esirgemeyen değerli arkadaşım Cihat ERİKLİ' ye teşekkür ederim.

Tez çalışmamı yürüttüğüm süre boyunca bana her türlü manevi desteği veren ve motivasyonumu en üst düzeyde tutmamı sağlayan sevgili dostlarım Dilan ÖYLEK, Betül AĞIN, Ümran ABAT ve Emire Bengisu KEÇECİ' ye teşekkür ederim.

Son olarak eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi hiçbir desteği esirgemeyen, her zaman yanımda olan aileme sonsuz şükranlarımı sunarım.

Sümeyye BAŞARLI

Bingöl 2023

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi.....	1
1.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	3
2. KAYNAK ÖZETLERİ.....	4
2.1. Sağlık Sektöründe İSG.....	4
2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Risk ve Tehlikeler.....	6
2.1.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Genel İş Kazaları.....	13
2.2. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Memnuniyeti.....	15
2.3. Stres.....	15
2.3.1. Stresin Aşamaları.....	16
2.3.2. Stres Türleri.....	17
2.3.3. Stresin Belirtileri.....	17
2.3.4. Örgütsel Stres Kavramı.....	18
2.3.5. Örgüt Dışı Stres Kaynakları.....	20
2.3.6. Stres Yönetimi Kavramı.....	20
2.3.7. Sağlık Sektöründe Stres.....	22
2.4. Anksiyete.....	23
2.4.1. Anksiyete Bozukluğu Kavramı ve Anksiyete Bozukluğu Türleri.....	24
2.4.2. Anksiyetenin Belirtileri.....	25
2.4.3. Anksiyetenin Nedenleri.....	26
2.4.4. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete.....	27
2.5. Tükenmişlik Sendromu.....	28
2.5.1. Tükenmişlik Sendromunun Evreleri.....	30

2.5.2.	Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri	31
2.5.3.	Tükenmişlik Sendromunun Alt Boyutları.....	31
2.5.4.	Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu	33
2.6.	Depresyon.....	35
2.6.1.	Depresyonun Nedenleri	36
2.6.2.	Depresyona Kimler Daha Yatkındır?	36
2.6.3.	Depresyonun Belirtileri	37
2.6.4.	Depresyonun Sıklığı	38
2.6.5.	Sağlık Sektöründe Depresyon.....	38
3.	MATERYAL VE YÖNTEM.....	40
3.1.	Araştırmanın Değişkenleri.....	40
3.2.	Araştırmanın Kapsamı ve Örneklem Evreni.....	41
3.3.	Araştırmanın Yöntemi	42
3.4.	Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	42
3.5.	Güvenirlilik Analizi	43
3.6.	Anketin Kısımları	44
3.7.	Araştırmanın Hipotezleri	48
4.	BULGULAR VE TARTIŞMA.....	50
4.1.	Bulgular	50
4.1.1.	Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	50
4.1.2.	COVİD Dönemi Motivasyon Ölçeğine İlişkin Bulgular	59
4.1.3.	Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Bulgular	60
4.1.4.	Stres Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	61
4.1.5.	Tükenmişlik Sendromu Ölçeğine İlişkin Bulgular	63
4.1.6.	Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular	65
4.1.7.	Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	66
4.1.8.	Verilerin Normallik Analizi ve Uygun Yöntemin Seçilmesi.....	67
4.1.9.	Hipotezlerin Test Edilmesi	68
4.1.10.	Korelasyon Analizi	87
4.1.11.	Regresyon Analizi	90
4.2.	Tartışma	93
5.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	98
5.1.	Sonuçlar	98
5.2.	Öneriler.....	100
	KAYNAKLAR.....	103

EKLER	114
Ek-1: Anket Örneği	114
Ek-2: Etik Kurul Onayı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-3: Araştırma İzni	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

COVID	: Corona Virus Disease
SARS-COV	: Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus
KDÇH	: Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıklar Hastanesi
BDH	: Bingöl Devlet Hastanesi
ÖBH	: Özel Bingöl Hastanesi
KD	: COVID Dönemi Ölçeği
YM	: Yaşam Memnuniyeti Ölçeği
ST	: Stres Ölçeği
TSD	: Tükenmişlik Sendromu Ölçeği
ANK	: Anksiyete Ölçeği
DEP	: Depresyon Ölçeği
DYS	: Duyarsızlaşma
DT	: Duygusal Tükenme Ölçeği
KB	: Kişisel Başarı Ölçeği
F	: Frekans
Ss	: Standart Sapma
ASKOM	: Hastaları hastaneden evlerine taşımakla görevli olan hastane içerisindeki birim

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.	Stresin Aşamaları.....	16
Şekil 2.2.	Stres Düzeyi – Performans İlişkisi.....	20
Şekil 2.3.	Depresyon ve anksiyetenin ortak ve farklı belirtileri.....	26
Şekil 2.4.	Tükenmişlik Sendromunun Evreleri.....	30

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1.	Sağlık alışanlarının Karşılaştığı Risk ve Tehlikeler.....	6
Tablo 2.2.	Sağlık alışanlarının Maruz Kaldığı Biyolojik Tehlike ve Riskler.....	8
Tablo 2.3.	Sağlık alışanlarının Maruz Kalabileceği Kimyasal Tehlike ve Riskler	8
Tablo 2.4.	Psikososyal tehlike ve risk örnekleri.....	9
Tablo 2.5.	Sağlık alışanlarının iş kazaları ve yüzdeleri.....	14
Tablo 2.6.	Örgütsel Stres Kaynakları.....	19
Tablo 2.7.	COVID-19 dönemde artan sıkıntı hissini nedenleri.....	27
Tablo 3.1.	Kurumların alışan sayıları.....	41
Tablo 3.2.	Güvenilirlik Analizi.....	43
Tablo 3.3.	COVID Dönemi leği Soruları.....	44
Tablo 3.4.	Yaşam Memnuniyeti leği Soruları.....	45
Tablo 3.5.	Stres leği Soruları.....	45
Tablo 3.6.	Tükenmişlik Sendromu leği Soruları.....	46
Tablo 3.7.	Anksiyete ve Depresyon leği Soruları.....	47
Tablo 4.1.	Çalışanların Tanımlayıcı zellikleri.....	51
Tablo 4.2.	COVID-19 İle İlgili Bilgiler.....	52
Tablo 4.3.	Katılımcıların Meslek Gruplarına İlişkin Bulgular.....	53
Tablo 4.4.	Katılımcıların Meslekteki ve Birimdeki Tecrübelerine Ait Bulgular.....	54
Tablo 4.5.	Çalışanların alıştıkları Birimlerle İlgili Bulgular.....	54
Tablo 4.6.	İSG İle İlgili Bulgular.....	55
Tablo 4.7.	Çalışanların Pandemi Süresince Sözel veya Fiziksel şiddete Maruz Kalmalarına İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 4.8.	Katılımcıların Aylık alışma Saatlerine ve COVID Vardiyasında alışmalarına İlişkin Bulgular.....	57
Tablo 4.9.	Ortalamaları Değerlendirme Aralığı Tablosu.....	59
Tablo 4.10.	Katılımcıların KD leğine Ait Bulguları.....	59

Tablo 4.11. YYDÖ Ortalamaları Değerlendirme Aralığı.....	61
Tablo 4.12. Katılımcıların Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Bulguları.....	61
Tablo 4.13. ST Ölçeği Toplamları Değerlendirme Aralığı.....	62
Tablo 4.14. Katılımcıların Stres Ölçeğine İlişkin Bulguları.....	62
Tablo 4.15. TSD ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular.....	63
Tablo 4.16. Tükenmişlik Sendromu Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	64
Tablo 4.17. Depresyon Ölçeğine Ait Bulgular.....	65
Tablo 4.18. Depresyon Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
Tablo 4.19. ANK Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	66
Tablo 4.20. ANK Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	67
Tablo 4.21. Verilerin Normallik Testlerine İlişkin Sonuçlar.....	67
Tablo 4.22. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Cinsiyet Değişkenine Göre t-testi Sonuçları-1.....	68
Tablo 4.23. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Cinsiyet Değişkenine Göre t-testi Sonuçları-2.....	69
Tablo 4.24. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Medeni Duruma Göre t-testi Sonuçları-1.....	69
Tablo 4.25. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Medeni Duruma Göre t-testi Sonuçları-2.....	70
Tablo 4.26. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Yaş Gruplarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1.....	71
Tablo 4.27. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Yaş Gruplarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2.....	73
Tablo 4.28. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Eğitim Durumuna Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1.....	74
Tablo 4.29. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Eğitim Durumuna Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2.....	76
Tablo 4.30. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Mesleğe Göre ANOVA Analizi Sonuçları.....	78

Tablo 4.31. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Mes. Yıllarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1.....	81
Tablo 4.32. Sağlık Çalışanlarının Mes. Yıllara Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2..	83
Tablo 4.33. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Çalışılan Hastaneye Göre Anova Analizi Sonuçları.....	85
Tablo 4.34. Korelasyon Analizine İlişkin Sonuçlar.....	88
Tablo 4.35. Depresyon İçin Regresyon Analizi.....	90
Tablo 4.36. Tükenmişlik Sendromu İçin Regresyon Analizi.....	91

BİNGÖL İLİNDEKİ MERKEZ HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 DÖNEMİNDEKİ RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Giriş: 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan corona virüs salgını(COVID-19) hızla dünyanın pek çok bölgesine yayılarak, kısa sürede tüm dünyada bir paniğe sebep oldu. Bu çalışmada COVID-19 salgını döneminde Bingöl ilindeki merkez hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal değerlendirilmesi yapılması amaçlandı. Öncelikle sağlık sektöründe tükenmişlik sendromu, stres, anksiyete ve depresyon konularında yerli ve yabancı kaynaklar taranarak bir literatür oluşturuldu.

Materyal ve Yöntem: Nicel araştırma yöntemleri kullanılarak çalışanların ruhsal durumları tespit edilmeye çalışıldı. “Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği”, “Algılanan Stres Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Sendromu Ölçeği”, “Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” sorularına ek olarak demografik bilgilere yönelik sorular eklendi ve 83 sorulu bir anket oluşturuldu. 2021 yılı Nisan ve Ekim ayları arasında Bingöl ili merkezinde yer alan 3 hastanede 560 sağlık çalışanına ulaşılarak anket çalışması yapıldı. Verilerin güvenilirliği IBM SPSS yazılımı ile test edildi ve SPSS programı ile yapılan normallik testleri ile verilerin normal dağıldığı tespit edildi. Verilerin analizinde, betimsel istatistik yöntemleri, t-testi, tek yönlü ANOVA, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi yöntemleri kullanıldı.

Sonuç: Yapılan analizler sonucunda Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Bingöl Devlet Hastanesi ve Özel Bingöl Hastanesi arasında; COVID Dönemi ölçeğinde, yaşam memnuniyeti ölçeğinde, tükenmişlik sendromu ölçeğinde ve kişisel başarı eksikliği ölçeğinde anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. COVID Dönemi ölçeğinde en yüksek ortalama Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne aittir. Yaşam memnuniyeti, stres ve anksiyete deneyimleme durumu da en yüksek olan hastane Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmuştur. Tükenmişlik sendromu, depresyon, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği deneyimleme durumu en yüksek olan hastane Bingöl Devlet Hastanesi' dir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre; Yaş arttıkça COVID dönemi ölçeğinin ortalaması, tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, anksiyete ve depresyon oranları düşmüştür. Eğitim durumu arttıkça, COVID dönemi ölçeğinin ortalaması, yaşam memnuniyeti, stres, tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve anksiyete artmıştır. Mesleki tecrübe arttıkça, Kişisel başarı eksikliği artmış, COVID dönemi ölçeğinin ortalaması, depresyon ve anksiyete azalmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre; Salgına yakalanmak depresyonu arttırmıştır. Tükenmişlik sendromu ve anksiyete arttıkça depresyon artmış; yaşam memnuniyeti yükseldikçe depresyon azalmıştır. Tükenmişlik sendromu evlilerde, kadınlarda ve COVID hastası bakanlarda yüksek çıkmıştır. Katılımcıların eğitim seviyesi ve mesleki tecrübeleri arttıkça tükenmişlik sendromu düzeyleri de artmıştır. Stres ve anksiyete arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik Sendromu, Stres, Anksiyete, Depresyon, Bingöl.

EVALUATION OF THE MENTAL STATUS OF HEALTHCARE WORKERS WORKING IN CENTRAL HOSPITALS IN BİNGÖL PROVINCE DURING THE COVID-19 PERIOD

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus epidemic (COVID-19), which emerged in Wuhan, China, in December 2019, quickly spread to many parts of the world and caused panic all over the world in a short time. In this study, it was aimed to conduct a psychological evaluation of healthcare workers working in central hospitals in Bingöl province during the COVID-19 epidemic.

Material and Method: An attempt was made to determine the mental state of the employees using quantitative research methods. In addition to the “Adult Life Satisfaction Scale”, “Perceived Stress Scale”, “Maslach Burnout Syndrome Scale”, “Beck Anxiety and Depression Scale” questions were added to demographic information and a questionnaire with 83 questions was created. Between April and October 2021, 560 healthcare workers were reached in 3 hospitals in the city center of Bingöl, and a survey was conducted. The reliability of the data was tested with SPSS software and it was determined that the data were normally distributed with the normality tests performed with the SPSS program. Descriptive statistical methods, t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation analysis and regression analysis methods were used to analyze the data.

Conclusion: As a result of the analysis, between Gynecology and Children's Hospital, Bingöl State Hospital and Private Bingöl Hospital; It was determined that there was a significant difference in the COVID Period scale, life satisfaction scale, burnout syndrome scale and lack of personal achievement scale. The highest average on the COVID Period scale belongs to the Gynecology and Children's Hospital. The hospital with the highest level of life satisfaction, stress and anxiety was the Gynecology and Children's Hospital. The hospital with the highest rate of experiencing burnout syndrome, depression, emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment is Bingöl State Hospital. According to the results of correlation analysis; As age increased, the average of the COVID period scale, burnout syndrome, emotional exhaustion, anxiety and depression rates decreased. As education level increased, the average of the COVID period scale, life satisfaction, stress, burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization and anxiety increased. As professional experience increased, lack of personal accomplishment increased, and the average of the COVID period scale, depression and anxiety decreased. According to the regression analysis results; Being caught in the epidemic increased depression. As burnout syndrome and anxiety increased, depression increased; As life satisfaction increased, depression decreased. Burnout syndrome was higher in married people, women and caregivers of COVID patients. As the education level and professional experience of the participants increased, their burnout syndrome levels also increased. As stress and anxiety increased, the level of burnout also increased.

Keywords: Burnout Syndrome, Stress, Anxiety, Depression, Bingöl.

1. GİRİŞ

1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Sağlık sektörü farklı meslek gruplarının ekip ruhu içerisinde bir arada çalıştığı, zorlu çalışma şartları olan *emek yoğun* sektörlerden biridir. İşin niteliği bakımından birçok risk faktörünü bir arada barındırır. Sağlık çalışanları çok stresli bir ortamda ve yoğun bir şekilde çalışmaktadır. Ne yazık ki insanlar en çok acı ve sıkıntı içinde olduklarında iyileşmek için sağlık kuruluşlarına gidiyorlar. Bu nedenle sağlık çalışanları her zaman üzgün ve canı yanan insanlara hizmet vermektedir. Bu insanları sağlığına kavuşturmak çok zor ve büyük sorumluluk gerektirir. Bazen hastalar ve yakınları doktorları suçlar, daha da kötüsü şiddet kullanır ve sağlık çalışanlarına saldırır. Hastane yönetimi, güvenlik birimleri ve sosyal hizmet uzmanları bu konuda önemli bir rol oynamaktadır (Ural, 2022).

Sağlık çalışanlarının mesleki ortamda karşılaştığı risk ve tehlikeler diğer sektörlerle göre daha geniş bir çerçeveye sahiptir. Stres, kas iskelet sistemi sorunları, kesici delici alet yaralanmaları, enfeksiyon hastalıkları, lateks alerjisi ve şiddet gibi çok çeşitli problemlerle karşılaşmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Bu sektörde hizmet verenlerin karşı karşıya kaldığı bu tehlike ve risklerin önlenerek iyiliklerinin sürdürülmesi yalnızca iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanması ile mümkündür (Solmaz ve Solmaz, 2017). Mevcut durumda bilindiği üzere COVID-19 (Yeni Corona Virüs Hastalığı) pandemisi küresel bir hal alarak tüm dünyayı olumsuz yönde etkisi altına almıştır. Salgın ile mücadelede işin gereği olarak ön saflarda yer alan sağlık çalışanları bu durumdan en çok etkilenen meslek grubu olmuştur.

Salgının ilk çıktığı 2019 yılının Aralık ayından sonra uzunca bir süre hastalık hakkında çok fazla belirsizlik vardı. Kesin tedavisinin olmaması, mevcut aşılarda olası etkilerinin bilinmemesi dünya genelinde bir kaygıya neden olmuştu. Tüm bu bilinmezlikler içerisinde sağlık çalışanları, bir yandan kendisinin ve ailesinin sağlığı için endişe duyarken diğer yandan bu salgına yakalanan hastaları tedavi etmeye çalışmaktaydı.

Sağlık profesyonellerinin SARS-CoV-2'ye yakalanma ihtimalleri risk kategorisine göre “çok yüksek” ve “yüksek” olarak değerlendirilmektedir. Çok yüksek kategorisinde yer alanlar, doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, sağlık görevlileri, acil tıp teknisyenleri, numune toplayan sağlık ve laboratuvar personeli, otopsi yapan morg çalışanları iken; yüksek risk kollarında doktorlar, hemşireler ve hasta odalarına girmesi gereken diğer hastane personeli yer almaktadır (Şahan vd., 2019).

Hastalığın çok kolay bulaşması nedeniyle tüm ülkelerde alınmak zorunda olan kısıtlama kararları (maske ile dolaşma zorunluluğu, iş yerlerinin kapatılması, alışveriş merkezlerinin ve güzellik merkezlerinin kapatılması, market ürünlerinin satışlarında çeşit kısıtlanması, sokağa çıkma yasaklarının olması vb.) sonucunda, insanların günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmıştır. Tüm dünya insanlarında bu nedenle bir stres ve kaygı hali oluşmuştur. Hem diğer insanlar gibi bu psikoloji ile yaşayan sağlık çalışanları bir de bu kaygıları yaşayan insanlara sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olduğundan fiziksel ve psikolojik yükleri katlanarak artmıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken iş kazası geçirme ve meslek hastalıklarına yakalanma riskini attırabileceğinden, sağlık ekiplerinin psikolojik yükleri araştırılmalı ve azaltmaya yönelik adımlar atılmalıdır.

COVID-19 salgını yalnızca bireylerin fiziksel sağlığını tehlikeye atmakla kalmamış, aynı zamanda kişilerin ruhsal sağlığını, sosyal yaşamlarını ve mali durumlarını da etkilemiştir (Onan, Dinç ve Demir, 2022). Bu çalışmada, Bingöl ili merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını dönemindeki ruhsal değerlendirmesinin yapılması amaçlanmıştır. Bu noktada ruhsal iyilik haline değinmekte fayda vardır. Ruhsal iyilik hali, çeşitli kaynaklarda farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Ruhsal iyilik hali, sözlük anlamı, “konforlu, rahat, sağlıklı ve mutlu olma hali” şeklindedir (Çankaya, 2020) veya kişilerin sosyal yaşamlarında ve doğal yaşamlarında; bedensel olarak, zihin olarak ve ruhsal olarak ideal ve sağlıklı bir uyum içinde olma halidir (Myers et al., 2000).

Sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını ölçmenin yanında, ruhsal iyilik halini bozan anksiyete, stres, tükenmişlik sendromu ve depresyon gibi durumlardan hangilerinin diğer faktörleri etkilediğini, tetiklediğini araştırmak da amaçlanmıştır. Aynı zamanda bu süreçte COVID-19 salgınının sağlık çalışanlarını nasıl etkilediğini ölçmeyi amaçlayan çalışmalara kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.

Bu amaçlarla Bingöl ilinin merkezinde yer alan 3 hastanede (Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Özel Bingöl Hastanesi) görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına ulaşılmış ve anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışmasına ek olarak sağlık alanında tükenmişlik sendromu, stres, anksiyete ve depresyon konularının ele alındığı yerli ve yabancı kaynaklar taranarak bir literatür oluşturulmuştur. Sağlık sektöründeki çalışmaların sürdürülebilir ve verimli olması için bu sektörde çalışanların ruhsal iyilik halini tespit etmek önemlidir. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmamız yapılmıştır.

1.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma Bingöl ilinde yer alan 3 hastanede yapılmıştır. Çalışmanın bir ilde yapılmış olması kısıtlılıklardan bir tanesidir. Ülke genelinde sağlık çalışanlarının ruhsal değerlendirilmesi hakkında bir sonuç alabilmek için daha büyük örneklemeler ile daha geniş çaplı bir araştırmaya ihtiyaç vardır. İkinci bir kısıtlılık, sağlık çalışanlarının yoğun iş temposu nedeniyle anket doldurmayı istememeleridir. Üçüncü kısıtlılık ise COVID-19 salgının devam etmesi nedeniyle her birime kolaylıkla ulaşamamamız olmuştur. Örneğin ameliyathane ve yoğun bakım gibi kapalı alanlara girişler kısıtlanmış durumdaydı. COVID hastalarına bakım veren kliniklere de giriş çıkışlar yasaklandığı için çalışanlara ulaşmak zorlaşmıştır. Fakat bunlara rağmen çalışmamızın bulguları COVID-19 salgını süresince sağlık profesyonellerinin ruhsal durumu hakkında önemli bilgiler sunmaktadır.

2. KAYNAK ÖZETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir (Öztürk ve Kıracı, 2019). Bu sektörde farklı mesleklerden birçok çalışan bir arada çalışmakta ve sağlık hizmeti vermektedir. Doktor, eczacı, diş hekimi, veteriner, mühendis, yönetici, temizlik ve bakım görevlileri, sosyal hizmet görevlileri, diyetisyen ve beslenme uzmanı, hemşire, ebe, şoför ve hatta aşçı gibi mesleklerin bir arada çalıştığı bir sektördür. Bu yoğun ve yorucu çalışma sırasında sağlık çalışanları doğal olarak birçok hastalık ve kaza ile karşı karşıya kalmaktadır (İş Güvenliği, 2020).

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları görülmeye başlandı. Çin sağlık otoriteleri kısa bir süre sonra bu vakaların *Koronavirüs* kaynaklı pnömoniler olduğunu bildirdi. Ardından DSÖ tarafından Koronavirüs (COVID-19) hastalığı adı verildi (Hui et al., 2020). Sağlık sektöründe çalışanlar işi gereği salgınla mücadelede ön saflarda yer almıştır. Bu da onların salgına yakalanma riskini arttırmıştır (Wu and McGoogan, 2020). Kısa sürede tüm dünyaya yayılım gösteren bu salgın şüphesiz en fazla sağlık sektörünü etkilemiştir. Bu bölümde sağlık sektöründe iş sağlığı ve güvenliği, sağlık çalışanlarında yaşam memnuniyeti, stres, anksiyete, tükenmişlik sendromu ve depresyon konularında yerli ve yabancı kaynaklar taranarak bir literatür oluşturuldu.

2.1. Sağlık Sektöründe İSG

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü(İLO) ortak tanımına göre iş sağlığı; Tüm mesleklerde çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini en üst düzeye çıkarmak, bu düzeyde tutmak, çalışanların sağlığının çalışma koşullarından dolayı bozulmasını önlemek, çalışma sırasında sağlıksız faktörlerin neden olduğu tehlikelerden korumak, fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun çalışma ortamlarına yerleştirmek ve bu koşulların devamlılığını sağlamak, kısacası işin kişiye ve kişinin de işine uygun olmasını sağlamaktır (Akgün, 2015).

İş güvenliği ise, güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak ve iş yürütüm esnasında işçilerin iş kazaları yaşamaması için oluşturulması gereken bir dizi önlemdir(Solmaz ve Solmaz, 2017). Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; işçilerin ömrünü uzatmak iş verimini arttırmak ve işin sürekliliğini sağlamanın yanı sıra çalışanın sosyal hayattan çalıştığı iş ortamına kadar devam eden refahını da sağlar (TBMM, 2013). Güvenli, nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması, aynı zamanda sağlık çalışanlarının sağlığına, kapasitesine ve performansına bağlı olduğu için, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Türkiye’de son zamanlarda iş sağlığı ve güvenliği ve sağlık sektörü ile ilgili mevzuatta değişiklikler yapılarak sektördeki hizmet verenlerin güvenliğini sağlamaya yönelik önemli adımlar atılmıştır (Akgün,2015). 2011 yılında “*Hasta ve çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” çıkarılarak kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak zorunlu hale getirilmiştir. Ardından 2012 yılında “*İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu*” çıkarılmış ve kamuda çalışan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden faydalanmasının yolu açılmıştır (Meydanlıoğlu, 2013). Ülkemizde 2013 yılından itibaren, “*çok tehlikeli*” kategorisinde yer alan hastaneler için mevzuat çerçevesinde ihtiyaç duyulan değişiklikler yapılmaktadır. Kurumlar, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı tarafından düzenli aralıklarla denetlenmektedir.

İş güvenliği uygulamaları tüm sağlık çalışanlarının; iş ortamı veya yapılan iş nedeniyle, sağlık ve güvenliği tehdit eden tehlike ve riskleri tanımlayarak bunlardan korunma temeline dayanmaktadır. İş güvenliği uygulamaları bilimseldir ve çalışmaların sistemli olarak yürütülmesi gerekmektedir (Akgün, 2015).

Sağlık kurumlarında güvenlik ile ilgili konular 2 kategoride incelenmektedir. Bunlardan biri hasta güvenliği diğeri de çalışan güvenliğidir. Sağlık sektöründe yalnızca hastalar güvenlikle ilgili risk altında değildir aynı zamanda çalışanlar da büyük oranda bu riski taşımaktadır (Flin,2007).

2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Risk ve Tehlikeler

Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH)'ne göre sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit eden 94 çeşit tehlike ve risk vardır. Bunların, 29'u fiziksel, 25'i kimyasal, 24'ü biyolojik, 6'sı ergonomik ve 10'u da psiko-sosyal kaynaklıdır (Meydanlıoğlu, 2013).Sağlık kuruluşlarında çalışanlarda sıklıkla Hepatit-B virüsüne yakalanma olayları görülmektedir. Buna ek olarak kullanılan kimyasallar sebebiyle alerjiler ve doku tahrişleri de görülebilmektedir. Vardiyalı çalışma sistemi olan sağlık sektörü, insanlarla sürekli iletişim gerektiren ve iş yükü fazla olan bir meslek grubudur. Bu sebeplerle, bu sektörde çalışanlarda anksiyete, tükenmişlik bulguları ve depresyon görülebilmektedir. Ergonomik koşullardan kaynaklanan kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, fiziki ortamdan kaynaklanan düşme ve çarpmalar ve aynı zamanda radyasyonun yoğun kullanılması sebebiyle kanser ve çeşitli genetik bozukluklar görülebilir (Aslan vd., 2021)

Tablo 2.1.Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Risk ve Tehlikeler (Meydanlıoğlu, 2013)

Tehlike/ Risk Kategorisi	Tanımı
Fiziksel	Sağlık sektöründe iyonize ve iyonize olmayan radyasyona maruz kalınan pek çok birim vardır. Radyasyon, kötü havalandırma koşulları gürültü, aydınlatma ve teknolojik aletlerin ekranları sağlık çalışanlarında fiziksel risk etmenlerini oluştururlar.
Kimyasal	Sağlık kuruluşlarının laboratuvarlarında kullanılan tuzlar, asit ve alkaliler, boyalar, organik çözücüler, riskli ilaçlar pek çok hastalığa(kanser vb.) ve çeşitli alerjik reaksiyona neden olabilmektedir.
Biyolojik	Hastaların kan veya vücut sıvıları ile taşınan enfeksiyon hastalıkları (hepatit-B, HIV, brusella, tüberküloz vb.) bu kategoride değerlendirilmektedir. Bu etkenlerin bulaşma riski sağlık bakım hizmetlerinin her alanında vardır.
Ergonomik	Sağlık sektöründe çalışanların tamamına yakını kas-iskelet sistemi ile ilgili problemlere yatkındır. Özellikle yoğun çalışma şartları, hastaları kaldırma, elle taşıma sebepleriyle bu yatkınlık artmaktadır.
Psiko-sosyal	Düzensiz ve yoğun çalışma saatlerinin yanında acı yaşayan ve yakınlarını kaybeden insanların sorumluluğunu birebir taşımak sağlık çalışanlarının genel durumunu ve iyi olma halini oldukça bozmaktadır. Bu etkenler obeziteden bazı kanser türlerine kadar pek çok iş güvenliği sorununa neden olabilmektedir.

2.1.1.1. Biyolojik Tehlike ve Riskler

Sağlık sektörü için yapılan mesleki risk sınıflandırılmasında biyolojik ajanlar birinci sırada yer almaktadır (Biryol, 2022). Hastaneler için en fazla karşılaşılan riskler biyolojik etkenli risk etkenleridir (Aslan vd., 2021). Dünyanın her yerinde sağlık sektöründe çalışanlar için en büyük risk Hepatit B Virüsü'dür. Enfekte hastalara ait vücut sıvıları, kan veya kullanılmış iğneler bulaşma kolaylaştırdığı için sağlık çalışanları oldukça risk altındadır. Sağlık çalışanları için risk teşkil eden diğer bir Nozokomiyal Enfeksiyon (hastaneden bulaşan) Tüberküloz'dur (verem) (Url16, 2022). Biyolojik etkenlerin neden olduğu enfeksiyon hastalıklarından korunmak için İSG biriminde çalışanların Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile işbirliği içinde olması gerekmektedir. İlk olarak amaç birincil koruma çerçevesinde etkenin bulaşmasını önlemek olmalıdır. Bu bağlamda işe giriş muayeneleri ve aşı programları yapılmalı, el hijyeni ile ilgili eğitimler ve bulaşın olması durumunda yapılması gerekenler ile ilgili eğitimler verilmelidir (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Biyolojik risk etmenleri hastalık yapma ve topluma yayılım gösterme ihtimali açısından 4 grupta incelenmektedir

1. Grup Biyolojik Etkenler: İnsanlarda hastalık yapmayan biyolojik etkenlerdir. E.Coli buna örnek verilebilir.

2. Grup Biyolojik Etkenler: İnsanlarda hastalığa sebep olabilen ve çalışanlara zararı olan, ancak topluma yayılma riski olmayan biyolojik etkenlerdir. Bu etkenlerin korunma ve tedavi imkanları bulunmaktadır. Salmonella ve Hepatit-B bu grupta yer almaktadır.

3. Grup Biyolojik Etkenler: İnsanda ciddi hastalıklara sebebiyet veren ve çalışanlarda büyük riskler oluşturan, topluma yayılan fakat çoğunlukla etkili koruma imkanı ve tedavisi olan etkenler bu grupta yer almaktadır. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmeliğe göre **COVID-19 biyolojik faktörü 3. Grup** biyolojik faktörler arasında olabileceği değerlendirilmiştir.

4. Grup Biyolojik Etkenler: İnsanlarda ağır hastalıklara sebep olan, çalışanlar için büyük risklere sebep olan ve topluma yayılma riski yüksek olan biyolojik ajanlar bu grupta incelenmektedir. Ayrıca bu grupta yer alan hastalıklar için etkili bir korunma yöntemi ve tedavi imkanı da yoktur. Ebola virüsü bu gruba örnek verilebilir (Biryol, 2022).

Tablo 2.2. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Biyolojik Tehlike ve Riskler (Url10, 2022)

Tehlikenin Türü	Risk
Bakteriyel	Tüberküloz, Brusella
Viral	Hepatit B ve C, Suçiçeği, Kızamık, Kızamıkçık, Rotavirüs, COVID-19
Parazitler ve Mantarlar	Çeşitli parazit ve mantarların sağlık çalışanlarında hastalığa sebep olması

2.1.1.2. Kimyasal Tehlike ve Riskler

Sağlık sektöründe çalışanlar dermatit ve astıma yol açan pek çok kimyasal etkene maruz kalırlar(Wilburn, 2004). Yapılan araştırmalar sağlık sektöründe insan sağlığına zarar veren çeşitli formlarda (gaz, sıvı, buhar, toz) 299 farklı kimyasal kullanıldığını göstermiştir. Bu kimyasallar, deterjanlar, dezenfektanlar, anestezi gazları, sterilizasyon malzemeleri ve ilaçlardır. Bu risk en fazla ameliyathane ve laboratuvar çalışanlarındadır(Akgün, 2015). Bunlara ek olarak sağlık profesyonelleri sıklıkla eldiven kullandığı için, lateks alerjisi de sık görülmektedir(Url10, 2023).

Tablo 2.3. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kalabileceği Kimyasal Tehlike ve Riskler (Url10, 2023)

Tehlike kaynağı	Risk
Anestezik maddeler	Nitröz oksit, halotan, izofloran gibi anestezik gazlara devamlı maruziyet birçok sağlık problemine yol açmaktadır.
Sitotoksik maddeler	Hemşire ve eczacıların bu grupta yer alan ilaçları hazırlanması esnasında , bu ajanlara maruz kalması.
Sterilizasyonda kullanılan maddeler	Etilen oksit, gluteraldehit, formaldehit vb. sterilizasyonda kullanılan çoğu kimyasal madde bu birimlerde hizmet verenlerin sağlığını tehlikeye sokmaktadır.

2.1.1.3. Psikolojik Tehlike ve Riskler

Ağır ve ölüme yakın hastalara hizmet verme, onların bakımından birebir sorumlu olma, uzun mesai saatleri, vardiyalı çalışma ve hizmet verdikleri hastalara psikolojik destek vermek durumunda kalma bu sektörde çalışanların iyilik halini bozmakta ve strese yatkınlığı arttırmaktadır (Wilburn, 2004; Solmaz ve Solmaz, 2017).

Sağlık sektöründeki eksiklikler, sağlıkçılarda isteksizliğe ve gerginliğe neden olmaktadır. Bu gerginlik çalışanlarda çeşitli duygusal ve fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Depresyon, anksiyete, adalelerde gerginlik hissi, uyku yoksunluğu çekme ve baş ağrıları bu etkilerden bazılarıdır. Hizmet sektöründe yoğun olarak karşılaşılan tükenmişlik sendromu en çok karşılaşılan psikososyal risk etmenlerimden biridir (Solmaz¹ve Solmaz², 2017). Sağlık çalışanlarının çalışma alanı bu sektör dışındaki çalışma alanlarına göre daha fazla stres etkenine sahiptir. Bunun nedeni stres yaşayan bireylere, stresin yoğun olduğu bir ortamda hizmet vermektir. Böyle stresli bir ortamda uzun süre çalışan kişilerde kalp hastalıkları, migren gibi şiddetli baş ağrıları, uyku ile ilgili problemler, kas iskelet sistemi sorunları ve aşırı yorgunluk gibi fizyolojik sağlık sorunlarına ek olarak kaygı bozuklukları, depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, özgüvenin azalması, verimsiz çalışma, işe gelmeme, özel ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi mesleki ve sosyal sıkıntılar görülmektedir (Özcanarlan, 2009).

Tablo 2.4. Psikososyal tehlike ve risk örnekleri (Url11, 2023)

Psikososyal Tehlikeler	Psikososyal Riskler
Koşullar	
Çalışma saatlerinin fazla olması Sıklıkla fazla mesainin olması Ani gelişen vardiya değişiklikleri İş garantisinin olmaması	Stres Yıldırma
İşin içeriği	Tükenmişlik
Tek düze çalışma sistemi İzole çalışma İnsanların memnun etmek için çalışmak(Duygusal emek)	İş ve iş dışı yaşam dengesizliği

Sağlık Sektöründe Şiddet ve Mobbing (Psikolojik Taciz): Dünya Sağlık Örgütü (WHO) şiddeti, “Fiziksel güç veya statünün kasıtlı bir şekilde bir kişiye, bir topluluğa veya topluma uygulanarak, karşıdakinde psikolojik hasar, yaralanma ve ölüm gibi sonuçlara yol açması ya da açma ihtimalinin bulunması” şeklinde tanımlamıştır (Polat, 2016). “ Hasta, hasta yakını veya bunların dışındaki bir kişinin sağlık çalışanına uyguladığı sözel veya fiziksel tehdit ya da cinsel saldırı” olarak tanımlanan sağlık hizmetlerindeki şiddet, eskiden beri var olan psikososyal bir problemdir (Akgün, 2015).

Şiddet olaylarının iş yerlerinde ve toplumun hemen her yerinde sıklıkla meydana geldiği bilinen bir gerçektir. İş yerlerinde meydana gelen bu şiddet olayları iş hayatını olumsuz yönde etkileyen bir olgudur (Yavuz, 2014). İş yerlerinde gelişen şiddet vakaları iş kazası olarak değerlendirilmektedir (Akgün, 2015).

Sağlık kurumlarında şiddet olayları en fazla; çalışan sayısının az olduğu anlarda (yemek saatleri vb.), bekleme süresinin uzaması, hasta taşınması, ilaç, alkol veya madde bağımlılığı olan çalışan veya hasta, psikiyatrik rahatsızlığı olan çalışan veya hasta ve ortam konforunun uzun süreli bekleme için yetersiz olması durumlarında olmaktadır (Yeşildal, 2005).

Kamu hastanelerinde sıra beklemek büyük bir problemdir. Hastalar bazen istenmeyen bir şekilde uzun süre sıra beklemek durumunda kalmaktadır. Hastaların ve yakınlarının stresli olması ve uzun süre beklemesi sinirlenmelere yol açmaktadır. Ambulans gecikmeleri de hastaların sinirlenmelerine yol açmaktadır. Bir ilden veya ilçeden başka bir ile hasta sevkinin olması da bekleme süresini uzattığından stresi arttırmaktadır. Psikolojik rahatsızlığı olan hastaların taşınması esnasında da şiddet yaşanabilmektedir. Acil hastalara giderken ambulansın hız yapması da bazen trafik kazaları ile sonuçlanabilmektedir. Uzun nöbetler, hasta ile temas sonucunda hastalık kapıp yakınlarına bulaştırmak (örneğin COVID-19 gibi), yetersiz çalışan, stres ve moral bozukluğu şiddetin nedenleri arasında görülmektedir (Aslan vd., 2021)

Mobbing: bir kişi veya grubun başka bir kişi veya gruba uyguladığı, rahatsız edici, ahlak dışı sözler ve davranışlar sergilemesi ve bunu sistematik bir biçimde yapmasıdır. Mobbing psikolojik şiddet uygulanan bir süreçtir (Tetik, 2010). Mobbing bireylerde ekonomik ve sosyal yönden büyük zararlara neden olmaktadır. Ekonomik zararlar; bozulan ruhsal ve fiziksel sağlık durumu için yapılan tedavi masrafları, işten ayrılma sonucunda gelişen gelir kaybı vb. Sosyal zararları; kişi mesleki ve sosyal imajının zedelendiğini hisseder. Kendine olan güvenini kaybetmiş olan birey, günlük yaşamda da yaşadığı her şeyde kendini suçlu görmeye başlar. Ve son olarak birey tam anlamıyla yalnızlaşır (Tetik, 2010).

İş yaşamını olumsuz bir şekilde etkileyen ve sık karşılaşılan sorunlardan biri mobbingdir (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Sıklıkla karşılaşılan bu durum çalışan sağlığını ve güvenliğini oldukça tehdit etmektedir. Sağlık sektöründe çalışanların %18-37'lik kısmının kasten mobbinge maruz kaldığını ortaya koyan çeşitli araştırmalar mevcuttur. Mobbingin, çalışanlarda iş doyumsuzluğundan depresyona varabilen problemlere yol açtığı da araştırmalar tarafından ortaya konmuştur (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Mobbing yaşayan kişilerde görülebilecek diğer belirtiler ise şu şekildedir; ani öfkelenme, suskunluk, yaşama arzusunun kaybı, uykusuzluk, iştahsızlık, depresyon, sıkıntı, endişe, halsizlik, ağlama krizleri, unutkanlık vb. şiddetin ve tacizin sebep olabileceği son nokta intiharlar olabilmektedir (Tetik, 2010). Mobbing hastanelerin hizmet kalitesini azalmakla kalmayıp kişilerin mutsuz ortamda çalışmasına da yol açmaktadır (Yavuz, 2014). Mutsuz çalışan sağlık çalışanları da zaten mutsuz gelen hasta ve yakınlarına gereken özeni gösteremeyebilirler ve onların memnuniyetsiz ayrılmalarına neden olabilirler.

2.1.1. Fiziksel Tehlike ve Riskler

Aydınlatma, sıcaklık ve gürültü sağlık sektöründeki fiziksel risk etmenlerinin başında gelir. Bu risklerin ortadan kaldırılması için iyi bir aydınlatma ve uygun ısı sağlanmalıdır. Çalışanlarda olumsuz etki oluşmaması için gürültü seviyesinin minimuma indirilmesi gerekmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017). Sağlık kurumlarında ses operasyonel (çalışan veya malzeme tarafından çıkan ses) veya yapısal (binadan merkezli ses- havalandırma sistemleri, kapı pencere yapıları vs.) kaynaklıdır (Krueger vd., 2007).

Gürültü seviyesinin yüksek olması dikkat kaybına ve bunun sonucunda iş kazalarına neden olmaktadır. Ayrıca hipertansiyona, performansın azalmasına, uyku bozukluklarına, stres ve kalıcı işitme hasarına neden olabilmektedir (Akgün, 2015).

Sağlık kurumlarında aydınlatma sistemleri de personel sağlığını ciddi oranda etkiler ve tıpkı gürültü gibi iş kazalarına sebep olur. Ameliyathane gibi dikkatli çalışmanın gerektiği alanlarda aydınlatmanın yetersiz olması istenmeyen sonuçları doğurur ve bu nedenle aydınlatma çok iyi olmalıdır. Aydınlatmanın fazla olması da çalışanlarda yorgunluk haline neden olduğu için ışık düzeyinin çok iyi ayarlanması gerekmektedir (Akgün, 2015).

Işığın ve elektromanyetik alanların fazlalığının pineal bezin[melatonin hormonu salgılayarak canlının gece ile gündüzü ayırt etmesini sağlar (Url15, 2023)] çalışmasına etki ettiğini kanıtlayan araştırmalar vardır Bu bezin fonksiyonunun etkilenmesi uzun zaman sonra üreme sorunlarına, meme kanserlerine ve depresyon gibi ruhsal bozukluklara neden olmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017).

İyonize ve iyonize olmayan radyasyon; koroner anjiyografi, radyolojik çekim alanları, nükleer tıp ve radyasyonun kullanıldığı onkoloji bölümlerinde çalışanlar için ciddi tehlike ve risk oluşturmaktadır. Radyasyon bölgelerin sınıflandırılması yapılmalıdır. Ve bu bölgelerde uyarıcı levhaların bulunması gerekmektedir. Bu bölgelerde çalışanların kişisel dozimetre kullanması gerekir. Ve radyasyon alanlarının ölçümleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Bu ölçümler Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) tarafından önerilen yöntemlere göre yapılmalıdır (Solmaz ve Solmaz, 2017).

İnsanlar yaşamı boyunca çok fazla alçak ve yüksek frekanslı titreşime maruz kalabilmektedir. Düşük frekanslı titreşimler kişilerde psikolojik sıkıntılara sebep olabilmektedir. Yüksek frekanslı titreşimler de insanda dolaşım sistemini etkiler. Nöropatiler, karpal tünel sendromu, ekstremitelerde güçsüzlük ve uyku düzensizliklerine neden olmaktadır. Bütün bunlar da iş kazalarına yol açabilmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Termal konfor şartları (Hava akım hızı, ısı, nem, basınç) da çalışan sağlığını ve güvenliğini etkilemektedir. Bu nedenle termal konfor şartları da uygun hale getirilmelidir (Solmaz ve Solmaz, 2017). Özellikle çamaşırhane ve kazan dairesi gibi alanlarda termal konfor önem teşkil etmektedir. Havalandırma şartları, ısıtma ve soğutma işlemleri uygun halde getirilmelidir (Akarsu ve Güzel, 2016).

2.1.1.5. Ergonomik Tehlike ve Riskler

Ergonomi: Çalışma alanının fiziki ortamını çalışanlar için daha güvenli ve kullanılabilir duruma getirmek amacıyla, iş yerinde yer alan makine, malzeme ve çalışma ortamının orada çalışan bireylerin becerilerine ve kapasitelerine uyumlu hale getirmek için çalışan bir disiplindir. Temel olarak, çalışan ile iş ortamı arasındaki ilişkiyi bilimsel olarak inceleyip iş ile insanın birbirine uyumunu sağlamayı hedefler (Turan ve Arğın, 2020).

Sağlık hizmetleri uzun çalışma saatleri ve durmaksızın çalışmayı gerektirir. Çalışanlar bu uzun çalışma sürecinde çok az dinlenme olanaklarına sahiptir. Hasta kaldırma, fiziksel olarak hastaya destek olma, dönme, eğilme, uzanma, ağır yük kaldırma gibi fiziki güç gerektiren işler nedeniyle personeller kas iskelet sistemi sorunları yaşamaktadır. Günlük yaşantıda insanı zorlamayacak hareketler uzun ve kesintisiz devam eden çalışma şartları içerisinde kişileri olumsuz etkilemektedir. Ağır kaldırma dışında çalışma alanının fiziki şartları da (koltuk, sandalye, bilgisayar, masa vb.) çalışanların kas iskelet sistemi sorunları yaşamasına neden olabilmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada, hemşirelerde bel problemlerinin ağır ve büyük güç gerektiren iş kollarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Karadağ, 2004). Ergonomik risk ve tehlikeleri minimuma indirmek için alınması gereken önlemlere örnek vermek gerekirse; ergonomik düzenlemeler belirlenmeli, iş organizasyonu yapılmalı, özellikli birimlerde çalışanlar için özel ergonomik şartlar sağlanmalı, kişinin güvende hissedeceği bir iş ortamı sağlanmalı (Günüşen ve Üstün, 2010).

2.1.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Genel İş Kazaları

Ülkemizde mevzuatta iş kazası “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay” şeklinde tanımlanmıştır (İSG kanunu Mad. 3, 2012).

Akarsu (2017) tarafından Ankara’da bir devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarına işlerini yürütürken en fazla hangi tehlike ve riski yaşadıkları ve en fazla neyle karşılaşmaktan korktukları sorulmuştur. Bu çalışmaya göre;

- ✓ Poliklinik hizmetlerinde en fazla fiziksel ve sözlü şiddet tehlikesinden endişe edilmektedir. Devamında enfeksiyon, kesici delici alet yaralanmaları, uzun çalışma saatleri, ergonomik olmayan çalışma ortamları vb. sorunlar yer almaktadır.
- ✓ Yataklı servislerde hemşirelerin de en fazla endişe ettiği husus şiddettir. Şiddete ek olarak, dar çalışma alanı, ergonomik olmayan koşullar, çalışan sayısının yetersizliği, 24 saatlik nöbetler vb. sorunlar yer almaktadır.
- ✓ Acil servislerde en büyük tehlike fiziksel ve sözel şiddettir. Şiddetin yanında çok fazla hasta ve insanla muhatap olmanın sonucunda enfeksiyon hastalıklarının bulaşması ikinci sıradadır.
- ✓ Ameliyathane çalışanlarının tümü enfeksiyon tehlikesinden bahsetmiştir. Buna ek olarak yetersiz havalandırma, aydınlatmanın ve anestetik gazların tehlikesinden de söz edilmiştir.
- ✓ Fizik tedavi ünitesinde fizyoterapist en büyük tehlikeyi havasızlık olarak tanımlamıştır.
- ✓ Tüm bunlara ek olarak her birimde çalışan personeller şiddet ve enfeksiyon tehlikesine ek olarak, baş, boyun ve sırt ağrıları gibi fiziksel sorunlarından yakınmıştır. İş yerlerindeki şiddet olaylarının iş kazası olarak değerlendirildiğine değinilmiştir(Akgün, 2015). Akarsu 'nun çalışmasından yola çıkarak sağlık çalışanlarının en fazla yaşadıkları ve yaşamaktan korktukları iş kazasının şiddet olduğu söylenebilir. Kesici- delici alet yaralanmaları sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iş kazalarının yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Bu yaralanmalar en fazla enjektör kapağının kapatılması esnasında, ameliyat sırasında, hasta tedavilerinin hazırlanması sırasında ve atıkların toplanması esnasında meydana gelmektedir (Akgün, 2015).

Tablo 2.5. Sağlık çalışanlarının iş kazaları ve yüzdeleri (Tunç, 2013)

İş Kazası	Oran
Kimyasal madde ve ilaç maruziyeti	%26
Kan ve vücut sıvıları ile temas	%19
Kesici ve delici alet yaralanması	%17
Şiddet	%12
Alerjik reaksiyonlar(Lateks vb.)	%5
Kas iskelet sistemi yaralanmaları	%4
Zehirlenmeler	%3
Diğer Kazalar	%14

2.2. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Memnuniyeti

Ülkemizde 2003 yılından beri her yıl yaşam memnuniyeti TÜİK tarafından ölçülmektedir. TÜİK tarafından memnuniyet “*İhtiyaçların ve isteklerin karşılanmasından doğan tatmin duygusu*” şeklinde tanımlanmıştır (TÜİK, 2021). Yaşam memnuniyeti ise kişinin hayat kalitesi olarak vardığı olumluluk derecesidir. Yani aslında yaşam memnuniyeti insanların kendi hayat kalitesine öznel bir değer biçme durumudur (Kahyaoğlu,2008). Memnuniyet olgusu sağlık sektöründe gittikçe önem kazanmaktadır(Vural vd., 2012).

Vural vd. (2012) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı yaşam memnuniyeti ile ilgili bir araştırmada, sözel veya fiziksel şiddete maruz kalan çalışanlarda, hizmet içi eğitimlere katılmayanlarda, işi bırakmayı düşünenlerde ve işle ilgili konularda fikirlerinin alınmadığını düşünen kişilerde yaşam memnuniyeti düşük bulundu. Yine aynı çalışmada iş yaşamıyla ilgili konularda çalışanların fikirlerinin alınmasının onların iş performansını arttıracığının altı çizilmiştir.

Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) yaptığı bir çalışmada, araştırmanın yapıldığı kurumdaki çalışanların çoğu, çalıştıkları birimi kendileri seçtiğini, mesleğini severek yaptığını ve kurum içerisinde başarılarının fark edildiğini ifade etmiştir. Bu çalışmada çalışanların yaşam memnuniyeti düzeyi yüksek, depresyon ve tükenmişlik sendromu düşük çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının iş hayatından ve özel hayatında desteklenmeleri yaşam memnuniyeti düzeyini arttırmaktadır (Özaydın ve Güdük, 2021).

2.3. Stres

Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal olarak sınırlarını zorlayan durumlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Organizmayı zorlayan durumlara karşı canlı kendini korumak ve duruma uyum sağlamak için bir takım tepkiler oluşturur. Bu tepkiler “*savaş veya kaç*” adı verilen yanıtlardır. Yani canlının karşılaştığı durum başa çıkabileceği bir durum ise savaşır; başa çıkamayacağı bir durum ise kaçar ve böylece stres etkenine bir şekilde uyum sağlamış olur (Baltaş ve Baltaş,2016).

Stres canlının bütün dengelerini tehlikeye atan psikolojik ve fizyolojik bir etken olarak tanımlanabilir. Stres nedeni yaşanmış bir olay, durum veya başka bir birey olabilir ve kişi bu durumdan kaçınmak ya da bu etkeni en aza indirmek için bir yanıt oluşturmalıdır (Güneş ve Düzgün,2004). Selye (1930) stresi, “organizmanın herhangi bir etkene spesifik olmayan tepkisi” olarak tanımıştır. Onun tanımından önce stres; “kişinin iyilik halini ve stressiz durumu bozan karşıt güç” olarak biliniyordu. Selye’ nin tanımı günümüzde hala yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Selye’ ye göre stresin üç aşaması vardır; genel uyum sendromu, alarm tepkisi ve savaş veya kaç tepkisi (Goldstein and Kopin, 2007). Tüm bu tanımlamalardan sonra stres, “canlının kendisinden veya bulunduğu çevreden kaynaklanan bir takım etkenler sebebiyle davranışsal veya fiziksel bir değişikliğe uğraması ve bu değişiklikler sonrasında da canlıda önce psikolojik devamında da fizyolojik sonuçlar doğuran güç” şeklinde tanımlanabilir (Gümüştekin ve Öztemiz, 2004).

Selye uzun süreli stresin fizyolojik ve ruhsal hastalıklara yol açabileceğini öne sürmüştür. Bu ihtimal günümüzde yaygın biçimde kabul edilmektedir (Goldstein and Kopin, 2007).

2.3.1. Stresin Aşamaları

Hart (1990) stresi üç aşamada değerlendirmiştir:



Şekil 2.1. Stresin Aşamaları (Hart, 1990)

Ani Stres Tepkisi: Stresin birinci aşamasıdır. Bu aşamada ani biyolojik tepkiler yer almaktadır. Bu tepkilere kan basıncının ve adrenalinin yükselmesi örnek verilebilir.

Erken Uyarı Sinyalleri: Stresin ikinci aşamasıdır. Bu aşamada canlının organizmasında bazı erken uyarı sinyalleri meydana gelir. Bu sinyallere; baş ağrısı, diş gıcırdatma, kas iskelet sistemi sorunları ve çenenin kilitlenmesi örnek verilebilir.

Uzun Dönem Etkileri: Stresin son aşamasıdır ve bu aşamada ciddi fizyolojik rahatsızlıklar görülmektedir. Uzun süren stres durumu kişide çarpıntıya, ülser, damar tıkanıklıklarına ve inmeye neden olabilmektedir (Hart, 1990).

Stresin neden olabileceği diğer sağlık sorunları ise şu şekildedir (Karafil, 2022):

- Anksiyete, depresyon ve çeşitli kişilik bozuklukları,
- Toplumdan ve sosyal çevreden geri çekilme,
- Kardiyovasküler sistem problemleri ve felç gibi ciddi sorunlar,
- Adet düzensizlikleri,
- Saç dökülmesi ve cilt problemleri,
- Gastrit gibi sindirim sistemi problemleri.

2.3.2. Stres Türleri

Stres mutlaka bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Strese neden olan durum ve stres durumunda ortaya çıkan belirtiler kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Stres türleri ise şu şekildedir (Köse, 2013) :

- **Akut Stres:** Ani ortaya çıkan bir olay (örneğin bir saldırı gibi) sebebiyle oluşan stres durumudur.
- **Subakut Stres:** Belirli bir süre içinde meydana gelen sıkıntılı olaylar dizini neticesinde meydana gelen stres durumudur.
- **Kronikleşme Sürecinde Stres:** Değişik aralıklarla devamlı stres yaşanması durumunda ortaya çıkar.
- **Kronik Stres:** Daima stres etkenlerine maruz kalma ve stres yaratan olaylar yaşama sonucu görülen streştir.

2.3.3. Stresin Belirtileri

Stres durumunda çoğunlukla, yaşamsal, kişisel, fizyolojik ve psikolojik belirtiler görülmektedir. Stres belirtileri bahsedilen nedenlere ve aşamalara göre değişkenlik gösterse bile kendine has bir takım belirtileri bulunmaktadır.

Braham'a (1998) göre stresin belirtileri şunlardır;

Fiziksel Belirtiler: Uyku düzensizlikleri, baş ağrıları, kas iskelet sistemi sorunları, cilt problemleri, sindirim sistemi sorunları, çenede kasılmalar ve diş gıcırdatmaları, ülser, hipertansiyon, kalp krizi, aşırı terleme, iştahsızlık ve enerjide azalma.

Duygusal Belirtiler: Kaygılı ruh hali, çok ağlama, depresyon, ani duygusal değişimler, sinirlilik, güven duygusunda azalma, öfke patlamaları ve saldırganlık, aşırı sinir ve tükenmişlik duygularının artması.

Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyon bozuklukları, zihin bulanıklığı, hafızada azalma, unutkanlık, hayalperestlik, neşenin azalması, çok fazla hata yapma, iş performansında ve kalitesinde düşüş ve muhakeme yeteneğinin zayıflaması.

Sosyal Belirtiler: İnsanlarla buluşmalara gitmemek, aşırı savunmacı tutum ve suçlayıcı tavırlar, güven problemleri, insanları rencide etmek ve onlarda hata bulmaya çalışmak, insanlarla iletişimi kesmek ve pek çok insana küs olmak.

Normal zamanlar haricinde kişide bu belirtiler çok görülürse stresin var olduğu düşünülmelidir. Bu durumu kontrol altına almada en önemli şey stresli olduğunu bilmek ve kabul etmektir. Bunun ardından kişi kendi fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal tüm yönlerini iyi belirlemeli ve normalin dışında değişiklik olup olmadığını analiz etmelidir. Bunları tespit ettikten sonra bu etkenlerle başa çıkma yollarını aramalı ve uygulamalıdır

2.3.4. Örgütsel Stres Kavramı

Strese neden olan faktörleri incelediğimiz zaman, stres etkeninin kişi ile veya aile yaşantısı ile ilgili olabildiği gibi çalıştığı iş ile ilişkili de olabildiğini görmekteyiz. Çalışılan işle ilgili bu stres etkenleri örgütsel stresi doğurmaktadır. İş yaşamının stresli olduğu bilinen bir gerçektir. Her iş, doğası gereği strese neden olabilmektedir. Bunun nedeni tüm çalışma alanlarının bir dizi gerekliliklerinin olmasıdır. Bu gereklilikler bireyde strese yol açabilmektedir (Köse, 2013).

Köse (2013), örgütlerde çalışan bireylerle yaptığı görüşmeler ve çalışmalar sonucunda örgütsel stres kaynaklarına ilişkin bir tablo oluşturmuştur

Tablo 2.6. Örgütsel Stres Kaynakları (Köse, 2013)

Rol belirsizlikleri ve rol çatışmaları	Yetersiz iş tatmini
Gürültü ve yetersiz havalandırma	İş yerine adaptasyonunun olmaması
İş yerinin eve uzak olması	Uzun mesai saatleri
Bireyin aynı anda birden fazla birimde ve görevde yer alması	Kıskançlık
Çalışanın görevi konusunda yetersiz olması	Kişiler arası yapılan habersiz görev değişiklikleri
Yoğun iş temposu	Çalışma yaşamına alışamamak
Düşük ve vaktinde alınamayan maaşlar	Baskıcı yönetici
Gergin yönetici	Çalışan ile yöneticinin yetersiz iletişimi
Ekip çalışanlarının kültürel farklılıkları	Çalışanların öfke problemi yaşamaması
Verilen işin kapasitenin altında olması	İş giysilerinin aynı tip olması
Olaylara çözüm geliştirememesi ve yoğun duygusal davranışlar	İşini kaybetme korkusu
İş yükünün az veya fazla olması	İzin kullanırken problem yaşanması
Eksik iş ekipmanları	Gergin müşteriler

Kreitner ve Kinicki'ye (1989) göre örgütsel stres kaynakları şunlar olabilmektedir:

- Grup birlikteliği,
- Gruplar arası çatışma,
- Örgütsel iklim,
- Örgütsel dizayn.

En sık karşılaşılan örgütsel stres kaynakları; terfi edememe, rütbenin düşürülmesi, çalışma şartlarının değişmesi, yönetici ve çalışan kaynaklı sorunlar, uzun çalışma süreleri, rutin bir iş olması, çalışma ortamının dizaynına ilişkin sorunlar, rol çatışmaları, iş yükünün fazla veya az olması, katı kurallar, ücretin adaletli olmaması, işe yeni bir çalışma biçiminin veya teknolojik bir aletin getirilmesi vb.'dir (Perrewe and Victory,1988; De Frank and Ivancevich, 1998).

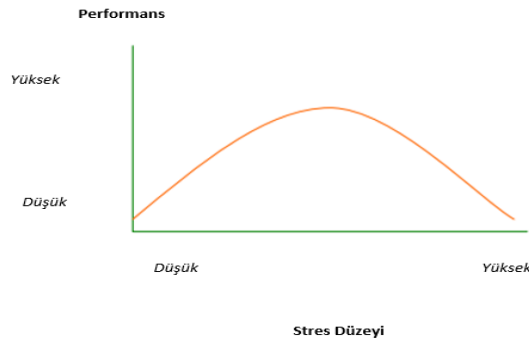
Stres durumunda çoğunlukla, yaşamsal, kişisel, fizyolojik ve psikolojik belirtiler görülmektedir. Tıp alanındaki çalışmalar örgütsel stresin epidemik vakalara dönüşebileceğini ileri sürmüştür (Schuler,1980).

2.3.5. Örgüt Dışı Stres Kaynakları

Maddi sıkıntılar, ailevi problemler ve sosyolojik değişimler genel olarak örgüt dışı stres kaynakları olarak ortaya çıkmaktadır (Gökdeniz,2005). Çalışanların iş yaşamı dışında bir de sosyal yaşamında stres kaynakları bulunmaktadır. Toplumun kişiden beklediği davranış ve işler o kişide bir baskı hissedilmesine yol açabilmektedir. Bu baskı kültürel ve geleneksel yollarla da olabilir yasal yollarla da olabilir. Bu durum da bireylerde stresin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Başaran, 1982). Yağar'ın (2022) yaptığı çalışmaya göre örgüt dışı stres kaynakları; toplumda ve teknolojiye meydana gelen değişiklikler, aile yapıları, ekonomik koşullar, büyük ve kalabalık kentte yaşamak vb.'dir. Bu etkenlerin yanında bireyin kişilik yapısı, sağlığı, aile yaşantısı, yaşı ve yaşam stili de bireysel stres kaynakları olarak karşımıza çıkmaktadır. Stres bazı bireylerde olumlu etki oluştururken bazı bireylerde de nötr bir etkiye neden olabilmektedir (Yağar, 2022).

2.3.6. Stres Yönetimi Kavramı

Stres yaşanması durumunda, durumu veya belirtileri değiştirmeye çalışmak, stresle baş etmeye çalışmak ve bireyin hayat standartlarını yükseltme çabasına stres yönetimi denir (Güçlü, 2001). Stresin, iş görenlerin çalışma performansında ve kalitesinde ciddi etkisi vardır. Stresli bireylerin performansı düşmektedir. Çalışanların verdiği hizmetin kalitesini arttırmak için stres etkenlerinin azaltılması ve stresten kaynaklanan rahatsızlıkların tedavi edilmesi oldukça önemlidir (Hart, 1990).



Şekil 2.2. Stres Düzeyi – Performans İlişkisi(Hart, 1990)

Şekilde görüldüğü üzere stres, çalışanın performansını belirli bir noktaya getirmede olumlu bir etkiye sahiptir. Az miktardaki stres bireylerin başarıya odaklanması ve özendirilmesi açısından faydalıdır. Stres arttıkça performansın da bir noktaya kadar arttığı şekilde görülmektedir. Ancak stresin artması ile performansın azalmaya başladığı bir kırılma noktası vardır. O noktadan itibaren artık çalışanda stresin biyolojik, davranışsal, ruhsal ve sosyal belirtileri görülmeye başlanır. Bu belirtileri taşıyan kişi, işini verimli ve kaliteli bir şekilde yerine getiremez hale gelir ve iş performansı düşer. Çalışanın performansının düşmesi de onun ekstra üzüntü yaşamasına neden olur. Stres düzeyinin yüksek olması kişinin tükenmeye başlamasına neden olur. Bu aşamadan sonra çalışan yorgun hissedeceği için daha çok enerji sarf edip daha az çalışmaya başlar. Tüm bunlara ek olarak çalışanda stresin zihinsel etkileri de var olduğundan alınan kararlarda yanlışlar ortaya çıkar (Hart,1990).

Bir başka çalışmaya göre stres yönetimi üçlü bir yaklaşımla yapılabilir;

Birinci adım: İlk olarak amaç stres etkenini ortadan kaldırmaktır. Stres kaynağını ortadan kaldıracak müdahaleleri içerir.

İkinci adım: Bu adımda amaç çalışanlara stres belirtilerini öğreterek onların belirtileri tanınması ve kendilerinde var olup olmadığını bireysel düzeyde test ederek anlamlandırmalarını sağlamaktır. Bu sayede eğitim verme yoluyla bireylerde baş etme stratejilerini geliştirilmiş olur.

Üçüncü ve son adım: Bu adımda artık ortaya çıkan belirtilere yönelik hareket edilmektedir. Burada gaye, stres belirtilerini taşıyan bireylere yönelik rehabilitasyonu sağlamaktır (Yağar, 2022).

Bireyin kendisi ile ilgili olan stres etkenini azaltmada fayda sağlayabilen bireysel stratejiler; fiziksel egzersiz ve solunum egzersizleri, meditasyon, biyolojik dönüt, gevşeme, çevreden destek alma, beslenmenin düzenlenmesi, çeşitli etkinliklere katılma(spor, kültürel, sosyal), dini yönelimler(dua, ibadet vb.) ve zaman yönetimi faydalı olabilir (Pehlivan, 1995).

2.3.7. Sağlık Sektöründe Stres

Stres tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de çalışanların psikolojisini ve iş verimini etkileyen önemli bir olgudur. Sağlık sektörü mevcut hastalıkların tedavi edildiği kurumlar olması nedeniyle, sağlık bakım profesyonelleri stres altındaki bireylere sağlık bakım hizmeti vermek durumundadırlar. Her bireyin kendine özgü yaşamında stres kaynakları bulunmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri kendi günlük yaşamlarındaki strese ek olarak stres altındaki bireylere bakım verdikleri için yaşadıkları stres durumu katlanarak artmaktadır. Özellikle sağlık bakım profesyonellerinde bazı görevlerin kesin sınırlarla birbirinden ayrılmaması çalışanların iş yükünü arttırabilmektedir. Bu da iş kaynaklı stresin artmasına neden olabilmektedir. Sağlık kuruluşlarına başvuran her birey söz konusu sağlık olduğu için azami özen, dikkat ve güler yüz beklemektedir. Ancak sağlık bakım profesyonelleri zaten stres altında çalıştıkları için ve stresli bireylere bakım hizmeti sundukları için her hastaya bu dikkati gösterememektedirler.

Örgütsel stresin nedenleri incelendiğinde (Tablo 2.6.) çoğunlukla bireyin dışında gelişen durumlar olduğu görülmektedir. Bu noktada yöneticilere büyük rol düşmektedir. Çini vd. (2021) COVID-19 salgını sürecinde Konya ilinde özle hastanelerde çalışan sağlık çalışanları üzerinde iş stresi ile ilgili bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmaya göre COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarında sırasıyla mobbing, çalışma saatleri, yoğun tempo ve aşırı iş yükü, maaş, çalışan personellerin yetersizlikleri ve sorumsuzlukları, aile ilişkileri ve sosyalleşme, İK(insan kaynakları) ve ekipman eksikliği, hastalanma endişesi, belirsizlik ve ölüm riski, terfi vb. ayrıcalıklar, hastaların tutum ve davranışları ve meslek saygınlığı gibi etkenler iş stresine neden olmuştur. Sağlık sektöründe çalışanların yaşadıkları yüksek stres çalışma performansını düşürmektedir. Verimli çalışmayan personeller organizasyon performansını da düşürmektedir. Stresiz ve mutlu çalışan bireylerin motivasyonun yüksek olacağı ve işe daha iyi odaklanacakları unutulmamalıdır. Bu iyi hal çalışanların yaratıcılığını, ekip ruhunu ve problem çözme becerilerini arttırmaktadır (Çini vd., 2021).

Hem çalışanların stres durumunun azaltılabilmesi için hem de hasta ve hasta yakınlarının kaliteli bir hizmet alabilmesi için bu stres kaynaklarının en aza indirilmeye çalışılması gerekmektedir (Çini vd. 2021).

Sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu etkileyen tüm olgular gibi stresi de azaltmak veya yok etmek için ilk yapılması gereken altta yatan nedeni bulmaktır. Daha sonraki yaklaşımlar da bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır. Yine aynı çalışmada “*ekip çalışması ve ruhu*” iş stresini düşüren bir etken olarak tespit edilmiştir. Bu yüzden sağlık çalışanlarının psikolojik iyi halinin sürdürülmesi için alınması gereken tedbirler sağlık kurumları tarafından yerine getirilmelidir. Çalışanlara zaman yönetimi, stres yönetimi ve kriz yönetimi konularında eğitimler verilerek stres düzeyi en aza indirilmelidir (Çini vd. 2021).

Çalışanların görev tanımlarının net yapılması, çalışanın kapasitesinin üzerinde veya altında görev verilmemesi, herhangi bir çalışanın kayırılmaması, adaletli ve yeterli ücret dağıtımı, ergonomik koşulların düzeltilmesi, baskı kurmamak ve çalışanları işin yetişmesi konusunda germemek, uygun mola saatleri ve çalışanların motivasyonunu arttıracak etkinlikler yapılması örgütsel stres kaynaklarını azaltmaya yardımcı olabilir.

2.4. Anksiyete

Anksiyete, Hint-Germen kökenli “*angh*” kelimesinden türemiştir ve “sıkıca bastırmak, sıkıntı ve tasa” anlamlarına gelmektedir. Anksiyete kelimesi farklı yerlerde endişe, kaygı ve korku gibi kelimelerle aynı anlamda kullanılıyor. Ancak anksiyete bu kelimelerden daha farklı bir anlam taşımaktadır. Çoğu zaman endişe ve kaygı anksiyete yerine kullanılsa bile aslında bu iki kavram anksiyetenin bilişsel göstergeleridir. Korku ise açık bir tehlike veya tehdide karşı oluşan tepkidir ve Yunan kökenli “*phobos*” kelimesinden gelmektedir (Curtis et al.,1998). Anksiyete, muhtemel ve yaklaşmakta olan olumsuz durumlara karşı hazırlık ile ilgili geleceğe yönelik bir ruh halidir (Barlow, 2004).

Anksiyete günlük yaşamda kaygı, bunaltı veya sıkıntı kelimeleri ile ifade edilmektedir. Kişiyi zarar verecek olay, durum veya bir uyarıcı olduğunda ya da olmuş gibi hissedildiğinde kişinin vücudunun. Canlılığın devamlılığının sağlanması için bu tepkilerin verilmesi önem arz etmektedir (Url14, 2022).

Psikolog, psikiyatrist ve psikofizyologlar anksiyetenin davranış üzerindeki etkisini çok eskiden beri bilmektedir. Anksiyete de tıpkı acı çekmek gibi insanın hayatta kalması için önemli bir etkidir(Tuma and Maser,2019). Anksiyete, varlığın sürdürülmesi sürecinde veya kişiye yönelik bir tehlike ihtimaline karşı kişiyi gerekeni yapması için harekete geçiren hislerdir(Öhman, 2008). Fakat anksiyete hissi fazla olursa görevini yerine getirmek yerine kişiyi tehlikeye atar (Url14, 2022).

Normal anksiyete canlının bir çeşit savunma biçimidir ve bir tehlike algılandığında canlıyı korumak için ortaya çıkar. Ancak herhangi bir gerçek tehdit olmadan varmış gibi hissedilerek endişe duyulursa o zaman patolojik anksiyeteden söz etmek gerekir (Uzbay, 2002).

Anksiyete patolojik durumda da olabilir normal düzeyde de olabilir. Bu bağlamda anksiyeteye neden olan etkene ve bireyin olay ya da duruma verdiği tepkiye bakılmalıdır. Yani ailesi veya sevdiği bir nesne ile tehdit edilen bir çocuğun anksiyete yaşaması normaldir. Okulun ilk günü, yaşlanan bireyin ölümü düşünmesi veya hastalanan insanların hastalığı ile yüzleşmeleri gibi durumlarda bireylerin anksiyete ve bunlara ek olarak insanların büyürken veya bilmedikleri şeyleri deneyimlerken kendi benliğini bulabilmesi açısından anksiyete deneyimlemesi normaldir. Ancak patolojik anksiyete, tüm bunların aksine normalde anksiyeteye sebep olmayacak durumlarda bile kişide anksiyete oluşmasıdır(Özakkaş,2014). Patolojik anksiyete ciddi ve tedavi gerektiren bir durumdur (Uzbay,2002).

2.4.1. Anksiyete Bozukluğu Kavramı ve Anksiyete Bozukluğu Türleri

Anksiyete bozukluğu, temel olarak hissedilen tehlide karşı uygunsuz bir yoğunlukta ve sürede anksiyete duygularının hissedilmesidir(Akdemir, 2015). Anksiyete psikolojik bir rahatsızlıktır. Normal yaşamda dönem dönem anksiyete deneyimlemek olağandır. Çünkü yaşadığımız olaylardan ara sıra endişe edebiliriz veya maddi manevi kaygılar yaşayabiliriz. Ancak günlük hayattaki bu anksiyete yoğun bir şekilde hissediliyorsa ve aşırıya kaçırıyorsa artık patolojik bir olgudan bahsedilebilir. Anksiyete bozukluğu yaşayan bireyler devamlı ve yoğun biçimde endişelidir (Url1, 2022).

Panik olunmayacak durumlarda bir panik hali söz konusudur. Bu endişe duygusundaki yoğunluk kendini panik atak olarak da gösterebilir (Url1, 2022).

2.4.2. Anksiyete Bozukluğu Türleri

Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu: Herhangi bir sebep olmadığı halde yoğun endişe duyulması.

Panik Atak: Ani ve beklenmedik bir korkunun sonucunda kişi göğsünde ağrı hissedebilir. Göğüs ağrısına aşırı terleme ve taşikardi de eklenir, bu da kişinin kalp krizi geçiriyormuş gibi hissetmesine neden olur.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Bireyin sosyal yaşamında diğer insanların kendisi ile dalga geçmesi sonucunda bireyde endişe ve stres yaşaması haline denir (Url1, 2022).

Belirli Fobiler: Belirli bir olaya veya bir şeye karşı duyulan yoğun korkudur. Yükseklik korkusu buna bir örnektir. Böyle bir korkuya sahip insanlar yüksek katlı evlerde oturmaktan kaçınırlar.

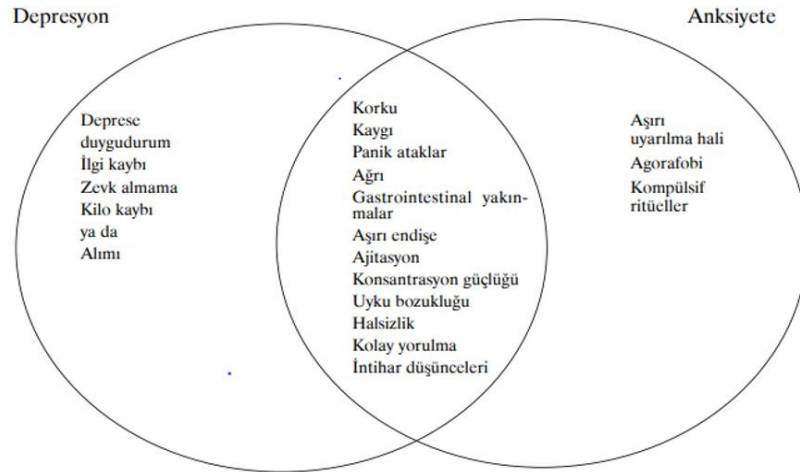
Agorafobi: Kalabalık alanlarda herhangi bir acil durum olması halinde kişinin hareket edemeyeceğini ya da hareket kısıtlılığı olacağını düşünerek korku duymasıdır.

Ayrılık Kaygısı: Kişinin sevdiği insanlardan ayrılma konusunda yoğun bir endişe duyabilirler. Bu durum ayrılık kaygısı olarak adlandırılmaktadır.

Seçici Dilsizlik: Çocuklarda konuşma problemi olmamasına rağmen toplum içerisinde konuşamayabilir. Ailesinin yanında konuşup topluluk içinde konuşamayan bu çocuklar için seçici dilsizlik terimi kullanılmaktadır (Url1, 2022).

2.4.3. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete ile depresyon arasında belirti anlamında ciddi benzerlikler vardır. Bununla birlikte ikisi sıklıkla aynı anda görülmektedir. Depresyon ve anksiyetenin ortak ve farklı belirtileri aşağıda şekil 2.3'te verilmiştir.



Şekil 2.3. Depresyon ve anksiyetenin ortak ve farklı belirtileri (Türkçapar, 2004)

Fiziksel belirtiler; Yüksek veya düşük tansiyon, baş ve vücut ağrıları, baş dönmeleri ve nefes darlıkları, bulantı ve kusmalar, ekstremitelerde titreme ve gergin kaslar, uyku bozuklukları ve idrara çıkmada artış(Url2, 2022).

Ruhsal belirtiler; Hızlı öfkelenme ve sakinleşmede zorluk, sürekli kötü bir şey olacaktı gibi hissetme ve ölüm korkusu (Url2, 2022).

2.4.4. Anksiyetenin Nedenleri

Anksiyete bozukluklarının üç bileşeni vardır. Bunlar; duygusal, bedensel ve düşünseldir. Yani bireyin kişilik yapısının yanında çevresel etkenler de büyük rol oynamaktadır. Sosyal ilişkilerde sorunlar olması da anksiyete sebebidir. Ergenlik döneminden önce yaşanan olaylar anksiyeteyi önemli ölçüde etkilemektedir (Url2, 2022). Pek çok ruhsal rahatsızlıkta olduğu gibi anksiyetenin de ortaya çıkmasında ailesel yatkınlık önemlidir.

Anksiyete yaşamaya karşı yatkın olan kişilik özellikleri arasında; Yapısal olarak titiz olmak ve evhamlı olmak, sık sık travmatik olaylar (sağlık problemleri, ani ölümler vb.) yaşamak, güvensiz bağlanma özelliğine sahip olma, toplumda travmaya sebep olacak olayların olması (ekonomik kriz, doğal afetler vb.), katı düşünce yapısına sahip olma vardır(Url2, 2022).

2.4.5. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete

Günlük kullanımda anksiyete kelimesi kaygı anlamına gelmektedir. Anksiyete sağlık kurumlarına başvuran her bireyde hastalık nedeniyle vardır. Hastane ortamında bulunmak anksiyete yaşamak için yeterli bir sebep olarak görülmektedir. Sağlık bakım profesyonelleri sürekli olarak bu kurumlarda çalıştıkları için ve anksiyete yaşayan bireylere hizmet verirler. Barlow' un (2004) tanımında da olduğu gibi anksiyete geleceğe yönelik muhtemel olumsuzluklar nedeniyle de ortaya çıkabilir. Pandemi sürecinde sağlık bakım profesyonellerinin gelecekte bu virüsü kapıp kapmayacakları, kaparlarsa nasıl atlatacakları veya kaparlarsa ailelerine bulaştırıp bulaştırmayacakları konusunda oldukça endişe duymaktadır. Geleceğe yönelik bu korkular çalışanların anksiyete düzeyini arttırmıştır.

Anksiyete ciddi boyutlarda olmadığı sürece günlük hayatta motive olabilmek açısından yaşanabilir. Bireyler görevlerine daha ciddiyetle yaklaşabilir ve daha kaliteli hizmet sunabilir. Ancak ciddi boyutlara ulaşırsa günlük hayatı ve iş hayatını etkileyecek duruma gelebilir. Bu noktada anksiyetenin patolojik bir düzeyde mi olduğu yoksa normal bir seyirde mi olduğunu saptamak önemlidir (Url2, 2022). Türk Psikiyatri Derneği'ne göre pandemi döneminde sağlık çalışanlarında kaygı yaşanmasının nedenleri şunlardır:

Tablo 2.7. COVID-19 Döneminde Artan Sıkıntı Hissinin Nedenleri (Url4, 2022)

-Bakım taleplerinde meydana gelen artma ve zorlayıcı şartlar	Bu süreçte çok fazla insan hastalık nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuracağı için sağlık çalışanları yetersiz kalabilir. Sağlık çalışanlarının enfekte olması, kronik hastalıkları nedeniyle yüksek risk grubunda olması veya enfekte olan aile-akrabalarına bakım uygulamak zorunda olması nedenleriyle çalışamayacak duruma gelebilir.
- Sürekli enfeksiyon riski	Salgına yakalanma, ekip arkadaşlarına, aile ve akrabalara bulaştırma riski devamlı bulunmaktadır.
-Ekipman zorlukları	Ekipmanlar rahatsızlık verebilir. Hareketi ve iletişimi sınırlandırabilir. Bazı ekipmanların faydası bilinmeyebilir. Ve endişe sebebiyle aşırı kullanılmış ekipmanlar ekipman yetersizliğine neden olabilir.
-Tıbbi bakımın yanı sıra ruhsal destek sağlamak	Sağlık çalışanları için bu korkutucu hastalığa yakalananlara ruhsal destek vermek ve bu süreci yönetmek zorlayıcı olabilir.
Salgın ortamlarında ruhsal sıkıntı	Yardıma muhtaç insanlara yardım etmek herkese iyi gelebilir fakat bu sıkıntılı ortamda çalışanlar uykusuzluk, hayal kırıklığı, endişe, korku ve tükenmişlik yaşayabilirler.

Viral yük arttıkça hastalığın seyri de kötüleşmektedir. Sağlık çalışanlarının viral yükü de fazla olduğundan hastalığa yakalanan personeller diğer bireylere göre daha şiddetli geçirmektedir. Aynı zamanda belirti vermeden virüsün taşınması ve bulaşması da mümkün olduğundan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyi artmıştır (Khanna vd., 2020). Salgın döneminde artmış olan ve tahmin edilemeyen bir iş yoğunluğu ile beraber, kendisi hakkında çok fazla bilinmezlik olan hastalığın bulaşma ihtimali durumu daha da zorlaştırmıştır (Zhang vd., 2020). Şahin vd. (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre sağlık çalışanlarının çocuklarında, sağlık çalışanların COVID-19 enfeksiyonu geçirmesinden bağımsız olarak anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır. Vardiyalı çalışanlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku bozukluğu, tükenmişlik ve stres algısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Geniş vd., 2020).

Salgın döneminde alınması gereken en önemli tedbirlerden birisi sağlık çalışanlarının korunmasıdır. Sağlık sektörünün devamlılığı, hizmetin yürütülebilmesi ve yeteri kadar insanın çalışmaya devam edebilmesi için bu sektörün çalışanlarının ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi önem arz etmektedir. Bu da hem çalışanların iyilik halini koruyacak hem de sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramadan sunulmasını sağlayacaktır (Ataç vd., 2020).

Sağlık çalışanlarının psikolojik hastalıklar yaşamasını önlemek amacıyla, onların hastalığa karşı nasıl korunacaklarına dair eğitimler verilmesi, ekipmanların sağlanması ve nasıl kullanmaları gerektiği ile ilgili eğitimler verilmesi önemlidir. Ayrıca olumlu liderlik çalışmaları ile bu rahatsızlıklar önlenmeye çalışılmalıdır (Karaman, 2021).

2.5. Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik ile ilgili ilk tanım New York’lu psikanalist Freudenberger (1974) tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucu bireylerin iç kaynaklarında oluşan tükenme durumu” şeklinde yapılmıştır. Daha sonra 1981 yılında Maslach ve Jakson tükenmişliği, “Özellikle insana hizmet verilen meslekleri icra edenlerde görülen duygusal tükenme ve sinizm sendromudur. Tükenmişlik sendromu, yoğun stres altında çalışan bireylerde meydana gelen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma isteği ile oluşan durumudur” şeklinde ifade etmiştir. Esasında bu davranışların altında yabancılaşma duyguları yer almaktadır (Url13, 2022).

N Human Danışmanlık' ın (2022) raporuna göre; Dünya Sağlık Örgütü tükenmişliği “kronik stresten kaynaklanan bir sendromdur” şeklinde tanımlamıştır. Kişinin mesleği ne olursa olsun veya tükenmişliğin nedeni ne olursa olsun ortak bir duygudur. Mesleki tükenmişlik insan sağlığında bozulmaya neden olabilir, ancak DSÖ bu durumu tıbbi bir sorun veya zihinsel bir bozukluk olarak ele almamaktadır (Url9, 2022).

Tükenmişlik, yönetilmemiş stres dolayısıyla meydana gelmektedir (Özveren, 2021).

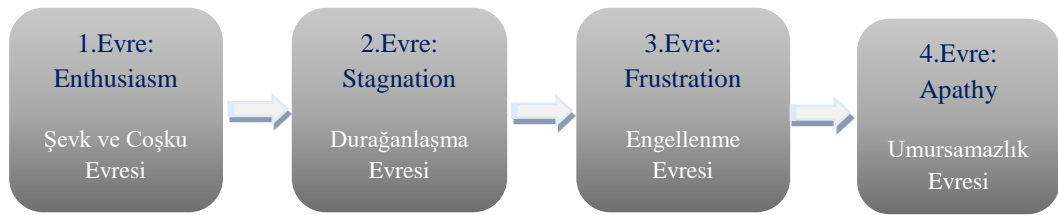
Tükenmişlik sendromunda duygusal tükenme hissi artmaktadır. Bireyler duygusal kaynaklar tükendikçe psikolojik açıdan kendilerini işe veremez hale gelirler. Bir başka önemli nokta da hizmet verilenlere karşı alaycı davranışların oluşmasıdır. Diğer bir husus, müşterileriyle ilgili olumsuz, alaycı tutum ve duyguların gelişmesidir. Bu tarz olumsuz davranışlar duygusal tükenme deneyimiyle bağlantılı olabilir, yani tükenmişliğin bu iki yönü biraz ilişkili görünmektedir (Maslach and Jackson,1981).

Tükenmişlik sendromu ile alakalı araştırmalar incelendiğinde, tükenmişliğin iki temel modeli olduğunu söylemek mümkündür; Maslach Modeli ve Golembiewski Modeli. Maslach modelinde önce duygusal tükenme gelişir ardından duyarsızlaşma bir savunma mekanizması olarak oluşur ve son olarak da birey duyarsızlaştığından kendini başarısız hisseder. Golembiewski' ye göre de ilk etapta duyarsızlaşma başlar ardından kişi kendini başarısız hisseder ve son olarak duygusal tükenme gelişir. Bakış açıları birbirinden farklı olsa da iki modelin birini tamamladığını söylemek mümkündür (Özveren, 2021).

Maslach'a göre tükenmişliği etkileyen en önemli etkenlerin başında aşırı iş yükü gelmektedir (Özveren, 2021). COVID-19 salgının öngörülemezliği ve halihazırda enfeksiyona yakalanmış sağlık profesyonellerinin endişe veren oranları, bu sektörde çalışanların psikolojik durumunu oldukça etkilemiştir. Sağlık sektöründe çalışanlarda tükenmişlik sendromu, salgın öncesi dönemlerde de ciddi bir problemdi ve pek çok ülkede halk sağlığı krizi olarak kabul edilmekteydi. Salgın tüm dünyada yayılırken bu sektörün çalışanları daha önce hiç olmadığı kadar kendi sağlıklarını tehlikeye atmış durumdadılar (Url8, 2022).

Araştırmalarda tükenmişlik sendromunu ölçmek amacıyla sıklıkla 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekte 22 soru bulunmaktadır. Sorular kendi arasında, tükenmişliğin alt boyutları olan duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliğini ayrı ayrı ölçmek için üç farklı şekilde oluşturulmuştur. Soruların 8'i kişisel başarıyı, 7'si duygusal tükenmeyi ve 7'si de duyarsızlaşmayı ölçmektedir (Özveren, 2021). Çalışmamızda da bu ölçek kullanılmıştır.

2.5.1. Tükenmişlik Sendromunun Evreleri



Şekil 2.4. Tükenmişlik Sendromunun Evreleri(Düzyürek ve Ünlüoğlu, 1992 ; Fawzy et al., 1991)

1. Evre: İlk aşamada kişide ciddi bir enerji artışı vardır. İş hayatına dair yüksek bir umut söz konusudur. Mesleki beklentiler fazladır. Kişi iş yaşamının tüm zorluklarını göz ardı ederek büyük bir şevk ile işini yapmaktadır. Ancak bu dönemde kişi kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmektedir.

2. Evre: Bu evrede kişi artık yorulmaya başlar ve ilk evredeki yoğun umut ve enerji azalmaya başlar. Daha önceden göz ardı edilen pürüzler kişiyi rahatsız etmeye başlar. Artık “*işten başka ne yapıyorum ki?*” sorgulaması başlar.

3. Evre: Topluma ve insanlara hizmet etmek gibi olumlu duygularla işe başlamış olan kişi karşılaştığı her türlü olumsuzluğun değiştirilmesinin çok güç olduğunu farkına varır.

4. Evre: Son evrede yoğun bir umutsuzluk ve inancını yitirme söz konusudur. Büyük oranda duygusal kopmalar meydana gelir. Bu aşamada birey işini yalnızca ekonomik ve sosyal güvence için yapar ve işten doyum sağlayamaz. Bu durumda çalışma hayatı çalışan kişi için kendini gerçekleştirme ve doyum alanı olmaktan çıkar. Yalnızca kişiyi sıkıntıya sokan bir yer olarak hissedilir (Düzyürek ve Ünlüoğlu, 1992 ; Fawzy vd., 1991).

2.5.2. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik sendromu kendini fiziksel, psikolojik veya duygusal davranışlarda değişikliklerle gösterebilir. Ersoy (2001) ve vd. göre bu belirtiler:

Fiziksel Tükenmişlik Belirtileri: Baş, bel ve kas ağrıları, hastalıklara karşı oluşan hassasiyet, uyku düzensizlikleri, halsizlik, enerjide azalma ve kronik yorgunluk gibi farklı problemler gelişebilmektedir.

Psikolojik Tükenmişlik Bulguları: Tatminsizlik, her şeye karşı olumsuz tutum içinde olmak, işi ciddiye almama ve bırakma benzeri belirtiler görülebilir.

Duygusal Tükenmişlik Bulguları: Huzursuzluk benzeri olumsuz duygularda artış görülürken arkadaşlık ve diğer olumlu duygularda düşüş görülmektedir. Depresif duygu durumu, öfke, tartışmalar, güvende hissetmeme ve özel hayatta gerginlik görülebilmektedir.

2.5.3. Tükenmişlik Sendromunun Alt Boyutları

Tükenmişlik sendromunun üç alt boyutu vardır. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğidir (Maslach, 1982 ; Maslach et al., 1986).

Duygusal Tükenme: Duygusal tükenme kişinin fiziksel ve psikolojik tüm kaynaklarının azalması durumudur (Özveren, 2021). Tükenmişlik sendromu duygusal tükenme ile başlar. Köylü ve Kurtoglu (2022) duygusal tükenmeyi “bireyin nedeniyle duygusal anlamda çok yüklenmiş hissetmesi ve bunun sonucunda da tükenmesi” olarak ele almıştır. Bireyin iş yaşamında insanlarla birebir iletişim halinde olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Çok yoğun çalışmaktan ve yoğun taleplerden kaynaklanmakla birlikte çalışan yaptığı iş sebebiyle duygusal anlamda aşırı bitkin hissetmeye başlar (Url9, 2022). Duygusal Tükenme, kişinin yürüttüğü iş nedeniyle duygusal anlamda kendini aşırı yüklenmiş ve tükenmiş hissetmesidir. Tükenmişlik sendromunun en mühim belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sendromun başlangıç döneminde görülür. Zamanla çalışma koşullarının oluşturduğu duygusal yük daha da artabilir. Ve sonuç olarak kişi bir gün uyandığında duygusal anlamda o günü bitirebilecek gücünün olmadığını hissedebilir(Güvenç ve Baltacı, 2020).

Bir çalışmada da, daha önceden fiziksel ve sözel şiddete uğramış hekimlerin duygusal tükenme puanlarının yüksek çıktığı saptanmıştır (Köylü ve Kurtoğlu, 2022).

Duyarsızlaşma: Duyarsızlaşma tükenmişliğin sosyal ilişkilerdeki boyutudur. Duyarsızlaşma, bireyin kendi dışındaki insanlara karşı olumsuz duygular beslemesi ve onlara karşı olumsuz davranışlar sergilemesidir. Bu evrede dışarıdaki insanlara ve olaylara tepkisizlik söz konusudur. Duyarsızlaşma yaşayan bireyler işi suiistimal eden davranışlar sergileyebilmektedir (Özveren, 2021; Url9, 2022). Zamanında yerine getirilmeyen işler, organize olmayan davranışlar, işe devamsızlık yapma gibi durumlar bu evrede görülmektedir (Özveren, 2021; Url9, 2022). Bu evrede bireyler çevreleri ile anlamsız ilişkiler içindedir ve yalnızca iş yürüsün diye mümkün olan en az iletişimi kurmaktadır. Birey burada hayal kırıklığı yaşamamak için ve tükenmemek için özellikle kaçtığı bir savunma mekanizması içerisindedir. Bu durum ilerledikçe kişi çevresine sert ve umursamaz davranır (Url9, 2022). Duyarsızlaşma yaşayan bireyler, hizmet verdikleri kişilere karşı sanki kişilikten yoksun bir varlıkmiş gibi duygusuz bir şekilde davranmaktadır. Normal zamanlarda sağlık bakım çalışanları hastalarına karşı hassas ve saygılı davranmaktadır. Ancak salgın gibi endişe verici bir durumda bu olumlu duygular kaybolabilir. Netice itibariyle hastalara karşı duyarsız, çabuk öfkelenen ve hastaların iyiliğini gözetmeyen bir hale gelebilirler (Güvenç ve Baltacı, 2020). Arpacıoğlu vd. (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, birebir COVID hastasına bakım veren sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu (ort.=2,00), duygusal tükenme (ort.=1,98) ve duyarsızlaşma (ort.=1,26) alt boyutları ortalama puanlarının COVID hastasına bakım vermeyen sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu (ort.=1,77), duygusal tükenme (ort.=1,59) ve duyarsızlaşma (ort.=0,88) ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kişisel Başarı Eksikliği: Kişisel başarı eksikliği “problemlerle baş etmede kendini yetersiz hissetme durumu” şeklinde tanımlanmıştır (Güvenç ve Baltacı, 2020). Kişisel başarı eksikliği tükenmişliğin kişisel gelişim ile ilgili olan aşamasıdır. Duygusal tükenme yaşayan birey kendisini çalıştığı iş yerinde gelişen problemleri çözmede eksik görür. Bu davranış kişide öz yeterliliğin azaldığı manasına gelmektedir. Bireyin çalışma konusundaki isteği ve motivasyonu azalmıştır (Güvenç ve Baltacı, 2020; Özveren, 2021; Url9, 2022).

Çevresindeki olayları ve durumları kontrol etmede zorlanır ve kendini çaresiz hisseder. Tükenmişliğin başlaması ile birlikte diğer iki alt boyutun yaşanması bireyde başarı duygusunun azalmasına yol açar. Çalışan iş yerinde kendini fazlasıyla başarısız ve eksik hisseder. Kendini yetersiz hisseden birey mesleki durumlardan geri çekilmeye başlar. Çevresine artık farklı davranan birey insanlardan olumsuz şeyler duymaya başlar. Bu da kişisel başarının düşmesinde çok önemli bir etkidir. Gösterdiği çabanın yetersiz kaldığını düşündüğünde stres ve depresyon bulguları gelişir ve kişi tamamen uğraşmayı bırakır (Güvenç ve Baltacı, 2020; Özveren, 2021; Url9, 2022). Salgın gibi acil durumlarda, hizmet verdikleri hastaların iyileşmesi zorlaştığında ve çalışan kendini onlara karşı duyarsız hissettiğinde kişisel başarı eksikliği hissedilir (Güvenç ve Baltacı, 2020).

2.5.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik sendromu ile ilgili yapılan çalışmalar, sendromun en fazla insanlarla yüz yüze çalışılan meslek gruplarında görüldüğünü göstermektedir. İnsanlarla sürekli iletişim içinde olunması gereken mesleklerde tükenmişlik sendromu daha fazla görülmektedir. Kişilere “*hayat kurtarmanın*” yanında, şefkat gösterme, insani davranma, güvende hissettirme, gibi rollerin de verildiği sağlık sektöründe tükenmişlik büyük oranda görülmektedir. Ülkelerdeki refah düzeyinin düşmesi ve sağlık bakım harcamalarına ayrılan fonların azaltılması nedeniyle sağlık çalışanlarının iş stresi artmış, iş doyumunu azalmış, mesleki yabancılaşma ve tükenmişlik belirtilerinde belirgin artış olmuştur. Sağlık bakım profesyonelleri, işleri gereği çok fazla insanla muhatap olduğu için tükenmişlik açısından en çok incelenen meslek grupları arasındadır. Sağlık sektöründe yapılan araştırmalarda tüm etkenlerden bağımsız olarak nöbet sistemi ile çalışmanın tükenmişliği arttırdığı tespit edilmiştir (Güvenç ve Baltacı, 2020; Köylü ve Kurtoğlu, 2022). Hastanelerde, işin niteliği dolayısıyla, uzun çalışma saatleri mevcuttur. Çalışma süresi uzun sürdükçe hasta insanlarla iletişim sıklığı artmaktadır. Hastalıktan korunmak için giyilen kişisel koruyucu ekipmanların ağırlığı da arttığından duygusal bitkinlik de artar. Bu süreç sağlık çalışanlarında tükenmişlik belirtilerini ortaya çıkarmaktadır (Sasangohar et al., 2020).

COVID-19 salgının küresel bir hal alması ve henüz etkili bir tedavi olanağının olmaması toplumun her kesiminde tükenmişlik için risk oluşturmuştur.

Enfekte olan kişilerin bakımından sorumlu olan sağlık bakım profesyonelleri salgınla bire bir temas halinde oldukları için ve sürekli olumsuzluklara maruz kaldıkları için bu risk toplumun geri kalanına ve diğer meslek gruplarına oranla sağlık bakım profesyonellerinde daha fazladır. Ayrıca zaten fazla olan iş yükünün artması, sağlık çalışanlarının fiziksel, duygusal ve psikolojik yükünü arttırmıştır. Tükenmişlik tüm sektörlerde çalışan kişileri tehdit edebilecek bir durumdur.

Ancak işin doğası gereği stresli çalışma ortamı, gece nöbetleri, aşırı iş yükü ve salgınla beraber bu iş yükünün daha fazla olması, bazı yerlerde görev tanımının dışında işleri yapmak zorunda olmak (özellikle COVID-19 salgını sürecinde pek çok kişi görev tanımı dışında işler yapmak zorunda kalmıştır) hasta insanlara hizmet vermek, tatmin etmeyen maaş, fazla ayakta kalmaya bağlı olarak gelişen kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ve yoğun bir şekilde insanlarla iletişimde olma gibi tetikleyici durumlar nedeniyle sağlık çalışanlarında bu tehdit daha fazla olmaktadır. Salgının gidişatının belirsiz olması nedeniyle bir sonraki mesaide nerede çalıştırılacağını bilememe durumu da sağlık çalışanlarının iş ile ilgili kontrol algılarının azalmasına neden olmuştur. Bütün bunlar sağlık bakım profesyonellerinin tükenmişlik duyguları yaşama olasılığını arttırmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları ailelerini ve sevdiklerini coronavirüs etkeninden uzak tutabilmek için farklı bir eve taşınmış ve sevdiklerinden uzak kalmıştır.

Bu belirsiz durumlar sağlık çalışanlarının yaşayacakları stres, tükenmişlik sendromu, depresyon ve anksiyete düzeyini etkilemiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan araştırmalar sonucunda tükenmişlik sendromunun bireylerde; çalışma performansında düşmeye, fiziksel ve ruhsal olarak ortaya çıkan sağlık problemlerine, depresif hissetmeye, odaklanma sorunlarına, tıbbi hatalara, işe devam etmede problemler yaşanmasına ve emekliliğe erken ayrılma isteklerine neden olmaktadır (Köylü ve Kurtoğlu, 2022). Tükenmişlik sıklıkla kişisel, kurumsal ve sistemsel etkenlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik bir sistem problemi olarak değerlendirilmelidir. Yapılacak müdahaleler hem birey düzeyinde hem de örgüt düzeyinde olmalıdır. Öncelikli amaç tükenmişliğin ortaya çıkmasını engellemek olmalıdır. Eğer bu mümkün değilse en azından erken fark edilip çabuk müdahale edilmelidir (Kaçmaz, 2005).

Türkiye’de de salgın döneminde sağlık sektöründe hizmet verenlerin tükenmişlik yaşamasını engellemek için çeşitli önlemler alınmış ancak yetersiz olmuştur. Bu sektörde hizmet verenlerin tükenmişlik sendromu düzeylerini azaltmak amacıyla küçük grup toplantıları yapılabilir, stresle baş etme yöntemlerinin öğretiler ve çalışanların çocukları için kreş imkanı oluşturulabilirdi. Ancak bu gibi basit önlemler alınmamıştır. Bunlara ek olarak mesleki yetersizlik duygusunun önüne geçmek için çeşitli toplantıların yapılması, rotasyon yapılması, badi sisteminin oluşturulması, ruh sağlığını ölçmek için küçük anketler veya checklistler uygulanması gibi basit müdahaleler yapılmamıştır (Güvenç ve Baltacı, 2020).

2.6. Depresyon

Davison ve Neale depresyonu “ Derin bir üzüntü hali, anksiyete, enerji kaynaklarında azalma, pişmanlık duyguları, anksiyete, sosyal yaşamdan uzaklaşma, uykuya ve günlük olaylara kayıtsızlık” şeklinde tanımlamıştır (Avcı, 2013). Depresyon bir çeşit duygu durum bozukluğudur, devamlı bir üzüntü hali ve ilgi kaybı ile karakterize bir durumdur (Url3, 2022). Depresyon anlık gelişen geçici bir durum olarak düşünülmemelidir. Depresyon yoğun bir tedavi ve çaba gerektiren tıbbi bir sorundur.

Toplumda en sık görülen sağlık sorunları arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları vardır. Depresyonu olanlar çoğunlukla anksiyete bozukluğu da yaşamaktadır. Aynı şekilde anksiyete bozukluğu olan bireyler de depresyonu sıklıkla yaşamaktadır. Bu iki durum birlikte olabileceği gibi, kişi her iki rahatsızlığın belirtilerini de aynı anda gösterebilir. Her iki rahatsızlık için de tanı koymak ve tedavi etmek önem arz etmektedir (Tiller, 2019). Depresyon, psikiyatrik rahatsızlıklar içinde en sık rastlanan rahatsızlıktır. Sıklıkla etrafımızda olan olaylara bir yanıt olarak meydana gelir. Hem birey hem de toplum için halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Avcı, 2013).

COVID-19 salgınından sonra enfekte hasta bakım sağlık çalışanları, enfekte hasta bakmayan sağlık çalışanları ve sağlık sektöründe çalışmayan grupların sekonder travmatizasyon, depresyon ve anksiyete oranlarını ölçmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre en düşük puana sahip olan grup sağlık sektöründe çalışmayan grup iken yüksek puanlı grup ise COVID hastası bakım sağlık çalışanlarıdır (Arpacıoğlu, 2021).

2.6.1. Depresyonun Nedenleri

Tıpkı diğer pek çok psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu gibi depresyonun da tüm kliniğini açıklayacak bir model bulunmamaktadır. En yaygın kabul edilmiş olan fikir, beyinde kimyasalların iletilmesi esnasında görev yapan maddeler ile ilgili bir düzensizliğin olması fikridir. Bu durumda dışsal faktörlerden etkilenmektedir (Url6, 2022).

Depresyona neden olan faktörlerin kesin çizgilerle çizilmesi olanaksızdır. Yani depresyon pek çok etkenin bir araya gelmesi ile gelişen ruhsal bir bozukluktur/ hastalıktır. Ancak bir takım nedenlerden söz edilebilir:

- Çeşitli ilaç kullanımları / Kortizon ilaçların kullanılması,
- Bazı organik sebepler,
- Yaşanan bir takım olaylar,
- Genetiğin etkisi,
- Tümör –Kanser,
- Anemi,
- Kazalar ve ölümler,
- Cinsel istismar (Tanrıverdi ve Sarıhan, 2013).

2.6.2. Depresyona Kimler Daha Yatkındır?

Depresyona karşı risk faktörleri şunlardır: Sevdiklerinden ayrılmak veya sevdiği birini kaybetme, anne babanın erken yaşta vefat etmesi, cinsiyetin kadın olması, içki veya madde bağımlılığı, çocukluk travmaları, boşanma, kötü ekonomik şartlar, ailede ve kişide depresyon öyküsünün olması, çeşitli ilaçların kullanımı, bazı hormonal ve diğer hastalıkların varlığı depresyonu tetikleyebilmektedir (Url5, 2022).

2.6.3. Depresyonun Belirtileri

Kötü duygu durumu, karamsar ve umutsuz olmak, ilgilerde azalma ve hayattan daha az zevk almak klinik depresyonun kökenidir.

- Yoğun üzüntü hali,
- Aktivitelere ve sorumluluklara karşı ilginin azalması,
- Hiçbir şeyden zevk alamama,
- Bazen önceden başlayan bunaltı hissi,
- Anksiyetede artış,
- Yoğun umutsuzluk ve çaresizlik duyguları,
- Depresyondan hiç kurtulamayacakmış gibi hissetme,
- Temel günlük aktiviteleri yapmada zayıflık,
- Kendi ve aile yaşantısı ile ilgili yoğun meşguliyet,
- Azalmış yaşam enerjisi,
- Bazı vakalarda önceden başlayan somatik bulgular,
- Tepkisel davranış biçimi,
- İştah ve kilo kaybı,
- Uyku bozuklukları,
- Benlik saygısında azalma ve intihar düşünceleri (Url6, 2022).

Tanrıverdi ve Sarıhan'ın(2013) çalışmasında yer alan depresyon belirtileri ise şöyledir:

Bilişsel Belirtiler: Odaklanma sorunları, karar vermede güçlük, düşük benlik saygısı, umutsuzluk, intihar etme düşüncesi ve gerçekte var olmayan şeyleri görmek.

Fizyolojik ve Davranışsal Belirtiler: Uykusuzluk, iştahsızlık, yorgunluk, hafıza zayıflıkları, psiko-motor sıkıntılar ve katatoni (kaslarda ileri derecede kasılma durumu).

Duygusal Belirtiler: Hüzün, çöküntü, Durgunluk, isteksizlik ve irritasyon.

Tüm bu belirtilerin dışında da bir takım belirtiler görülebilmektedir. Depresyondaki bireyler öğrenme güçlüğü de yaşayabilmektedir. Depresyon kişinin günlük yaşamını etkilediği gibi iş yaşamını da etkilemektedir. Bu kişilerin çalışma verimi ciddi biçimde düşer (Tanrıverdi ve Sarıhan, 2013).

2.6.4. Depresyonun Sıklığı

Türkiye Psikiyatri Derneği'ne göre depresyon sıklığı şu şekildedir: Majör depresyon oranı sıklıkla %3-5,8 civarındadır. Yaşam boyu risk erkeklerde %3-12 iken kadınlarda %10-26 oranındadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda bu sayılar farklı olsa da elde edilen tüm sonuçlar buna yakındır. Yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalar, kadınların yılda %13'ünün erkeklerin ise %8'inin depresyon yaşadığını ortaya koymaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre bir yıllık depresif nöbet sıklığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta ise %4,0 'dır. Bu sonuçlardan anlaşılacağı üzere, depresyon sıklığı kadınlarda iki kat yüksektir. Tekrarlayıcı depresyonlar da kadınlarda daha fazladır. Akut atak geçirenlerin %15 kadarında depresyon süregenleşme eğilimi gösterir (Url6, 2022).

COVID döneminde Kabeoğlu ve Gül (2021) tarafından İstanbul'da yapılan bir araştırmada depresyon prevalansı %18,5 olarak bulunmuştur. Ekinci ve Ekinci (2021)' nin COVID döneminde sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir araştırmada, sağlık çalışanlarının depresyon sıklığı %20,9, şiddetli depresyon sıklığı ise %3,5 olarak bulunmuştur.

2.6.5. Sağlık Sektöründe Depresyon

COVID-19 salgını döneminde sağlık çalışanlarında uyku kalitesinin bozulduğu, depresyon ve anksiyete sıklığının arttığı söylenebilir. Bu risk en fazla kadınlarda ve kırk yaşın altındaki bireylerde yüksektir. Gelir durumunun iyi olması bu ihtimalleri azaltmaktadır. Sağlık sektöründe çalışanların uyku kalitesi kötüdür. Salgın süresince yapılacak olan ruhsal rahatsızlıklara yönelik düzenlemelerde bu husus göz önünde bulundurulmalıdır (Kabeoğlu ve Gül,2021).

Salgın döneminden önce ve sonra yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon ve uyku sorunlarının çok sık geliştiği görülmektedir. Bu durum salgın dönemi olsa da olmasa da bu sektörde çalışanların iş yükünün çok fazla olduğunu ve dinlenme olanaklarının az olduğunu düşündürmektedir. Salgın süresince çok fazla hasta yükünün olması ve salgınla mücadelede sağlık çalışanlarının ön safta yer alması sebebiyle onların görevlerini layıkıyla yerine getirebilmesi için ruhsal sağlıklarının devamlılığı oldukça önem arz etmektedir (Ekinci ve Ekinci,2021).

Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının desteklenmesi, dayanışmanın sağlanması, baş etme stratejilerinin öğretilmesi önemlidir. Kaliteli bir uyku düzeni, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin arttırılması ve davranış terapiler ile rahatlama tekniklerinin öğretilmesi faydalı olabilir (Ekinci ve Ekinci,2021). Pandemi devam ederken veya bittikten sonra bu sürecin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri araştırılmalıdır. Travmaya sebep olabilecek olaylar için alınan önlemler toplumu en az etkileyecek şekilde organize edilmelidir. Bu süreçte sorumluluk büyük oranda devlet yetkililerine aittir. Ancak sağlık bakım profesyonellerinin ve toplumun tüm üyelerinin de bu sürecin bir parçası olduğu unutulmamalıdır. Bu sebeple psikososyal destek programları sistematik biçimde uygulanmalıdır. Tüm nlenebilir önlemler halk sağlığı ve sağlık sektörü çalışanlarının sağlığını korumak amacıyla alınmalıdır (İzci vd., 2021).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde Bingöl ilinde yer alan üç sağlık kurumunda yapılan çalışmanın kapsamı ve yöntemi hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Çalışma, Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Özel Bingöl Hastanesi çalışanlarına anket soruları yöneltilerek yapılmıştır. Salgınlar da tıpkı doğal afetler gibi büyük çapta endişeye sebep olan ve büyük kitleleri etkileyen acil durumlardır. Bu denli büyük bir felakette en çok etkilenen meslek grubunun fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak da önem arz etmektedir. Bu çalışmada amacımız salgın döneminde Bingöl ilindeki sağlık çalışanlarının ruhsal iyilik halini tespit etmek ve bu süreçte yapılan çalışmalara katkı sağlamaktır. Bu çalışmanın bir diğer amacı da yeniden salgın yaşanması durumunda sağlık çalışanlarının ruhsal iyiliklerini sürdürebilmek için daha az hasarla nasıl atlatılabileceğini araştırmaktır.

3.1. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma ve meslek gurubu gibi demografik özelliklerdir. Bunlara ek olarak, meslekteki çalışma yılı, çalışılan birim, o birimdeki çalışma yılı, gece nöbeti tutup tutmama, iş kazası geçirip geçirmeme durumu, kurumda İSG ve COVID-19 pandemisi ile ilgili eğitimlerin verilip verilmediği, COVID-19'a yakalanma durumu, COVID-19'dan herhangi bir akrabanın vefat edip etmediği, pandemi sürecinde aileden ayrı kalıp kalmama durumu ve bu durumunu psikolojiye etkisinin olup olmadığı, pandemi sürecinde hasta ve hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalıp kalmama durumu ve pandemi süresince COVID vardiyesinde çalışıp çalışmama durumu da araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise ankette yer alan 6 farklı ölçekte yer alan toplam 59 sorudan oluşan kısımdır. COVID dönemi ölçeğinde 6 adet önerme, yaşam memnuniyeti ölçeğinde 5 adet önerme, stres ölçeğinde 10 adet önerme, tükenmişlik sendromu ölçeğinde 22 adet önerme, anksiyete ölçeğinde 7 adet önerme ve depresyon ölçeğinde 9 adet önerme yer almaktadır.

Anketin kısımları ve soruları “Araştırmanın Yöntemi” başlığı altında yer almaktadır. Ayrıca anket çalışmasının örneği “Ek-1”de yer almaktadır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı ve Örneklem Evreni

Araştırmanın temel materyalini Bingöl ilinin merkezindeki 3 hastanede görev yapmakta olan sağlık bakım profesyonellerine ve yardımcı sağlık personellerine uygulanan ankettten elde edilen veriler oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen hastanelerdeki çalışan sayıları (araştırmanın yapıldığı dönemdeki sayılar) kurumlardan talep edilmiştir. Kurumların verdiği listelere göre çalışan sayıları detaylarıyla tablo 3.1’de yer almaktadır. BDH’de 1300 çalışan, KDÇH’de 586 çalışan ve ÖBH’de 100 çalışan vardır.

Tablo 3.1. Kurumların Çalışan sayıları

Hastane Adı	Doktor	Hemşire	Ebe	Diğer Mes. Grupları ve Destek Elemanları	Toplam
BDH	85	350	--	865	1300
KDÇH	42	112	119	313	586
ÖBH	11	27	6	66	110

Araştırmaya başlarken kurumların çalışan sayıları tespit edildikten sonra örneklem evreni hesaplanmıştır. Örneklem belirlenirken, örneklem hesaplama aracı kullanılmıştır. Araştırma yapılan kurumlarda toplam 1996 kişi çalışmaktadır. Tüm evren için seçilmesi gereken örneklem hesaplandığında %5 güven aralığında örneklem büyüklüğü 322 çıkmıştır. Ancak araştırmada COVID-19 pandemisinden ruhsal açıdan etkilenme durumunu araştırıldığı için ve her bir kurumda COVID-19 hastalarıyla temas durumu farklı olduğu için, örneklem büyüklüğü her bir kurum için ayrı ayrı hesaplanmıştır; %95 güven seviyesi, %5 güven aralığı ile yapılan hesaplamada (Calculator, 2022) BDH’den 222, KDÇH’den 184 ve ÖBH’den 79 çalışana ulaşılması planlanmıştır.

Özel Bingöl Hastanesi’nde 110 çalışan bulunduğu için tüm evrenin büyük bir çoğunluğuna ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışma süresince Bingöl Devlet Hastanesi'nden 277 kişi, Bingöl Kadın doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden 223 kişi ve Özel Bingöl Hastanesinden 60 kişi olmak üzere toplamda 560 katılımcı araştırmaya katılmıştır. Dolayısıyla yeterli bir örnekleme ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmamızda nicel araştırma yöntemleri kullanılarak katılımcıların ruhsal durumları hakkında sonuç elde edilmeye çalışılmıştır. Veri toplama aracı olarak da, toplamda 83 sorudan oluşan "Ruhsal Durum Değerlendirme Anketi" kullanılmıştır. Anketin güvenilirliğini ve soruların anlaşılabilirliğini ölçmek amacıyla anket ilk etapta 30 kişiye uygulandı. Bu uygulama sonucunda herhangi bir eksiklik veya anlaşılma saptanmadı. Devamında SPSS programı ile güvenilirlik analizi yapıldı. Bu güvenilirlik analizine ilişkin sonuçlar tablo 3.2'de yer almaktadır.

Salgın süresince Bingöl ilindeki sağlık çalışanlarının salgından ruhsal olarak nasıl etkilendikleri bu kapsamlı anket ile belirlenmeye çalışılmıştır. Ankette kimlik belirleyici herhangi bir soru yer almamıştır ve tamamen çalışmaya katılmak isteyen gönüllü kişiler anketi doldurmuştur. Anketler dağıtılırken çalışanlara araştırmanın amacı anlatılmıştır. Zaman zaman çalışmanın amacını öğrenen kişiler bu araştırmanın sonucunu merak ettiğini söyleyerek büyük bir istekle araştırmaya katılım göstermiştir.

3.4. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Çalışmada betimsel istatistik yöntemlerinden; ortalama, standart sapma, standart hata ve frekans analizleri yapıldı. Çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak testi ile normallilik test edildi. T-testi ve tek yönlü ANOVA analizi ile demografik gruplar arasındaki anlamlılık düzeyleri bulundu. Korelasyon analizi yapılarak gruplar arasındaki bağlantıların yönü ve derecesi tespit edildi. Son olarak regresyon analizi kullanılarak bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin matematiksel boyutu araştırıldı.

3.5. Güvenilirlik Analizi

Can(2018) güvenilirliği, “ölçmenin hatalardan arındırılmış olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Art arda yapılan ölçümler arasında kararlılık ya da tutarlılık güvenilirlik olarak adlandırılır(Can, 2018). Maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılır. Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı bir o kadar da aynı özelliği ölçen maddelerden meydana geldiği yorumu yapılır. Cronbach alfa likert tipli ölçeklerde sıklıkla kullanılmaktadır(Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

Cronbach alfa aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

- $0 < \text{cronbach alfa} < 0,40$ ise güvenilir değil,
- $0,41 < \text{cronbach alfa} < 0,60$ ise düşük güvenilirlikte,
- $0,61 < \text{cronbach alfa} < 0,80$ ise orta güvenilirlikte,
- $0,81 < \text{cronbach alfa} < 1,00$ ise yüksek güvenilirlikte (Kılıç, 2016).

Tablo 3.2. Güvenilirlik Analizi

Ölçek Adı	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Yaşam Memnuniyeti	0,715	6
Stress	0,591	10
Duygusal Tükenme	0,518	7
Duyarsızlaşma	0,550	7
Kişisel Başarı Eksikliği	0,648	8
Anksiyete	0,596	7
Tükenmişlik Sendromu	0,489	23
Depresyon	0,606	9
COVID Dönemi	0,618	6
Tümü	0,781	60

Tablo 3.2’de Cronbach’s Alpha değerinin 0,781 olduğu görülmektedir. Bu değer, anketimizin orta güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Stress, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve tükenmişlik sendromu ölçeklerine ait sonuçlara göre bu ölçekler düşük güvenilirlikte iken; yaşam memnuniyeti, kişisel başarı, depresyon ve COVID dönemi ölçekleri orta güvenilirlikte bulunmuştur.

3.6. Anketin Kısımları

Anket temel olarak iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım demografik soruların, COVID vardiyanında çalışma ile ilgili soruların ve çalışanların çalışma saatleri ile ilgili olan soruların yer aldığı tablodur. İkinci kısım ise ruhsal durumu ölçmeye yönelik olan ölçeklerden oluşmaktadır. Bu ölçekler, ankette yer alan sırasına göre şunlardır:

COVID Dönemi Ölçeği: Bu ölçekte COVID dönemi ile ilgili tarafımızca oluşturulan 6 soru yer almaktadır. Salgın süresince motivasyon, ekipman ile ilgili sorunlar ve psikolojik destek ihtiyacını ölçmeyi amaçlayan 5'li likert tipi [Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Katılıyorum(4), Kesinlikle katılıyorum (5)] ile oluşturulan ölçeğin soruları şu şekildedir:

Tablo 3.3. COVID Dönemi Ölçeği Soruları

Sorular
KD1: Bu süreçte yöneticilerimiz tarafından motivasyonumuzu arttırıcı geri dönüşler aldık.
KD2: Bu süreçte ailemiz ve çevremiz tarafından motivasyonumuzu arttırıcı geri dönüşler aldık.
KD3: COVID hastasına bakım uygularken giydiğimiz ekipmanın yetersiz geldiğini ve ekipmana rağmen hastalığın bulaşacağını düşündüğüm zamanlar oluyor.
KD4: Pandemi sürecinin belirsizliği beni kaygılandırıyor.
KD5: Pandeminin ilk zamanlarında yaşadığım kaygılarda herhangi bir azalma olmadı.
KD6: Bu süreçte yaşadığım zorlukların üstesinden gelmek için bir uzman(psikolog, psikiyatrist) desteğine ihtiyaç duyduğum zamanlar oldu.

Yaşam Memnuniyeti Ölçeği: Bu bölümde Türk kültüründe geliştirilmiş olan Yetişkin Yaşam Doyum Ölçeği (YYDÖ) kullanılmıştır (Kaba vd., 2017). YYDÖ'nün geliştirilmesinde, Ankara'daki çeşitli üniversitelerde çalışan ve bu uygulamayı kabul eden toplamda 416 kişi çalışmıştır. Ölçeği geliştirmek için ilk olarak literatür incelenmiş ve 45 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Ardından Psikolojik Danışma ve Rehberlik alanından üç uzmanın fikirleri ile 42 maddeli deneme formu geliştirilmiştir (Kaba vd., 2017). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaba vd. tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Geliştirilmiş olan bu ölçeğin aşağıda yer alan 5 sorusundan yararlanılmıştır.

7'li likert tipi [Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz katılmıyorum (3), Ne katılıyorum ne de katılmıyorum (4), Biraz katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Kesinlikle katılıyorum (7)] kullanılarak katılımcıların kendilerini daha rahat biçimde ifade edebilmeleri amaçlanmıştır. Bu ölçeğe ait kullanılan sorular şunlardır:

Tablo 3.4. Yaşam Memnuniyeti Ölçeği Soruları

Sorular
YM1: Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var.
YM2: Yaşam koşullarım mükemmeldir.
YM3: Yaşamım beni tatmin ediyor.
YM4: Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim.
YM5: Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.
YM6: Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.

Stres Ölçeği: Anketin bu bölümünde Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından oluşturulan “Algılanan Stres Ölçeği” kullanılmıştır(Eskin vd., 2013). Toplam 14 sorudan oluşan bu ölçeğin 10 sorusundan faydalanılmıştır. Bu ölçek, bireylerin hayatlarında gelişen olayları ne derecede stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. 5’li likertten [Hiçbir Zaman (0), Neredeyse Hiçbir Zaman (1), Bazen (2), Oldukça Sık(3), Çok Sık (4)]oluşan bu ankete ait sorular şu şekildedir:

Tablo 3.5. Stres Ölçeği Soruları

Sorular
ST1: Geçen ay, beklenmedik bir şekilde meydana gelen bir şey yüzünden ne sıklıkla üzüldünüz?
ST2: Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?
ST3: Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve "stresli" hissettiniz?
ST4: Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?
ST5: Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?
ST6: Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?
ST7: Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları(rahatsızlıkları) ne sıklıkta kontrol edebildiniz?
ST8: Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?
ST9: Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?
ST10: Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?

Tükenmişlik Sendromu Ölçeği: Bu bölümde Maslach ve Jackson(1981) tarafından oluşturulmuş olan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory- MBI)” kullanılmıştır. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Bu ölçekte tükenmişlik sendromunun 3 alt boyutu olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğini ayrı ayrı ölçen 3 soru grubu vardır. Ankette 7’li likert [Hiç Bir Zaman (0), Yılda Birkaç Defa (1), Ayda Bir (2), Ayda Birkaç Defa (3), Haftada Bir (4), Haftada Birkaç Defa (5), Her Gün (6)] tipi kullanılarak katılımcıların kendilerini daha geniş ve rahat biçimde ifade etmeleri sağlanmıştır. Bu ölçekte yer alan sorular şunlardır:

Tablo 3.6. Tükenmişlik Sendromu Ölçeği Soruları

Sorular
Duygusal Tükenme (DT)
DT1: Kendi işimden duygusal olarak soğuduğumu hissediyorum.
DT2: Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.
DT3: İşimin beni tükettiğini hissediyorum.
DT4: İşimin beni kısıtladığımı düşünüyorum.
DT5: İşimde gücümün üstünde çalıştığımı düşünüyorum.
DT6: Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.
DT7: Kendimi çok çaresiz hissediyorum.
Duyarsızlaşma(DYS)
DYS1: İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
DYS2: Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.
DYS3: Bazı hastalara onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.
DYS4: Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.
DYS5: Bu mesleğin beni duygusal olarak katılaştırmasından korkuyorum
DYS6: Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.
DYS7: Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.
Kişisel Başarı Eksikliği(KB)
KB1: Hastaların pek çok konuda neler hissettiğini anlayabilirim.
KB2: Hastaların sorunlarını etkili şekilde hallederim.
KB3: İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.
KB4: Kendimi çok enerjik hissediyorum
KB5: Hastalara rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.
KB6: Hastalarla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.
KB7: Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.
KB8: İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.

Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri: Anketin son kısmında çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla “Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği(Beck Anxiety Scale), Beck ve vd. tarafından 1988’ de geliştirilmiştir. Bu ölçek, kişilerin yaşadığı anksiyetenin sıklığını ve şiddetini ölçmeyi amaçlamıştır. 21 sorudan oluşmaktadır. Çalışmamızda bu soruların 7 tanesinden faydalanılmıştır. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy vd. tarafından 1988 yılında yapılmıştır(Arslan vd., 2016).

Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory), Beck vd. tarafından 1961’de oluşturulmuştur. Bu ölçek depresyon teşhisi koymak amacı ile değil, depresyonun derecesini sayılara dökmek amacıyla kullanılmaktadır. Pek çok ülkede güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Arslan vd., 2016). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (Kamış vd., 2019).

Tablo 3.7. Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Soruları

Sorular
Anksiyete (ANK)
ANK1: Sinirli, kaygılı, endişeli misiniz?
ANK2: Endişelerinizi kontrol edememe ya da durduramama.
ANK3: Farklı konularda çok fazla endişelenme.
ANK4: Gevşeyip rahatlayamama.
ANK5: Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır huzursuz olma.
ANK6: Çabuk sinirlenme, kızma ya da huzursuz olma.
ANK7: Çok kötü bir şey olacak diye korkma.
Depresyon(DEP)
DEP1: Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak.
DEP2: Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek.
DEP3: Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak.
DEP4: Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması.
DEP5: İştahsızlık veya çok fazla yemek.
DEP6: Kendinizi kötü hissetmeniz veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz.
DEP7: Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz.
DEP8: Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine—normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız.
DEP9: Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceler

3.7. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sağlık alışanlarının COVID dönemindeki ruhsal durumunda cinsiyetlerine göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının cinsiyetlerinin salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H2: Sağlık alışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda medeni durumuna göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının medeni durumlarının salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H3: Sağlık alışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda yaşlarına göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının yaşlarının salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H4: Sağlık alışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda eğitim durumuna göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının eğitim durumunun salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H5: Sağlık alışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda mesleğine göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının mesleklerinin salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H6: Sağlık alışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda meslekte çalışma yılına göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma yılının salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

H7: Sağlık alışanlarının COVID dönemindeki ruhsal durumunda çalışılan hastaneye göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumun salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir. Salgın döneminde korona virüslü hastalara bakım verip vermeme durumu salgın sürecindeki ruhsal durumu etkileyecektir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Araştırmanın amacı doğrultusunda “Sağlı Çalışanlarının Ruhsal Değerlendirilmesi Anketi” Bingöl ili merkezinde yer alan 3 hastanede sağlık çalışanlarına ve diğer destek personellerine uygulanmıştır. Bu bölümde, araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. İlk etapta anket sonuçlarına ait ortalama, frekans, standart sapma ve standart hata değerleri ile çalışanların COVID-19’da ruhsal olarak etkilenme durumu saptanmaya çalışılmıştır. Devamında normallik analizi yapılmıştır. Normallik analizi sonucunda ölçeklerin normal dağıldığı sonucuna varılmıştır. Normal dağılan bu veriler, parametrik testler kullanılarak gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamızda kullanılan parametrik testler; Tek Yönlü ANOVA, T-testi, Pearson Korelasyon ve Regresyon testleridir.

4.1.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya Bingöl ilinde yer alan 3 hastanenin (Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl Kadın doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Özel Bingöl Hastanesi) çalışanları katılmıştır. Anketin ilk tablosunda yer alan demografik ve tanımlayıcı özelliklerin yer aldığı bilgilerin sonuçları frekans ve yüzde tabloları ile sunulmuştur. İlk tabloda yer alan bilgilere araştırmanın değişkenleri başlığı altında değinilmiştir. Çalışanlara ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya toplamda 560 çalışan katılmıştır. Bu sayının 349’unu kadınlar 211’ini erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar toplam sayının %62,3’ünü oluştururken erkekler %37,7’sini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu 117 kişi ile 21-30 yaş aralığı oluşturmaktadır. En az katılım ise sırasıyla 9 kişi ile 50 yaş ve üstü (%1,6) ve 8 kişi ile 15-20 yaş (%1,4) aralığındadır.

Bingöl Devlet hastanesinden 150 kadın (%54,2) 127 erkek (%45,8) olmak üzere toplamda 277 çalışan araştırmaya katılmıştır. En fazla katılan yaş grubu ise 140 kişi (%50,5) ile 21-30 yaş grubudur. Bu sayıyı 90 (%32,5) kişi ile 31-40 yaş grubu takip etmektedir.

Tablo 4.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özellikleri

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Cinsiyet	Kadın	150	54,2	163	73,1	36	60	349	62,3
	Erkek	127	45,8	63	26,9	24	40	211	37,7
Medeni Durum	Evli	174	62,8	151	67,7	42	70	367	65,5
	Bekar	103	37,2	72	32,3	18	30	193	34,5
Çocuk	Var	130	46,9	114	51,1	35	58,3	279	49,8
	Yok	147	53,1	109	48,9	25	41,7	281	50,2
Yaş	15-20	7	2,5	1	0,4	0	0	8	1,4
	21-30	140	50,5	117	41,6	24	8,5	281	50,2
	31-40	90	32,5	86	38,6	29	48,3	205	36,6
	41-50	35	12,6	16	7,2	1	1,7	57	10,2
	50 +	5	1,8	3	1,3	1	1,7	9	1,6

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden araştırmamıza toplamda 163 kadın (%73,1) ve 63 erkek (%26,9) katılmıştır. Bu kurumda da çalışmamıza en yüksek katılım 117 kişi (%41,6) ile 21-30 yaş grubundan olmuştur. Bu sayıyı 86 kişi (%38,6) ile 31-40 yaş gurubu izlemektedir. En az katılım 1 kişi (%0,4) ile 15-20 yaş aralığından olmuştur. Özel Bingöl Hastanesi'nden çalışmamıza toplamda 60 kişi katılmıştır. Bu sayının %60'ını kadınlar (36 kişi) oluştururken %40'ını erkekler (24 kişi) oluşturmaktadır. Üç kurumda da kadınların daha katılımcı olduğu görülmektedir.

Yaş gurubu bazında incelendiğinde en yüksek katılım Bingöl Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden farklı olarak %48,3 katılım oranıyla 31-40 yaş grubunun olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların 367'si evli (%65,5), 193'ü (%34,5) ise bekarıdır. Evli çalışanlar daha katılımcı olmuştur. Kurumlar ayrı ayrı incelendiğinde ise Bingöl Devlet Hastanesinden katılımcıların %68'i (174 kişi) evli, %37,2'si (103 kişi) bekarıdır. KDHC' de ise %67,7 oranı ile 151 evli çalışan ankete katılmıştır, %32,2 ile 72 bekar çalışan katılmıştır. Çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde bu iki grubun kişi sayısının hemen hemen eşit olduğu görülmektedir. Grubun % 49,8'i çocuk sahibi iken 50,2'si çocuk sahibi değildir.

Tablo 4.2. COVID-19 İle İlgili Bilgiler

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
COVID-19'a yakalanma durumu	Evet	158	57	150	60,3	50	83,3	358	63,9
	Hayır	119	43	73	32,7	10	16,7	202	36,1
Yakınlarının COVID-19'a yakalanması	Evet	244	88,1	208	93,3	58	96,7	510	91,1
	Hayır	33	11,9	15	6,7	2	3,3	50	8,1
COVID-19'dan yakınıni kaybetme	Evet	104	37,5	67	30	23	38,3	194	34,6
	Hayır	173	62,5	156	70	37	61,7	366	65,4
COVID-19'u atlatamama korkusu	Evet	160	57,8	137	60,1	31	51,7	325	58
	Hayır	117	42,2	89	39,9	29	48,3	235	42
Salgında aileden ayrı kalma	Evet	207	74,7	127	57	4	6,7	388	60,4
	Hayır	70	25,3	96	43	56	93,3	222	39,6
Ayrı kalmanın psikolojiyi bozması	Evet	179	64,6	107	48	6	6,7	290	51,8
	Hayır	98	35,4	116	52	56	93,3	270	48,2

Tablo 4.2'de çalışanların COVID-19 salgınına yakalanma durumları ve aile ve akrabalarından salgına yakalanma/salgından vefat etme durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmayı yaptığımız dönem için geçerli olan sayılar ise şöyledir:

Çalışanların %63,9'u salgına yakalandığını belirtmiştir. Bingöl'de sağlık çalışanları içerisinde COVID-19'da hayatını kaybeden sağlık çalışanı olmamıştır. Salgına yakalanmada en yüksek oran %83,3 ile Özel Bingöl Hastanesidir. Bu oranı %60,3 ile Kadın Doğum Hastanesi takip etmektedir. En düşük orana sahip olan kurum ise %57 ile Bingöl Devlet Hastanesi'dir. Katılımcıların %91,1'i ailesinden veya arkadaşlarından birisinin COVID'e yakalandığını belirtmiştir. Yine katılımcıların %34,6'sı COVID-19'dan bir yakının vefat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %58'i COVID-19 salgınına yakalanma durumunda atlatamaktan korktuklarını belirtmiştir. Katılımcıların %60,4'ü salgın sürecinde ailesinden ayrı kaldığını belirtmiştir. Aileden ayrı kalma durumundan en yüksek orana sahip olan kurumu %74,7 ile Bingöl Devlet Hastanesi'dir. Bu oranı %57 ile Kadın Doğum Hastanesi takip etmektedir. En düşük orana sahip olan kurum Özel Bingöl Hastanesi'dir. Bunu nedeni Bingöl Devlet Hastanesi'nin COVID-19 pandemisi süresince pandemi hastanesi olmasıdır. Vakalar yoğun olarak Bingöl Devlet Hastanesi'nde tedavi edilmiştir. Kadın Doğum Hastanesi'nde belirli kliniklerde çocuk ve gebe COVID vakaları takip edilmiştir. Özel Bingöl Hastanesi'nde COVID vakası yatışlı veya ayaktan takip edilmediğinden bu süreçte ailelerinden ayrı kalma ihtiyacı doğmamıştır. Katılımcılardan 388 kişi ailesinden ayrı kaldığını belirtmiştir.

Bu katılımcıların 290'ı bu durumun psikolojisini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Aileden ayrı kalmanın psikolojik durumunu olumsuz etkilediğini söyleyenlerin oranı ise %51,8'dir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Meslek Gruplarına İlişkin Bulgular

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Meslek Grubu	Hekim	28	10,1	25	11,2	11	18,3	64	11,4
	Hemşire	205	74	91	40,8	27	45	323	57,7
	Ebe	9	3,2	56	25,1	2	3,3	67	12
	Otomasyon	16	5,8	11	4,9	7	11,7	33	5,9
	Memur	10	3,6	11	4,9	0	0	21	3,8
	Tem. pers.	5	1,8	18	8,1	10	16,7	33	5,9
	Güvenlik	2	7	5	2,2	2	3,3	9	1,6
	Eczacı	2	0,7	2	0,9	0	0	4	0,7
	Laborant	0	0	2	0,9	1	1,7	3	0,5
	Rad. Tek.	0	0	2	0,9	0	0	2	0,4
Eğitim Durumu	Lise ve D.	28	10,1	41	18,4	16	26,7	85	15,2
	Ön Lisans	82	29,6	56	25,1	18	30	156	27,9
	Lisans	129	46,6	94	42,2	15	25	238	42,5
	Lisansüstü	17	6,1	22	9,9	10	16,7	49	8,8
	Doktora	21	7,6	10	4,5	1	1,7	32	5,7

Tablo 4.3 incelendiğinde hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha katılımcı olduğu görülmektedir. 560 kişilik katılımcı sayısının 323'ünü hemşireler oluşturmuştur. Bu da tüm katılımcıların %57,7'sini oluşturmaktadır. Kurumlar ayrı ayrı incelendiğinde de yine her bir kurumda en katılımcı meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir. Tüm katılımcılar içerisinde hemşire sayısını, 67 kişi ile ebeler ve 64 kişi sayısı ile hekimler izlemiştir. Bingöl Devlet Hastanesi'nde ve Özel Bingöl Hastanesi'nde hekimler ikinci sırada yer alırken Kadın Doğum Hastanesi'nde ikinci sırada ebeler yer almaktadır. En az katılım olan meslek grupları radyoloji teknikerleri ve laboratuvar çalışanlarıdır. Tüm katılımcılar içerisinde laboratuvar çalışanları ve radyoloji teknikerlerinin yüzdeleri sırasıyla %0,5 ve %0,4'tür. Güvenlik ve otomasyonun katılımcı sayısı ise aynı olmuştur. Eğitim durumları incelendiğinde ise en katılımcı olan grup lisans mezunu gruptur. Tüm katılımcılar arasında lisans mezunlarının oranı %42,5'tir. Bu oranı %27,9 ile ön lisans grubu takip etmektedir. En düşük katılım doktora grubundan olmuştur. Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum Hastanesi'nde katılımcıların eğitim durumları oranları tüm gruba yakın iken Özel Bingöl Hastanesi'nde en yüksek katılım ön lisans grubunda olmuştur. Ön lisans grubunu takiben lise ve dengi grup (%26,7) ve lisans (%25) grubu vardır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Meslekteki ve Birimdeki Tecrübelerine Ait Bulgular

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tecrübe	0-4	71	25,6	62	27,8	3	5	136	24,3
	5-9	90	32,5	94	42,2	33	55	217	38,8
	10-14	73	26,4	46	20,6	18	30	137	24,5
	15-19	23	8,3	14	6,3	5	8,3	42	7,5
	20-24	20	7,2	7	3,1	1	1,7	28	5
İlgili Birimde Çalışma Yılı	0-4	185	66,8	119	53,4	27	45	331	59,1
	5-9	62	22,4	67	30	25	41,7	154	27,5
	10-14	18	6,5	26	11,7	8	13,3	52	9,3
	15-19	6	2,2	7	3,1	0	0	13	2,3
	20-24	6	2,2	4	0,7	0	0	10	1,8
Gece Nöbeti	Evet	196	70,8	133	59,6	29	48,3	358	63,9
	Hayır	81	28,2	90	40,4	31	51,7	202	36,1

Tablo 4.4 incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (%38,8) 5-9 yıllık mesleki tecrübeye sahip olduğu görülmektedir. En az katılım 20-24 yıllık tecrübeye sahip ileri yaştaki çalışanlardır. Katılımcıların % 63,9'u gece nöbeti tuttuğunu belirtmiştir

Tablo 4.5. Çalışanların Çalıştıkları Birimlerle İlgili Bulgular

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Birim	Polk.	34	12,3	38	17	16	26,7	88	15,7
	Klinik	174	62,8	63	28,3	26	43,3	263	47
	Y. bakım	20	7,2	31	13,9	1	1,7	52	9,3
	Acil	13	4,7	50	22,4	11	18,3	74	13,2
	İdari Birim	11	4	3	1,3	0	0	14	2,5
	Ameliyathane	11	4	7	3,1	2	3,3	20	3,6
	D. Salonu	0	0	12	5,4	0	0	12	2,1
	Güvenlik	2	0,7	0	0	0	0	2	0,4
	Eczane	0	0	2	0,9	0	0	2	0,4
	Kan Alma	1	0,4	4	1,8	1	1,7	6	1,1
	Radyoloji	0	0	3	1,3	1	1,7	4	0,7
	Laboratuvar	1	0,4	3	1,3	2	3,3	6	1,1
	Anjiyo	3	1,1	0	0	0	0	3	0,5
	Tansiyon-EKG	0	0	4	1,8	0	0	4	0,7
	ASKOM	7	2,5	0	0	0	0	7	1,3
	NST	0	0	3	1,3	0	0	3	0,5

Araştırma sırasında en fazla çalışanın kliniklerde, yoğun bakımlarda, ameliyathanelerde ve acil birimlerinde hizmet verdiklerini gözlemledik.

Tablo 4.5 incelendiğinde çalışmamıza en yüksek katılım oranının kliniklerden olduğunu görmekteyiz. Klinikler tüm evren içerisinde 263 katılımcı ile %47’lik bir yüzdeye sahiptir. Kliniklerden sonra bu sayıyı 88 kişi ve %15,7 ile poliklinik birimi takip etmektedir. Klinik ve poliklinikten sonra en yüksek katılım grupları sırasıyla acil (%13,2) ve yoğun bakım (%9,3) birimleridir. Katılım oranlarına baktığımızda kliniklerden sonra yoğun bakım, acil ve ameliyathane oranının değil de poliklinik çalışanlarının gelme sebebi, bahsi geçen birimlerdeki çalışanların anketi doldurmaya zaman bulamamasıdır. Özellikle yoğun bakım ve ameliyathaneler kapalı alanlar olduğu için çalışanlara ulaşmak zor olmuştur. NST ve doğum salonu birimleri yalnızca Kadın Doğum Hastalıkları Hastanesi’nde bulunduğu için diğer kurumlarda bu birimlerden katılımcı yoktur. Aynı şekilde anjiyo ve ASKOM birimleri de yalnızca Bingöl Devlet Hastanesi’nde bulunduğu için diğer iki kurumda bu birimden katılımcı bulunmamaktadır. Tansiyon-EKG ve eczane birimlerinden yalnızca Kadın Doğum Hastalıkları Hastanesi’nden katılım olmuştur. Bingöl Devlet Hastanesi’nde Radyoloji biriminden hiç katılım olmamıştır. Yalnızca Bingöl Devlet Hastanesi’nde güvenlik biriminden katılımcı vardır.

Özel Bingöl Hastanesi’nden idari birimden hiç katılımcı olmamıştır. Tüm katılımcılar içerisinde en az katılımcı olan gruplar %0,4 oranıyla güvenlik ve eczane birimleridir.

Tablo 4.6. İSG İle İlgili Bulgular

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Herhangi bir iş kazası geçirdiniz mi?	Evet	34	12,3	51	22,9	11	18,3	96	17,1
	Hayır	243	87,7	172	77,1	49	81,7	464	82,9
Kurumunuzda İSG Eğitimi Veriliyor Mu?	Evet	91	32,9	116	52	39	65	246	43,9
	Hayır	186	67,1	107	48	21	35	314	56,1
COVID-19 İle İlgili Eğitim Veriliyor Mu?	Evet	107	38,6	116	52	34	56,7	257	45,9
	Hayır	170	61,4	107	48	26	43,3	303	54,1
Verilen Bu Eğitim Yeterli Mi?	Evet	74	26,7	78	35	18	30	170	30,4
	Hayır	203	73,3	145	65	42	70	390	69,6

Tablo 4.6’da katılımcılara yöneltilen İSG ile ilgili sorulara ilişkin bulgular yer almaktadır. İlk olarak çalışanlara herhangi bir iş kazası geçirip geçirmediği sorulmuştur. Çalışanların %17,1’i (96 kişi) bu soruya evet yanıtını vermiştir. Bu iş kazalarının çoğu rapor edilmemiş kazalardır. %82,9’u ise hayır yanıtını vermiştir. Kurumlar ayrı ayrı olarak incelendiğinde de hayır yanıtını veren katılımcılar çoğunluktadır.

Katılımcıların %43,9'u "Kurumunuzda düzenli aralıklarla İSG eğitimleri veriliyor mu?" sorusunu evet olarak yanıtlamıştır. Kurumlar ayrı ayrı incelendiğinde soruya Bingöl Devlet Hastanesi çalışanları büyük oranda (%67,1) hayır yanıtını vermiştir. Diğer iki kurumda ise evet yanıtı çoğunluktadır.

İSG ile ilgili yöneltilen bir diğer soru "COVID-19 pandemisi ile ilgili periyodik eğitimler veriliyor mu?" sorusudur. Tüm grubun %45,9'u evet yanıtını verirken %54,1'i hayır yanıtını vermiştir. Kurum bazında incelendiğinde ise yine Bingöl Devlet Hastanesi çalışanlarının büyük oranda(%61,4) hayır yanıtını verdiği görülmektedir. Diğer iki hastanede ise evet yanıtı çoğunluktadır.

İSG ile ilgili yöneltilen son soru ise "Eğer cevabınız evet ise verilen bu eğitimin etkili ve yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklindedir. Total grubun verdiği cevap büyük bir farkla (%69,6) hayır olmuştur. Bu verilere dayanarak kurumların İSG eğitimleri konusunda çalışanların gözünde yetersiz ve etkisiz olduğu yorumu yapılabilir. Kurumlar İSG eğitimlerine daha çok öncelik vermelidir. İş kazaları ve meslek hastalıklarından doğacak doğrudan ve dolaylı maliyetlerin azaltılması ve çalışan sağlığının ve güvenliğinin korunması için İSG uygulamaları büyük önem arz etmektedir. İSG eğitimleri de bu uygulamaların çok önemli bir parçasıdır.

Tablo 4.7. Çalışanların Pandemi Süresince Sözel veya Fiziksel Şiddete Maruz Kalmalarına İlişkin Bulgular

Hastane	BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam		
	N=277		N=223		N=60		N=560		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Bu Süreçte Sözel Şiddete Maruz Kaldım	Evet	177	63,9	153	68,6	35	58,3	365	65,2
	Hayır	100	36,1	70	31,4	25	41,7	195	34,8
Bu Süreçte Fiziksel Şiddete Maruz Kaldım	Evet	17	6,1	11	4,9	1	1,7	29	5,2
	Hayır	260	93,9	212	95,1	59	98,3	531	94,8

Tablo 4.7'de çalışanların pandemi süresince sözel veya fiziksel şiddete maruz kalmalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Elde ettiğimiz bulgulara göre katılımcıların %65,2'si pandemi sürecinde sözlü şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Kurumlar ayrı ayrı olarak incelendiğinde de yine 3 hastanede de evet yanıtını verenlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Tablonun ikinci kısmında da çalışanların %5,2'sinin fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirttiği görülmektedir.

Tüm kurumlar ayrı ayrı incelendiğinde de hayır yanıtı çoğunluktadır. Sağlık bakım profesyonellerine en çok ihtiyaç duyulan bu dönemde katılımcıların sözel veya fiziksel şiddete maruz kalmaları veya kalma ihtimalleri onların psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yalnızca bu durumu deneyimleyen bireyler değil aynı zamanda diğer bakım profesyonellerinin de motivasyonunu düşürebilen bu durumlar, sağlık bakım profesyonellerinin tükenmişlik sendromu, anksiyete, stres ve depresyon deneyimleme ihtimallerini arttırmaktadır. Bu durumda, çalışanların hastalara kaliteli hizmet sunma olanakları düşer ve dolayısıyla sağlık sektöründe kalite ve verimlilik düşmesi kaçınılmaz olur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Aylık Çalışma Saatlerine ve Covid Vardiyasında Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Hastane		BDH		KDÇH		ÖBH		Toplam	
		N=277		N=223		N=60		N=560	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Aylık Ortalama Çalışma Saati	120-159	3	1,1	3	1,3	0	0	6	1,1
	160-199	241	87	176	78,9	17	28,3	434	77,5
	200-240	33	11,9	44	19,7	43	71,7	120	21,4
COVID Vardiyasında Çalıştınız mı?	Evet	223	80,5	82	36,8	2	3,3	307	54,8
	Hayır	54	19,5	141	63,2	58	96,7	253	45,2
Haftalık Ortalama COVID Vardiyasında Çalışma Saati	0-29	69	24,9	163	73,1	60	100	292	52,1
	30-39	189	68,2	32	14,3	0	0	221	39,5
	40-49	17	6,1	28	12,6	0	0	45	8
Salgının Başından Beri Tahmini COVID Vardiyasında Çalışma Gün Sayısı	0-49	83	30	182	81,6	59	98,3	324	57,9
	50-99	37	13,4	37	16,6	0	0	74	13,2
	100-149	79	28,5	2	0,9	0	0	81	14,5
	150-199	44	15,9	2	0,9	1	1,7	47	8,4
	200 ve üstü	34	12,3	0	0	0	0	34	6,1

Tablo 4.8'de katılımcıların aylık çalışma saatleri ve COVID vardiyasında çalışma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde çalışanların büyük bir kısmının (%77,5) aylık ortalama 160-199 saat aralığında çalıştığı görülmektedir. BDH ve KDÇH kamu kurumu olduğu için çalışanlar aylık mesaiyi doldurmak zorundadırlar.

120-159 saat aralığında çalıştığını belirten çalışanlar süt ve annelik izni olan kadın katılımcılardır. Katılımcıların kalan kısmı da aylık ortalama 200-240 saat aralığında çalıştığını belirtmiştir. Ayda bu kadar saat çalışmak ciddi bir yorgunluk nedenidir. Sağlık sektöründe fiziksel ve psikolojik çalışma yükünün fazla olduğuna önceki bölümlerde değinilmişti. Salgının getirdiği yükler de eklenince çalışanların iş performansının düşmesi kaçınılmaz olur. Bir de aylık çalışma saatlerinin fazla olması mevcut fiziki ve psikolojik yükü daha da arttıracaktır. Tüm bu nedenlerden dolayı çalışanların aylık çalışma saatleri, personel eksiklikleri giderilerek düşürülmelidir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%54,8) COVID vardiyanında çalıştığını belirtmiştir. Kurumlar ayrı ayrı incelendiğinde ise BDH' de evet yanıtının çoğunlukta olduğu, KDÇH ve ÖBH' de ise hayır yanıtının çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bunun nedeni korona virüslü hastaların yoğun olarak BDH' de tedavi edilmiş olmasıdır. ÖBH' de yatılı olarak COVID-19 hasta bakılmamış olsa bile acil ve poliklinik birimlerine başvuran ve tanısı olmasa bile şüpheli COVID vakası olanlar nedeniyle çalışanlar kendilerini tehdit altında hissetmiştir. ÖBH' de COVID vardiyanında çalıştığını belirtenlerin bu nedenle evet seçeneğini yanıtladıkları olduğu tahmin edilmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%52,1) haftalık 0-39 saat COVID vardiyanında çalıştığını belirtmiştir. BDH' de haftalık 30 saat ve daha fazla COVID vardiyanında çalıştığını belirten katılımcılar çoğunlukta. Bu durumun, salgın döneminde en çok korona virüslü hastanın BDH' de bakılmasından ve personel azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Son olarak katılımcılara salgının başından beri tahmini olarak kaç gün COVID vardiyanında çalıştıklarına ilişkin bir soru yöneltilmiştir. Çalışanların %57,9'u toplamda 0-49 gün arasında COVID vardiyanında çalıştığını belirtmiştir. Ancak pandemi hastanesi olan BDH' de bu oran farklı çıkmıştır. Bu kurumda çalışanların %28,5'i toplamda yaklaşık 100-149 gün çalıştığını belirtmiştir. Bunun, salgının başından beri en fazla vakanın orada bakılması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

4.1.2. COVID Dönemi Motivasyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılara tarafımızca hazırlanan “COVID Dönemi” ölçeğine ait bulgular yer almaktadır. Ölçekte katılımcılara bu süreçte ailelerinden, çevrelerinden ve yöneticilerinden motivasyon arttırıcı dönütler alıp almadıkları sorulmuştur. Yine bu süreçte herhangi bir psikolojik destek ihtiyacı doğup doğmadığı da ölçülmeye çalışılmıştır. Ölçeğe ait ortalama ve standart sapma değerleri aşağıda tablo 4.9 'da yer almaktadır.

Verilerin yorumlanmasında Çınar, Bektaş ve Aslan(2011) tarafından yapılan çalışmada kullanılan ortalamaları değerlendirme aralığı tablosu kullanılmıştır.

Tablo 4.9. Ortalamaları Değerlendirme Aralığı Tablosu (Çınar, Bektaş ve Aslan, 2011)

Aralık	Cevap
1,00-1,80	Kesinlikle Katılmıyorum
1,81-2,61	Katılmıyorum
2,61-3,40	Kararsızım
3,41-4,20	Katılıyorum
4,21-5,00	Tamamen katılıyorum

Tablo 4.10. Katılımcıların KD Ölçeğine Ait Bulguları

Sorular	Ort.	Sonuç
	SS	
Bu süreçte yöneticilerimiz tarafından motivasyonumuzu arttırıcı geri dönüşler aldık.	2,2875	Katılmıyorum
	1,08388	
Bu süreçte ailemiz ve çevremiz tarafından motivasyonumuzu arttırıcı geri dönüşler aldık.	3,3661	Kararsızım
	1,17209	
COVID hastasına bakım uygularken giydiğimiz ekipmanın yetersiz geldiğini ve ekipmana rağmen hastalığın bulaşacağını düşündüğüm zamanlar oluyor.	3,0804	Kararsızım
	1,26278	
Pandemi sürecinin belirsizliği beni kaygılandırıyor.	3,7125	Tamamen Katılıyorum
	1,17420	
Pandeminin ilk zamanlarında yaşadığım kaygılarda herhangi bir azalma olmadı.	3,1286	Kararsızım
	1,13392	
Bu süreçte yaşadığım zorlukların üstesinden gelmek için bir uzman(psikolog, psikiyatrist) desteğine ihtiyaç duyduğum zamanlar oldu.	2,5571	Katılmıyorum
	1,24623	
Genel Ortalama	3,0220	Kararsızım

Tablo 4.10’da yer alan bulgular incelendiğinde ölçeğe verilen cevapların genel ortalaması 3,0220 çıkmıştır. Bu değer Tablo 4.9’a göre “Kararsızım” kategorisine girmektedir. Yani “Kesinlikle Katılıyorum” veya “Kesinlikle Katılmıyorum” gibi net bir sonuç elde edilmemiştir. Soruların ayrıntılı ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamaya 4. Sorunun sahip olduğu görülmektedir. 3,7125’lik bir ortalama ile “Katılıyorum” kategorisinde yer almaktadır. Yani çalışanların çoğu salgının belirsizliği nedeniyle kaygılanmaktadır. Bir diğer yüksek ortalamaya sahip olan soru 2. sorudur. 3,3661 ortalama ile “Katılıyorum” a yaklaşmıştır.

Katılımcılar salgın sürecinde aileleri ve çevreleri tarafından motive edilmiştir. Yöneticilerle ilgili olan ilk sorunun ortalamasının düşük olması da oldukça dikkat çekicidir. Yöneticiler bu süreçte büyük rol oynamaktadır. Çünkü çalışanların artmış olan fiziki ve psikolojik yükleri iş performansını ve çalışma kalitesini düşürebilmektedir.

Bu süreçte psikolojik olarak destek ihtiyacı hisseden katılımcı sayısının az olduğu görülmektedir. Çünkü son soruda yer alan ifadenin ortalama değeri 2,5571 çıkmış olup “Katılmıyorum” kategorisinde yer almıştır. Katılımcılara yöneltilen ekipmanın yetersiz gelme hissi ile ilgili sorunun ortalama değeri ise 3,0804 çıkarak “Kararsızım” kategorisine girmiştir.

4.1.3. Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, anketin üçüncü kısmı olan Yetişkin Yaşam Doyumu Ölçeği ’ne verilen yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Verilerin ortalama değerleri Aslan vd. (2021) çalışmasında kullandığı ortalama değerlendirme aralıkları kullanılarak yorumlanmıştır. Bu değerlendirme aralıkları aşağıda tablo 4.11 ‘de yer almaktadır.

Yakın geçmişe kadar psikoloji biliminde sürekli olumsuz duygular araştırılmıştır. Son 50 yıldır çalışmalarda olumlu duygulara yer verilmiştir. Bunlardan biri de yaşam doyumudur. Yani yaşam doyumunu bireylerin ruhsal iyi oluşunu etkileyen önemli bir duygudur (Kaba vd., 2016).

Tablo 4.11. YYDÖ Ortalamaları Değerlendirme Aralığı

Memnuniyet Düzeyi	Değerlendirme Aralığı	n	%
Düşük	5-17	242	43,2
Orta	18-23	175	31,3
Yüksek	24-35	143	25,5

Tablo 4.12. Katılımcıların Yaşam Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Bulguları

Sorular	Ort. ± SS
1. Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var	4,0679±2,17294
2. Yaşam koşullarım mükemmeldir	3,5679±1,68303
3. Yaşamım beni tatmin ediyor	3,7446±1,71726
4. Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim	4,1018±1,61234
5. Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	3,2911±1,74366
Genel Ortalama	3,7546

Tablo 4.12'ye göre katılımcıların Yaşam Memnuniyeti ölçeğine verdikleri yanıtların ortalaması 3,7546 çıkmıştır. Tablo 4.11 incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (%43,2) yaşam memnuniyeti düzeyinin düşük çıktığı görülmektedir. Yalnızca 143 kişinin yaşam memnuniyeti seviyesi yüksek çıkmıştır. Bu da tüm katılımcıların %25,5'ine denk gelmektedir. Bu oran oldukça düşüktür.

Yaşam memnuniyetinin psikolojik iyi hal üzerinde etkili olduğuna daha önce de değinilmişti. Sağlık çalışanların ruhsal iyiliklerini sürdürmek için yalnızca stres, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik sendromunu önlemek yeterli olmaz. Aynı zamanda yaşam memnuniyeti düzeylerini de yüksekte tutmak önem arz etmektedir. Düşük yaşam memnuniyetine sahip çalışanların verimi de düşebilmektedir.

4.1.4. Stres Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde anketin dördüncü kısmında yer alan stres ölçeğine verilen yanıtlara ilişkin analizler yer almaktadır. Sorulara ait ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerlerine bu kısım içerisinde yer verilmiştir.

Soruların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.14'te yer almaktadır. Verilerin yorumlanmasında Aslan vd. (2021) alışmasında yer alan aralıklar kullanılmıştır. Bu değerlendirme aralıkları aşağıda tablo 4.13'te yer almaktadır.

Tablo 4.13. Stres leği Toplamları Değerlendirme Aralığı (Aslan, 2021)

Algılanan Stres	Değerlendirme Aralığı	n	%
Düşük	0-13	0	0
Orta	14-19	5	0,9
Yüksek	20-40	555	90,1

Tablo 4.14. Katılımcıların Stres leğine İlişkin Bulguları

Sorular	Ort. ± SS
Geçen ay, beklenmedik bir şekilde meydana gelen bir şey yüzünden ne sıklıkla üzüldünüz?	3,1750±0,95783
Gecen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	3,2196±0,98284
Gecen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve "stresli" hissettiniz?	3,4732±0,98613
Gecen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	3,1786±0,87106
Gecen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	3,0000±0,94386
Gecen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	3,2482±0,94812
Gecen ay, hayatınızdaki zorlukları(rahatsızlıkları) ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	3,2768±0,89132
Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	3,1768±0,98966
Gecen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?	3,4304±0,92789
Gecen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?	3,2571±1,02471
Genel Ortalama	3,2436

Tablo 4.13'te stres ölçeğine ait sonuçların yorumlanmasında kullanılan aralıklar ve her bir aralığa düşen frekanslar yer almaktadır. Tabloda yer alan verilere göre çalışmamıza dahil edilen katılımcıların %90,1'i (555 kişi) yüksek düzeyde stres deneyimlemektedir. Bu oran çok ciddi bir orandır ve mutlaka dikkate alınması gerekmektedir. Stres düzeyi yüksek bireylerin iş veriminin düşmesi de olasıdır. Sağlık sektöründe daha kaliteli bir hizmet anlayışı için ve en önemlisi salgın sürecinin iyi yönetilmesi için sağlık bakım profesyonellerinin ruhsal iyilik hali düzeltilmelidir.

Tablo 4.14’te stres ölçeğine ait ortalama değerler yer almaktadır. Tüm soruların ortalaması 3,2436 çıkarken en yüksek ortalamaya sahip olan soru ise 3. Sorudur. Tüm soruların toplamlarına ait ortalama değer 32,4357 çıkmıştır. Bu değer tablo 4.13’e göre yüksek kategorisinde yer almaktadır.

4.1.5. Tükenmişlik Sendromu Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde ankette yer alan Maslach Tükenmişlik Sendromu Ölçeği’ ne verilen yanıtlara ait bulgular yer almaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu olduğundan her bir alt boyuta ait değerler ayrı ayrı hesaplanarak yorumlanmıştır. Tükenmişlik boyutlarının her birine düşen frekans ve yüzde değerleri aşağıda tablo 4.15’te yer almaktadır. Tablo 4.16’ da da bu ölçeğin sorularına verilen yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.15. TSD ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular (Ardıç& Polatçı, 2008)

Tükenmişlik Düzeyleri						
	Düşük		Normal		Yüksek	
	0-16		17-26		27 ve üzeri	
Duygusal Tükenme	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
		15	2,7	136	24,3	409
Duyarsızlaşma	0-6		7-12		13 ve üzeri	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	0	0	22	3,9	538	96,1
Kişisel Başarı	39 ve üzeri		32-38		0-31	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	236	48,4	185	26,8	139	24,8

Tablo 4.15’te katılımcıların büyük çoğunluğunun duygusal tükenme (%73) ve duyarsızlaşma (%96,1) deneyimlediği görülmektedir. Katılımcıların yarısına yakını (%48,4) düşük kişisel başarı deneyimlemektedir.

Tablo 4.16’da Tükenmişlik Sendromu ölçeğine ait soruların ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.16. Tükenmişlik Sendromu Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Alt Boyut	Sorular	Ort. ± SS	Toplam. ± SS
Duygusal Tükenme	Kendi işimden duygusal olarak soğuduğumu hissediyorum.	4,3214±2,00988	31,6696±8,16115 (Yüksek)
	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.	4,7607±1,87819	
	İşimin beni tükettiğini hissediyorum.	5,0304±2,48951	
	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.	4,3696±2,51667	
	İşimde gücümün üstünde çalıştığımı düşünüyorum.	4,7179±2,04486	
	Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.	4,6339±2,52428	
	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	3,8357±1,80383	
Duyarsızlaşma	İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	5,2500±3,52070	25,8551±8,47400 (Yüksek)
	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	4,5857±1,90465	
	Bazı hastalara onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.	2,5482±1,92093	
	Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.	3,6661±1,79771	
	Bu mesleğin beni duygusal olarak katılaştırmasından korkuyorum	3,7214±1,86894	
	Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.	2,6875±2,54066	
	Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.	3,3946±1,80527	
Kişisel Başarı Eksikliği	Hastaların pek çok konuda neler hissettiğini anlayabilirim.	5,1571±1,68979	37,3911±8,37786 (Yüksek)
	Hastaların sorunlarını etkili şekilde hallederim.	5,2339±3,45644	
	İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	4,9054±1,59156	
	Kendimi çok enerjik hissediyorum	3,9393±2,06943	
	Hastalara rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	4,7857±1,73478	
	Hastalarla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	4,0893±1,83464	
	Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.	4,7071±2,08323	
	İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	4,5732±1,81674	
Genel Ortalama		4,3144	94,9374±16,72317

Tablo 4.16'ya göre tükenmişlik sendromu ölçeğine verilen cevapların ortalamasının 4,3144 olduğu görülmektedir. Tabloda ölçeklere ait toplamaların ortalama değerleri de yer almaktadır. Buna göre, tükenmişlik sendromunun alt boyutlarının tamamı yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

4.1.6. Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Anketin son bölümünde Beck Depresyon ve Anksiyete ölçekleri yer almaktadır. Çalışmanın bu bölümünde depresyon ölçeğine ilişkin bulgular yorumlanmıştır. Sonuçlar, Aslan'ın (2021) çalışmasında kullandığı değerlendirme aralıkları ile yorumlanmıştır. Bu aralıklar ve sonuçlar aşağıda tablo 4.17'de yer almaktadır.

Tablo 4.17. Depresyon Ölçeğine Ait Bulgular

Depresyon Düzeyi	Değerlendirme Aralığı	Frekans	%
Normal	0-4	0	0
Hafif	5-9	9	1,6
Orta	10-14	86	15,4
Orta Şiddet	15-19	185	33,1
Şiddetli	20-27	280	49,9

Tablo 4.17'de yer alan bulgulara göre katılımcıların yarısı (%49,9) şiddetli depresyon deneyimlemektedir. Katılımcıların %33,1'i orta şiddetli depresyon deneyimlemektedir. Kalan katılımcılar ise orta ve hafif düzeyde depresyon deneyimlemektedir. Orta, orta şiddetli ve şiddetli depresyon deneyimleyenlerin oranı %98,4'tür. Bu oran çok ciddi bir düzeydedir. Bu ölçek daha önce de değinildiği gibi depresyon tanısı koymamaktadır, ancak depresyon bulguları açısından, elde edilen bu yüzde dikkate alınması gereken bir düzeydedir. Tablo 4.18'de depresyon sorularına ait toplamların ortalama değeri, 19,5492 çıkmıştır. Bu değer Tablo 4.17'ye göre orta şiddetli kategorisinde yer almaktadır.

Tablo 4.18. Depresyon Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Sorular	Ort. ± SS	Toplam ±SS
Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	2,4250±0,92939	19,5492±5,07937
Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	2,3500±0,91831	
Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak	2,3946±1,00427	
Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	2,5929±0,96557	
İştahsızlık veya çok fazla yemek	2,3089±0,97698	
Kendinizi kötü hissetmeniz veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	2,0696±0,92499	
Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	2,0554±0,93365	
Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine—normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	1,8661±0,89618	
Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceler	1,4821±0,78198	
Genel Ortalama	2,1714	

4.1.7. Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, anketin son kısmında yer alan ikinci ölçeğin yani Beck Anksiyete Ölçeği' nin bulguları yer almaktadır. Bulgular, Aslan'ın (2021) kullandığı değerlendirme aralıkları kullanılarak yorumlanmıştır. Değerlendirme aralıkları ve her bir aralığa düşen frekans ve yüzde değerleri tablo 4.19 'da yer almaktadır.

Tablo 4.19. Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulgular

Anksiyete Düzeyi	Değerlendirme Aralığı	Frekans	%
Normal	0-4	0	0
Hafif	5-9	43	7,7
Orta	10-14	174	31,2
Şiddetli	15-21	343	61,1

Tablo 4.19'a göre katılımcıların %61,1'i şiddetli anksiyete deneyimlemektedir. Kalan katılımcılar da hafif ve orta düzeyde anksiyete yaşamaktadır. Katılımcıların %92,3'ü orta veya şiddetli anksiyete yaşamaktadır.

Tablo 4.20. Anksiyete Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Sorular	Ort. ± SS	Toplam±SS
Sinirli, kaygılı, endişeli misiniz	2,3714±0,85928	16,2258±4,81834
Endişelerinizi kontrol edememe ya da durduramama	2,3023±0,85079	
Farklı konularda çok fazla endişelenme	2,3357±0,87592	
Gevşeyip rahatlayamama	2,4347±1,54929	
Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır huzursuz olma	2,2304±0,85358	
Çabuk sinirlenme, kızma ya da huzursuz olma	2,3000±0,84549	
Çok kötü bir şey olacak diye korkma	2,2464±0,88920	
Genel Ortalama	2,3171	

4.1.8. Verilerin Normallik Analizi ve Uygun Yöntemin Seçilmesi

İstatistiksel çalışmalar yapılırken en temel yaklaşım normal dağılımdır. Birçok istatistiksel analiz, bu dağılım temel alınarak yapılmaktadır. Eldeki verilerin normallik analizi yapıldıktan sonra, veriler normal dağılıyorsa kullanılacak olan testler parametrik testlerdir (Url-1). Tablo 4.21’de verilere ait normallik test sonuçları ve merkezi eğilim ölçüleri yer almaktadır.

Tablo 4.21. Verilerin Normallik Testlerine İlişkin Sonuçlar

Ölçeğin Adı	Ort.	SS	Ortanca Değer	Çarpıklık	Basıklık
KD	3,0220	0,58173	3,0000	-0,269	0,125
YM	3,7546	1,46853	3,8000	0,113	-0,425
ST	3,2436	0,49541	3,2000	0,211	1,326
TSD	4,3144	0,75976	4,2727	0,584	1,343
ANK	2,3171	,68770	2,2857	0,627	1,985
DEP	2,1714	,56415	2,1667	0,320	0,261

Araştırma yapanlar SPSS ile analiz yaparken çarpıklık ve basıklık değerleri için $\pm 1,0$ veya $\pm 2,0$ mutlak değerini temel alabilir (Şencan ve Fidan,2020). Tablo 4.21’de yer alan sonuçlara göre tüm ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 2,0$ sınırları içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle çalışmamızda kullanılan ankette yer alan ölçeklerin normal dağılıma sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Veriler normal dağıldığından parametrik testler kullanılarak veriler arasında anlamlılık düzeyi araştırılmıştır.

Parametrik testlerden t-testi ve tek yönlü ANOVA analizi kullanılmıştır. T- testi iki grup arasındaki anlamlılık düzeyini araştırmayı sağlarken ANOVA analizi 2’den fazla grup arasında anlamlılık düzeyini araştırmamıza yardımcı olmuştur.

4.1.9. Hipotezlerin Test Edilmesi

4.1.9.1. H₁ Hipotezinin Test Edilmesi

H₁: Sağlık çalışanlarının COVID dönemindeki ruhsal durumunda cinsiyetlerine göre anlamlı bir fark vardır.

Tablo 4.22. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Cinsiyet Değişkenine Göre t-testi Sonuçları-1

Ölçek Adı	Ort.	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Ort. Fark	Ort. Standart Hatası
	Kadın							
COVID Dönemi	3,1285	,379	,538	5,725	558	,000	,28249	,04935
	2,8460							
Yaşam Memnuniyeti	3,6917	,278	,598	-1,305	558	,192	-,16708	,12798
	3,8588							
Stres	3,2613	,898	,344	1,090	558	,276	,04710	,04319
	3,2142							
Tükenmişlik Sendromu	4,3713	,269	,604	2,287	558	,023	,15098	,06601
	4,2203							
Anksiyete	2,3179	,187	,666	,035	558	,972	,00207	,06002
	2,3158							
Depresyon	2,2050	2,509	,114	1,815	558	,070	,08910	,04910
	2,1159							

Tablo 4.22’ye göre COVID Dönemi (P=0,538), Yaşam Memnuniyeti (P=0,598), Stres (P=0,344), Tükenmişlik Sendromu (P=0,604), Anksiyete (P=0,666) ve Depresyon ölçeklerine ait (P=0,114) P değerleri 0,05’ten büyük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.23. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Cinsiyet Değişkenine Göre t-testi Sonuçları-2

Ölçek Adı	Ort.	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Ort. fark	Ort. Standart Hatası
	Kadın							
	Erkek							
Duygusal Tükenme	4,5706	4,647	,032	1,211	558	,226	,12308	,10163
	4,4475							
Duyarsızlaşma	3,7953	,411	,522	2,575	557	,010	,27084	,10519
	3,5245							
Kişisel Başarı Eksikliği	4,7009	1,197	,274	,786	558	,432	,07178	,09135
	4,6291							

Duygusal Tükenme ölçeğinin P (0,032) değeri 0,05'ten küçük olduğu için kadın gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Kadın katılımcılar daha fazla duygusal tükenme deneyimlemektedir. Duyarsızlaşma (P=0,522) ve Kişisel Başarı ölçeklerinin (P=0,274) P değerleri 0,05'ten büyük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

4.1.9.2. H₂ Hipotezinin Test Edilmesi

H₂ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda medeni durumuna göre anlamlı bir fark vardır

Tablo 4.24. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Medeni Duruma Göre t-testi Sonuçları-1

Ölçek Adı	Ort.	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Ort. fark	Ort. Standart Hatası
	Evli							
	Bekar							
COVID Dönemi	3,0077	,090	,764	-,802	558	,423	-,04150	,05174
	3,0492							
Yaşam Memnuniyeti	3,7662	2,988	,084	,257	558	,797	,03357	,13069
	3,7326							
Stres	3,2381	,525	,469	-,357	558	,721	-,01574	,04408
	3,2539							
Tükenmişlik Send.	4,3433	3,229	,073	1,240	558	,215	,08376	,06752
	4,2595							
Anksiyete	2,2960	2,047	,153	-1,001	558	,317	-,06124	,06115
	2,3573							
Depresyon	2,1210	,340	,560	-2,932	558	,004	-,14610	,04982
	2,2671							

Tablo 4.24 incelendiğinde COVID Dönemi (P=0,764),Yaşam Memnuniyeti (P=0,084), Stres (P=0,469), Tükenmişlik Sendromu (P=0,073), Anksiyete (P=0,153) ve Depresyon ölçeklerine ait (P=0,560) P değerleri 0,05'ten büyük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmaktadır

Tablo 4.25. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Medeni Durum Değişkenine Göre t-testi Sonuçları-2

Ölçek Adı	Medeni durum	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Ort. fark	Ort. Standart Hatası
	Evli							
	Bekar							
Duygusal Tükenme	4,5134	,463	,496	-,302	558	,763	-,03135	,10375
	4,5448							
Duyarsızlaşma	3,7404	10,146	,002	1,261	557	,208	,13570	,10763
	3,6047							
Kişisel Başarı Eksikliği	4,7217	4,3655	,037	1,493	558	,136	,13883	,09301
	4,5829							

Duygusal Tükenme ölçeğine ait P(0,496) değeri 0,05'ten büyük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmaktadır.

Duyarsızlaşma ölçeğine ait P (0,002) değeri 0,05'ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmaktadır. Grup ortalamalarına bakıldığında evli katılımcıların daha fazla duyarsızlaştığı sonucuna varılmaktadır.

Kişisel Başarı ölçeğine ait P (0,37) değeri 0,05'ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmaktadır. Grup ortalamalarına bakıldığında evli katılımcıların daha fazla kişisel başarı eksikliği deneyimlediği görülmektedir.

4.1.9.3. H₃ Hipotezinin Test Edilmesi

H₃ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda yaşlarına göre anlamlı bir fark vardır. Yaş için oluşturulan gruplar gruplar 2'den fazla olduğu için tek yönlü ANOVA testi kullanılarak gruplar karşılaştırılmıştır. Tek Yönlü ANOVA testi ile anlamlı bir fark olup olmadığını araştırdıktan sonra bu etkinin büyüklüğünün de hesaplanması önemlidir. Etki büyüklüğü hesaplanırken ANOVA tablosundaki gruplar arası varyansın, toplam varyansa bölünmesiyle elde edilir.

Bu değer 0 ile 1 arasında bir değer alabilmektedir. Bu değer 0,01 ise küçük, 0,06 ise orta ve 0,14 ise geniş etki büyüklüğü olduğu anlamına gelmektedir (Green and Salkind, 2005).

Tablo 4.26. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Yaş Gruplarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1

Yaş Grubu	N	Ort.	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	P	Anlamlı fark
COVID Dönemi									
15-20(1)	8	2,9583	,64087						
21-30(2)	281	3,1382	,55687	Gruplar Arası	8,327	2,082			
31-40(3)	205	2,8894	,59863	Grup İçi	180,846	,326	6,389	,000	2-3
41-50(4)	57	2,9825	,50364	Toplam	189,173				
50ve üstü(5)	9	2,7222	,69222						
Total	560	3,0220	,58173						
Yaşam Mem.									
15-20(1)	8	4,1000	1,33951						
21-30(2)	281	3,6690	1,42506	Gruplar Arası	46,416	11,604			
31-40(3)	205	4,0546	1,47918	Grup İçi	1159,112	2,088	5,556	,000	2-3
41-50(4)	57	3,1123	1,39694	Toplam	1205,528				3-4
50ve üstü(5)	9	3,3556	1,66966						
Total	560	3,7546	1,46853						
Stres									
15-20(1)	8	3,5500	,55549						
21-30(2)	281	3,2377	,49288	Gruplar Arası	2,195	,549			
31-40(3)	205	3,2707	,46265	Grup İçi	135,002	,243	2,256	,062	
41-50(4)	57	3,1070	,54637	Toplam	137,197				
50ve üstü(5)	9	3,4000	,74498						
Total	560	3,2436	,49541						
Tükenmişlik Send.									
15-20(1)	8	4,3409	,73172						
21-30(2)	281	4,3706	,75719	Gruplar Arası	3,906	,977			
31-40(3)	205	4,2842	,74546	Grup İçi	318,772	,574	1,700	,148	
41-50(4)	57	4,2233	,83877	Toplam	322,679				
50ve üstü(5)	9	3,8030	,46466						
Total	560	4,3144	,75976						
Anksiyete									
15-20(1)	8	2,3036	,62241						
21-30(2)	281	2,4053	,68598	Gruplar Arası	4,625	1,156			
31-40(3)	205	2,2369	,65144	Grup İçi	259,741	,468	2,470	,044	2-3
41-50(4)	57	2,2080	,78528	Toplam	264,366				
50ve üstü(5)	9	2,0952	,72139						
Total	560	2,3171	,68770						
Depresyon									
15-20(1)	8	1,8472	,56010						
21-30(2)	281	2,2565	,56462	Gruplar Arası	4,863	1,216			
31-40(3)	205	2,0959	,53797	Grup İçi	173,048	,312	3,899	,004	2-3
41-50(4)	57	2,1092	,59964	Toplam	177,911				
50ve üstü(5)	9	1,9136	,54935						
Total	560	2,1714	,56415						

Tablo 4.26'ya göre COVID Dönemi ölçeğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark ($p < 0,05$) olduğu görülmektedir. *Tukey testi* sonucuna göre 21-30 ($m=3,1382$) yaş grubu ile 31-40 ($m=2,8894$) yaş grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Gruplara ait ortalama değerlere bakıldığında, 21-30 yaş grubu COVID döneminde daha çok motivasyon artırıcı geri dönüşler almıştır ve daha çok psikolojik destek ihtiyacı duymuştur. Anlamlı bir fark olup olmadığını araştırdıktan sonra bu etkinin büyüklüğü de hesaplanmıştır.

Formüle göre; $8,327/189,173=0,044$ sonucuna ulaşılmaktadır. Bu değer 0,06'ya yakın olduğundan orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Yaşam Memnuniyeti ölçeğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. *Tukey* testi sonucuna göre 21-30 yaş ($m=3,6690$) ile 31-40 yaş ($m=4,0546$) arasında ve 31-40 yaş ($m=4,0546$) ile 41-50 yaş ($m=3,1123$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. 31-40 yaş grubunun yaşam memnuniyeti hem 21-30 yaş grubundan hem de 41-50 yaş grubunda daha yüksektir. Etki büyüklüğü değeri de formülden $46,416/1205,528=0,0385$ bulunmuştur. Bu değer 0,06'ya yakın olduğundan orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stres ve Tükenmişlik Sendromu ölçeklerinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark ($p>0,05$) olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.29'a göre Anksiyete ölçeğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü ise formülden; $4,625/264,366=0,0174$ bulunur. Bu değer 0,01'ye yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Depresyon ölçeğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. *Tukey* testi sonucuna göre, 21-30 yaş ($m=2,2565$) ile 31-40 yaş ($m=2,0959$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Gruplara ait ortalama değerlere bakıldığında 21-30 yaş aralığının daha çok depresyon deneyimlediği görülmektedir. Etki büyüklüğü değeri ise formülden; $4,863/177,911=0,0273$ bulunur. Bu değer 0,01'e yakın olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 4.27. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Yaş Gruplarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2

Yaş Grubu	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Fark
Duygusal Tükenme									
15-20(1)	8	4,6294	1,23002						
21-30(2)	281	4,4544	1,07736	Gruplar Arası	8,518	2,129			
31-40(3)	205	4,3333	1,15186	Grup İçi	751,316	1,354	1,573	,180	-
41-50(4)	57	4,0159	1,07011	Toplam	759,834				
50ve üstü(5)	9	4,5242	1,16588						
Total	560	4,6294	1,23002						
Duyarsızlaşma									
15-20(1)	8	3,7857	1,17803						
21-30(2)	281	3,8302	1,21149	Gruplar Arası	21,367	5,342			
31-40(3)	205	3,6352	1,18748	Grup İçi	796,373	1,437	3,716	,005	2-5
41-50(4)	57	3,3810	1,18799	Toplam	817,740				
50ve üstü(5)	9	2,6508	1,14087						
Total	560	3,6936	1,21057						
Kişisel Başarı									
15-20(1)	8	4,6406	1,03172						
21-30(2)	281	4,6170	,95638	Gruplar Arası	3,168	,792			
31-40(3)	205	4,7024	,96850	Grup İçi	609,884	1,099	,721	,578	-
41-50(4)	57	4,8640	1,60414	Toplam	613,052				
50ve üstü(5)	9	4,6250	1,16592						
Total	560	4,6739	1,04723						

Tablo 4.27'ye göre Tükenmişlik Sendromu alt kategorilerine ilişkin karşılaştırmalar incelendiğinde yaş grupları arasında Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı bir fark ($p>0,05$) olmadığı görülmektedir.

Duyarsızlaşma ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu görülmektedir. Tukey testi sonucuna göre; 21-30 yaş grubu ($m=3,8302$) ile 50 ve üstü yaş grubu ($m=2,6508$) arasında anlamlı bir fark vardır. Ortalama değerler dikkate alındığında 21-30 yaş grubu daha çok duygusal tükenme deneyimlemektedir. Etki büyüklüğü formülünden $21,367/817,740=0,0261$ bulunur. Bu değer 0,01'e yakın olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.1.9.4. H₄ Hipotezinin Test Edilmesi

H₄ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda eğitim durumuna göre anlamlı bir fark vardır. Eğitim durumlarına ilişkin gruplar 2'den fazla olduğu için tek yönlü ANOVA analizi ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo 4.28. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Eğitim Durumuna Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1

Eğitim Durumu	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı fark
COVID Dönemi									
Lise ve D.(1)	85	2,7922	,56455						
Önlisans(2)	156	3,0630	,50316	Gruplar Arası	5,955	1,489			
Lisans(3)	238	3,0665	,59110	Grup İçi	183,218	,330	4,509	,001	1-2,3,4
Lisansüstü(4)	49	3,1259	,54913	Toplam	189,173				
Doktora(5)	32	2,9427	,80167						
Total	560	3,0220	,58173						
Yaşam Memnuniyeti									
Lise ve D.(1)	85	3,2000	1,36661						
Ön lisans(2)	156	3,5064	1,17400	Gruplar Arası	236,724	59,181			1-4,5
Lisans(3)	238	3,5882	1,45046	Grup İçi	968,804	1,746	33,903	,000	2-4,5
Lisansüstü(4)	49	5,3102	1,19308	Toplam	1205,528				3-4,5
Doktora(5)	32	5,2937	1,00577						
Total	560	3,7546	1,46853						
Stres									
Lise ve D.(1)	85	3,1953	,50259						
Ön lisans(2)	156	3,2205	,50695	Gruplar Arası	6,969	1,742			1-4,5
Lisans(3)	238	3,1845	,43396	Grup İçi	130,228	,235	7,425	,000	2-4,5
Lisansüstü(4)	49	3,5061	,54253	Toplam	137,197				3-4,5
Doktora(5)	32	3,5219	,57962						
Total	560	3,2436	,49541						
Tükenmişlik Sen.									
Lise ve D.(1)	85	4,0444	,67573						
Ön lisans(2)	156	4,3578	,80298	Gruplar Arası	19,031	4,758			1-2,4,5
Lisans(3)	238	4,2544	,73364	Grup İçi	303,647	,547	8,696	,000	2-5
Lisansüstü(4)	49	4,6492	,76778	Toplam	322,679				3-4,5
Doktora(5)	32	4,7543	,55344						4-1,3
Total	560	4,3144	,75976						5-1,2,3
Anksiyete									
Lise ve D.(1)	8	2,2185	,64440						
Ön lisans(2)	281	2,3202	,70114	Gruplar Arası	5,217	1,304			1-5
Lisans(3)	205	2,3217	,68549	Grup İçi	259,149	,467	2,793	,026	4-5
Lisansüstü(4)	57	2,2259	,58962	Toplam	264,366				
Doktora(5)	9	2,6696	,80358						
Total	560	2,3171	,68770						
Depresyon									
Lise ve D.(1)	8	2,1072	,50670						
Önlisans(2)	281	2,1795	,63840	Gruplar Arası	1,245	,311			
Lisans(3)	205	2,1918	,52142	Grup İçi	176,666	,318	,978	,419	2-3
Lisansüstü(4)	57	2,0839	,62671	Toplam	177,911				
Doktora(5)	9	2,2847	,52794						
Total	560	2,1714	,56415						

COVID Dönemi ölçeğinde eğitim durumuna ait gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile lise ve dengi grup ($m=2,7922$) ile, ön lisans ($m=3,0630$), lisans ($X=3,0665$) ve lisans üstü ($m=3,1259$) grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerlerine bakıldığında; COVID Dönemi ölçeğinde en düşük ortalamaya sahip olan lise ve dengi grup ön lisans, lisans ve lisansüstü gruba göre daha negatif bir eğilimdedir.

Yani lise ve dengi grup daha az motive edici tepki ile karşılaşmış olup daha az psikolojik desteğe ihtiyaç duymuştur. Etki büyüklüğü formülden $5,955/189,173= 0,0314$ bulunur. Bu değer 0,01'e yakın olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Yaşam Memnuniyeti ölçeğinde eğitim durumuna ait gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile; lise ve dengi grup ($m=3,2000$) ile lisansüstü ($m=5,3102$) ve doktora grubu ($m=5,2937$) arasında; ön lisans grubu ($m=3,5064$) ile lisansüstü ve doktora grubu arasında; lisans grubu ($m=3,5882$) ile lisansüstü ve doktora grubu arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır. Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında lisansüstü ve doktora grubu katılımcıların yaşam memnuniyeti düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Etki büyüklüğü de formülden $236,724/1205,528=0,196$ bulunmuştur. Bu değer 0,14'ten büyük olduğundan geniş etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stres ölçeğinde eğitim durumuna ait gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile; lise ve dengi grup ($m=3,1953$) ile lisansüstü ($m=3,5061$) ve doktora grubu ($m=3,5219$) arasında; ön lisans grubu ($m=3,2205$) ile lisansüstü ve doktora grubu arasında; lisans grubu ($m=3,1845$) ile lisansüstü ve doktora grubu arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır. Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında; lise ve dengi grubun stres ölçeğine verdiği yanıtların ortalama değeri lisansüstü ve doktora grubuna göre daha düşük olduğu ve lise ve dengi grubun daha az stres deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır. Etki büyüklüğü formülden $6,969/137,197= 0,050$ bulunmuştur. Bu değer 0,06'ya yakın olduğundan orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tükenmişlik Sendromu ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile; lise ve dengi grup ($m=4,0444$) ile ön lisans ($m=4,3578$), lisansüstü ($m=4,6492$) ve doktora grubu ($m=4,7543$) arasında; ön lisans grup ile doktora grubu arasında; lisans grubu ($m=4,2544$) ile lisansüstü ve doktora grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grup ortalamaları dikkate alındığında; lise ve dengi grubun, ön lisans, lisansüstü ve doktora grubuna göre daha az tükenmiş olduğu görülmüştür. Ön lisans grubunun doktora grubundan daha az tükenmiş olduğu görülmüştür. Lisans grubu, lisansüstü ve doktora grubuna göre daha az tükenmiştir.

Etki büyüklüğü; $19,031 / 322,679 = 0,058$ bulunmuştur. Bu değer 0,06'ya yakın olduğundan orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anksiyete ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) tespit edilmiştir. *Tukey* testi ile; lise ve dengi grup ($m = 2,2185$) ile doktora ($m = 2,6696$) grubu arasında ve lisansüstü grup ($m = 2,2259$) ile doktora grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında lise ve dengi grubun doktora grubuna göre daha pozitif bir yaklaşım içinde olduğu ve lisansüstü grubun da doktora grubuna göre daha pozitif bir yaklaşım içinde olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü; $5,217 / 264,366 = 0,197$ bulunmuştur. Bu değer 0,14'e yakın olduğundan geniş etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Depresyon ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.29. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Eğitim Durumuna Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2

Eğitim Durumu	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı fark
Duygusal Tükenme									
Lise ve D.(1)	8	4,2555	1,02189						
Ön lisans(2)	281	4,5714	1,18549	Gruplar Arası	19,785	4,946			
Lisans(3)	205	4,4586	1,25482	Grup İçi	740,049	1,333	3,710	,005	1-4,5
Lisansüstü(4)	57	4,8571	,94401	Toplam	759,834				
Doktora(5)	9	4,9866	,77346						
Total	560	4,5242	1,16588						
Duyarsızlaşma									
Lise ve D.(1)	8	3,4857	1,02192						
Ön lisans(2)	281	3,7564	1,34348	Gruplar Arası	20,378	5,094			
Lisans(3)	205	3,5906	1,14788	Grup İçi	797,362	1,439	3,540	,007	1-5
Lisansüstü(4)	57	4,0357	1,42111	Toplam	817,740				
Doktora(5)	9	4,1920	,85530						
Total	560	3,6936	1,21057						
Kişisel Başarı									
Lise ve D.(1)	8	4,3485	,95297						
Ön lisans(2)	281	4,6971	,98282	Gruplar Arası	18,972	4,743			
Lisans(3)	205	4,6565	1,13984	Grup İçi	594,081	1,070	4,431	,002	1-4,5
Lisansüstü(4)	57	5,0077	,95859	Toplam	613,052				
Doktora(5)	9	5,0430	,71955						
Total	560	4,6739	1,04723						

Tablo 4.29'a göre, Duygusal Tükenme ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile; lise ve dengi grup ($m = 4,2555$) ile lisansüstü ($m = 4,8571$) ve doktora ($m = 4,9866$) grupları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında ise; lise ve dengi grubun ortalaması diğer iki gruptan düşük olduğu için duygusal tükenmede lise ve dengi daha pozitif eğilimdedir. Etki büyüklüğü, $19,785/759/834=0,026$ 'dır. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Duyarsızlaşma ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi sonucuna göre lise ve dengi grup ($m=3,4857$) ile doktora grubu ($m=4,1920$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Grup ortalamaları dikkate alındığında doktora grubu katılımcıların daha fazla duyarsızlaştığı görülmektedir. Etki büyüklüğü, $20,378/817,740=0,024$ 'tür. Bu değer 0,01'e yakın olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu tespit edilmiştir.

Kişisel Başarı ölçeğinde eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle lise ve dengi grup ($m=4,3485$) ile lisansüstü ($m=5,0077$) ve doktora ($m=5,0430$) grupları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grup ortalamaları dikkate alındığında, lise ve dengi grubun lisansüstü ve doktora gruplarından daha fazla kişisel başarı eksikliği deneyimlediği görülmektedir. Etki büyüklüğü, $18,972/613,052=0,030$ 'dur. Bu değer 0,01'e yakın olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.1.9.5. H₅ Hipotezinin Test Edilmesi

H₅Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda mesleğine göre anlamlı bir fark vardır. Bu aşamada sağlık çalışanlarının mesleklerinin salgın sürecinde stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik sendromu deneyimleme durumunu etkileyip etkilemediği test edilmiştir. Bu aşamada analizin daha doğru sonuç verebilmesi için düşük örnekleme olan gruplar çıkarılarak analiz yapılmıştır. Ayrıca salgından en yoğun etkilenen gruplar hekimler, hemşireler ve ebeler olduğu için yalnızca bu üç grup analize dahil edilmiştir. Bu gruplar 2'den fazla olduğu için tek yönlü ANOVA analizi kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo 4.30. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Mesleğe Göre ANOVA Analizi Sonuçları

Meslek Grubu	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı fark
COVID Dönemi									
Hekim(1)	64	3,0521	,71076	Gruplar Arası	,035	,017	,051	,950	
Hemşire(2)	323	3,0694	,56998	Grup İçi	153,259	,336			-
Ebe(3)	67	3,0846	,50783	Toplam	153,166				
Total	454	3,0692	,58212						
Yaşam Memnuniyeti									
Hekim(1)	64	5,4563	1,07288	Gruplar Arası	190,046	95,023	53,512	0,000	
Hemşire(2)	323	3,5734	1,35093	Grup İçi	800,850	1,776			1-2,3
Ebe(3)	67	3,7761	1,45998	Toplam	990,896				
Total	454	3,8687	1,47899						
Stres									
Hekim(1)	64	3,5547	,52642	Gruplar Arası	8,145	4,072	17,497	0,000	
Hemşire(2)	323	3,1737	,47151	Grup İçi	104,970	,233			1-2,3
Ebe(3)	67	3,3194	,49121	Toplam	113,114				
Total	454	3,2489	,49970						
Tükenmişlik Sendromu									
Hekim(1)	64	4,7180	,58313	Gruplar Arası	7,418	3,709	6,519	0,002	
Hemşire(2)	323	4,3511	,81437	Grup İçi	256,003	,569			1-2,3
Ebe(3)	67	4,3487	,57335	Toplam	263,421				
Total	454	4,4026	,76341						
Duygusal Tükenme									
Hekim(1)	64	4,9487	,80787	Gruplar Arası	9,879	4,939	3,587	0,028	
Hemşire(2)	323	4,5268	1,23875	Grup İçi	621,022	1,377			1-2
Ebe(3)	67	4,5160	1,14014	Toplam	630,900				
Total	454	4,5846	1,18013						
Duyarsızlaşma									
Hekim(1)	64	4,1183	,83631	Gruplar Arası	9,893	4,946	3,173	0,043	
Hemşire(2)	322	3,6912	1,34319	Grup İçi	701,605	1,559			1-2
Ebe(3)	67	3,7100	1,08995	Toplam					
Total	454	3,7543	1,25464		711,498				
Kişisel Başarı									
Hekim(1)	64	5,0410	,71445	Gruplar Arası	4,094	2,047	1,920	,148	
Hemşire(2)	323	4,7697	1,09614	Grup İçi	480,758	1,066			-
Ebe(3)	67	4,7612	,96696	Toplam	484,852				
Total	454	4,8067	1,03456						
Anksiyete									
Hekim(1)	64	2,3787	,73748	Gruplar Arası	,923	,462	,926	,397	
Hemşire(2)	323	2,3034	,72306	Grup İçi	224,410	,499			-
Ebe(3)	67	2,2111	,58181	Toplam	225,333				
Total	454	2,3002	,70606						
Depresyon									
Hekim(1)	64	2,1406	,57317	Gruplar Arası	,177	,089	,051	,950	
Hemşire(2)	323	2,1971	,57757	Grup İçi	151,259	,336			-
Ebe(3)	67	2,1987	,59677	Toplam	151,437				
Total	454	2,1894	,57882						

Yaşam Memnuniyeti ölçeğinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile; hekim ($m=5,4563$) ile hemşire ($m=3,5734$) ve ebe ($m=3,7761$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Ortalama değerlere bakıldığında; hekimlerin en fazla yaşam memnuniyetine sahip olduğu görölmektedir. Etki büyüklüğü, $190,046/990,896=0,2$ 'dir. Bu değer 0,14'ten büyük olduğu için geniş etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stres ölçeğinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görölmektedir. *Tukey* testi ile, hekimler ($m=3,5547$) ile hemşire ($m=3,1737$) ve ebe ($m=3,3194$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere bakıldığında; hekimlerin hemşire ve ebelerden daha fazla stres yaşadığı sonucuna varılmaktadır. Etki büyüklüğü, $8,145/113,114= 0,072$ 'dir. Bu değer 0,06'ya yakın olduğu için orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tükenmişlik Sendromu ölçeğinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görölmektedir. *Tukey* testiyle hekimler ($m=4,718$) ile hemşire ($m=4,3511$), ve ebeler ($m=4,3487$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere bakıldığında; hekimlerin en yüksek ortalama ile en fazla tükenen grup olduğu görölmektedir. Etki büyüklüğü, $7,418/263,421= 0,028$ 'dir. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Duygusal Tükenme ölçeğinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görölmektedir. *Tukey* testiyle hekimler ($m=4,9487$) ile hemşireler ($m=4,5268$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. değerlere bakıldığında; hekimlerin hemşirelerden daha fazla duygusal tükenme yaşadığı görölmektedir. Etki büyüklüğü $9,879/630,900= 0,015$ 'tir. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Duyarsızlaşma ölçeğinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görölmektedir. *Tukey* testiyle hekimler ($m=4,1183$) ile hemşireler ($m=3,6912$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerlere bakıldığında; hekimlerin hemşirelerden daha fazla duyarsızlaştığı görölmektedir. Etki büyüklüğü $0,177/151,437= 0,001$ 'dir. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

COVID Dönemi, Kişisel Başarı, Anksiyete ve Depresyon ölçeklerinde meslek grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

4.1.9.6. H₆ Hipotezinin Test Edilmesi

H₆ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumunda meslekte çalışma yılına göre anlamlı bir fark vardır. Mesleki deneyim için oluşturulan gruplar 2'den fazla olduğu için tek yönlü ANOVA analizi kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tablo 4.31. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Mes. Yıllarına Göre ANOVA Analizi Sonuçları-1

Çalışma Yılı	N	M	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı fark
COVID Dönemi									
0-4(1)	136	3,0515	,50165						
5-9(2)	217	3,0760	,57867	Gruplar Arası	3,428	,857			
10-14(3)	137	2,9611	,64209	Grup İçi	185,745	,335	2,560	,038	2-5
15-19(4)	42	3,0317	,59837	Toplam	189,173				
20-24(5)	28	2,7440	,56743						
Total	560	3,0220	,58173						
Yaşam Memnuniyeti									
0-4(1)	136	3,4471	1,57202						
5-9(2)	217	4,0673	1,24085	Gruplar Arası	50,828	12,707			
10-14(3)	137	3,6934	1,59412	Grup İçi	1154,700	2,081	6,108	,000	1-2 2-5
15-19(4)	42	3,8381	1,47052	Toplam	1205,528				
20-24(5)	28	3,0000	1,41735						
Total	560	3,7546	1,46853						
Stres									
0-4(1)	136	3,1206	,47346						
5-9(2)	217	3,2991	,44190	Gruplar Arası	4,217	1,054			
10-14(3)	137	3,3226	,53756	Grup İçi	132,980	,240	4,400	,002	1-2,3
15-19(4)	42	3,1857	,55987	Toplam	137,197				
20-24(5)	28	3,1107	,55733						
Total	560	3,2436	,49541						
Tükenmişlik Sendromu									
0-4(1)	136	4,2092	,70560						
5-9(2)	217	4,3378	,74292	Gruplar Arası	5,062	1,266			
10-14(3)	137	4,4449	,81752	Grup İçi	317,616	,572	2,211	,067	-
15-19(4)	42	4,1721	,72724	Toplam	322,679				
20-24(5)	28	4,2192	,83016						
Total	560	4,3144	,75976						
Anksiyete									
0-4(1)	136	2,3442	,64850						
5-9(2)	217	2,3723	,62667	Gruplar Arası	7,114	1,778			
10-14(3)	137	2,3483	,75032	Grup İçi	257,252	,464	3,837	,004	1-5 2-5
15-19(4)	42	2,1054	,83363	Toplam	264,366				3-5
20-24(5)	28	1,9235	,62631						
Total	560	2,3171	,68770						
Depresyon									
0-4(1)	136	2,2541	,59535						
5-9(2)	217	2,1525	,49428	Gruplar Arası	3,309	,827			
10-14(3)	137	2,2068	,62174	Grup İçi	174,602	,315	2,630	,034	1-4
15-19(4)	42	1,9735	,63512	Toplam	177,911				
20-24(5)	28	2,0397	,42468						
Total	560	2,1714	,56415						

COVID Dönemi ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle 5-9 yıl deneyimi olanlar ($m=3,0760$) ile 20-24 yıl deneyimi olanlar ($m=2,7440$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortamalar dikkate alındığında “5-9 yıl deneyimi olan çalışanlar daha fazla motivasyon artırıcı geri dönüşler almış ve daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaç duymuştur” sonucuna ulaşılmıştır.

Etki büyüklüğü $3,428/189,173=0,08$ 'dir. Bu değer $0,01$ 'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Yaşam Memnuniyeti ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle 0-4 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,4471$) ile 5-9 yıllık deneyimi olanlar ($m=4,0673$) arasında; 5-9 yıllık deneyimi olanlar ile 20-24 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,0000$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında 5-9 yıllık deneyimi yıllık deneyimi olan katılımcıların yaşam memnuniyeti 0-4 yıl deneyimi olan katılımcılardan ve 20-24 yıl deneyimi olan katılımcılardan daha yüksektir. Etki büyüklüğü $50,828/1205,528=0,042$ 'dir. Bu değer $0,06$ 'ya yakın olduğu için orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stres ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle 0-4 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,1206$) ile 5-9 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,2991$) ve 10-14 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,3226$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerler dikkate alındığında 10-14 yıl deneyimi olan katılımcılar 0-4 yıl deneyimi olan katılımcılardan ve 5-9 yıl deneyimi olan katılımcılardan daha fazla stres deneyimlemektedir. Etki büyüklüğü $4,217/137,197=0,030$ 'dur. Bu değer $0,01$ 'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tükenmişlik Sendromu ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

Anksiyete ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle 20-24 yıllık deneyimi olanlar ($m=1,9235$) ile 0-4 yıllık deneyimi olanlar ($m=2,3442$) ; 5-9 yıllık deneyimi olanlar ($m=2,3723$); 10-14 yıllık deneyimi olanlar ($m=2,3483$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında 20-24 yıllık deneyimi olan katılımcıların diğer gruplara oranla daha fazla anksiyete deneyimlediği sonucuna varılmıştır. Etki büyüklüğü $7,114/264,366=0,026$ 'dır. Bu değer $0,01$ 'e yakından düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Depresyon ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle 0-4 yıllık deneyimi olanlar ($m=2,2541$) ile 15-19 yıllık deneyimi olanlar ($m=1,9735$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. 0-4 yıllık deneyimi olan katılımcılar 15-19 yıllık deneyimi olan katılımcılardan daha fazla depresyon deneyimlemektedir. Etki büyüklüğü $3,309/177,911=0,018$ 'dir. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 4.32. Sağlık Çalışanlarının Mes. Yıllara Göre ANOVA Analizi Sonuçları-2

Çalışma Yılı	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı fark
Duygusal Tükenme									
0-4(1)	136	4,3803	1,16256						
5-9(2)	217	4,5648	1,08699	Gruplar Arası	23,861	5,965			
10-14(3)	137	4,7852	1,25430	Grup İçi	735,974	1,326	4,498	,001	1-3
15-19(4)	42	4,3197	1,21866	Toplam	759,834				3-5
20-24(5)	28	3,9388	,93187						
Total	560	4,5242	1,16588						
Duyarsızlaşma									
0-4(1)	136	3,6187	1,02987						
5-9(2)	216	3,8108	1,27460	Gruplar Arası	20,340	5,085			
10-14(3)	137	3,7967	1,24017	Grup İçi	797,400	1,439	3,533	,007	2-5
15-19(4)	42	3,4422	1,20014	Toplam	817,740				3-5
20-24(5)	28	3,0255	1,16581						
Total	559	3,6936	1,21057						
Kişisel Başarı									
0-4(1)	136	4,3803	1,16256						
5-9(2)	217	4,5648	1,08699	Gruplar Arası	22,225	5,556			
10-14(3)	137	4,7852	1,25430	Grup İçi	590,828	1,065	5,219	,000	5-1,2,3,4
15-19(4)	42	4,3197	1,21866	Toplam	613,052				
20-24(5)	28	3,9388	,93187						
Total	560	4,5242	1,16588						

Duygusal Tükenme ölçeğinde mesleki yıllara ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle, 0-4 yıllık deneyimi olanlar ($m=4,3803$) ile 10-14 yıllık deneyimi olanlar ($m=4,7852$) arasında ve 10-14 yıllık deneyimi olanlar ile 20-24 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,9388$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerleri dikkate alındığında 10-14 yıllık deneyimi olan katılımcıların 0-4 yıllık deneyimi olan ve 20-24 yıllık deneyimi olan katılımcılardan daha fazla duygusal tükenme yaşadığı görülmektedir. Etki büyüklüğü, $23,861/759,834=0,031$ 'dir. Bu değer 0,01'e yakından olduğundan düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Duyarsızlaşma ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tukey testiyle, 5-9 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,8108$) ile 20-24 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,0255$) arasında ve 10-14 yıllık deneyimi olanlar ($m=3,7967$) ile 20-24 yıllık deneyimi olanlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerlerine bakıldığında; 5-9 yıllık deneyimi olan katılımcıların ve 10-14 yıllık deneyimi olan katılımcıların 20-24 yıllık deneyimi olan katılımcılardan daha fazla tükenmiş olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü, $20,340/817,740=0,024$ 'tür. Bu değer 0,01'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Kişisel Başarı ölçeğinde meslekteki çalışma yıllarına ilişkin gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testiyle, 20-24 yıllık deneyimi olanlar ile tüm gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Grupların ortalama değerleri tablodan incelendiğinde en düşük ortalamaya sahip olan grubun 20-24 yıllık deneyimi olanlar olduğu görülmektedir. 20-24 yıllık deneyimi olan katılımcılar tüm gruplardan daha az kişisel başarı eksikliği yaşamaktadır. Etki büyüklüğü, $22,225/613,052=0,036$ 'dır. Bu değer 0,06'ya yakın olduğu için orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.1.9.7. H₇ Hipotezinin Test Edilmesi

H₇ Hipotezi: Sağlık çalışanlarının COVID döneminde ruhsal durumu çalışılan hastaneye göre anlamlı bir fark vardır. Çalışma 3 hastanede yapıldığı için veriler tek yönlü ANOVA analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.33. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumunda Çalışılan Hastaneye Göre Anova Analizi Sonuçları

Hastane	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Top.	Kareler Ort.	F	P	Anlamlı fark
COVID Dönemi									
BDH(1)	277	2,9663	,63184	Gruplar Arası	3,031	1,515	4,534	,011	1-2
KDÇH(2)	223	3,1121	,50980	Grup İçi	186,142	,334			
ÖBH(3)	60	2,9444	,55631	Total	189,173				
Total	560	3,0220	,58173						
Yaşam Memnuniyeti									
BDH(1)	277	3,5285	1,45710	Gruplar Arası	28,046	14,023	6,633	,001	1-2
KDÇH(2)	223	3,9803	1,46576	Grup İçi	1177,482	2,114			
ÖBH(3)	60	3,9600	1,39335	Total	1205,528				
Total	560	3,7546	1,46853						
Stres									
BDH(1)	277	3,2375	,47262	Gruplar Arası	,724	,362			-
KDÇH(2)	223	3,2753	,53665	Grup İçi	136,473	,245	1,477	,229	
ÖBH(3)	60	3,1533	,42961	Total	137,197				
Total	560	3,2436	,49541						
Tükenmişlik Sendromu									
BDH(1)	277	4,4494	,79199	Gruplar Arası	10,916	5,458	9,751	,000	1-2,3
KDÇH(2)	223	4,2120	,73745	Grup İçi	311,763	,560			
ÖBH(3)	60	4,0720	,55097	Total	322,679				
Total	560	4,3144	,75976						
Anksiyete									
BDH(1)	277	2,2989	,76138	Gruplar Arası	,242	,121	,255	,775	-
KDÇH(2)	223	2,3425	,63487	Grup İçi	264,124	,474			
ÖBH(3)	60	2,3071	,49823	Total	264,366				
Total	560	2,3171	,68770						
Depresyon									
BDH(1)	277	2,2138	,60731	Gruplar Arası	1,052	,526	1,657	,192	-
KDÇH(2)	223	2,1219	,53948	Grup İçi	176,859	,318			
ÖBH(3)	60	2,1593	,42093	Total	177,911				
Total	560	2,1714	,56415						
Duygusal Tükenme									
BDH(1)	277	4,5993	1,21473	Gruplar Arası	4,818	2,409	1,777	,170	-
KDÇH(2)	223	4,4914	1,15577	Grup İçi	755,016	1,356			
ÖBH(3)	60	4,3000	,93167	Total	759,834				
Total	560	4,5242	1,16588						
Duyarsızlaşma									
BDH(1)	276	3,8131	1,25852	Gruplar Arası	9,470	4,735	3,257	,039	-
KDÇH(2)	223	3,6169	1,25856	Grup İçi	808,270	1,454			
ÖBH(3)	60	3,4286	,59747	Total	817,740				
Total	559	3,6936	1,21057						
Kişisel başarı									
BDH(1)	277	4,8750	1,05203	Gruplar Arası	22,302	11,151	10,514	,000	1-2,3
KDÇH(2)	223	4,4882	1,05390	Grup İçi	590,750	1,061			
ÖBH(3)	60	4,4354	,80993	Total	613,052				
Total	560	4,6739	1,04723						
Total	560	3,3903	,43663						

COVID Dönemi ölçeğinde, hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğu ($P<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile BDH ($m=2,9663$) ile KDÇH ($m=3,1121$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin ortalama değerleri dikkate alındığında KDÇH'nin KD ölçeğinde daha pozitif bir yaklaşım içerisinde olduğu görülmektedir.

Yani KDÇH' de çalışanlar salgın döneminde daha fazla motive edici geri dönüşler almış ve bu dönemde daha çok psikolojik desteğe ihtiyaç duymuştur. Etki büyüklüğü, $3,031/189,173=0,016$ 'dır. Bu değer $0,01$ 'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Yaşam Memnuniyeti ölçeğinde hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile BDH ($m=3,5285$) ile KDÇH ($m=3,9803$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerler dikkate alındığında KDÇH'nin yaşam memnuniyetinin BDH' den daha yüksek olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü, $28,046/1205,528=0,023$ 'tür. Bu değer $0,01$ 'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tükenmişlik Sendromu ölçeğinde hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile BDH ($m=4,4494$) ile KDÇH ($m=4,2120$) ve ÖBH ($m=4,0720$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalamalar dikkate alındığında en fazla BDH çalışanlarının tükenmişlik sendromu yaşadığı anlaşılmaktadır. Etki büyüklüğü, $10,916/322,679=0,033$ 'tür. Bu değer $0,01$ 'e yakın olduğu için düşük etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Kişisel Başarı ölçeğinde hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. *Tukey* testi ile BDH ($X=4,8750$) ile KDÇH ($X=4,4882$) ve ÖBH ($X=4,4354$) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Ortalama değerler dikkate alındığında en fazla BDH çalışanlarının kişisel başarı eksikliği deneyimlediği görülmektedir. Etki büyüklüğü $22,302/613,052=0,036$ 'dır. Bu değer $0,06$ 'ya yakın olduğu orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stres, Anksiyete, Depresyon, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ölçeklerinde hastaneler arasında anlamlı bir fark olmadığı ($P>0,05$) tespit edilmiştir.

4.1.10. Korelasyon Analizi

Tablo 4.43.'te verilerin korelasyon analizine ilişkin sonuçları yer almaktadır. Veriler normal dağılım gösterdiğinden *Pearson Korelasyon* yöntemi kullanıldı. Tablo 6.1'de yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ve çalışılan hastaneye ilişkin bulgular ile ruhsal durumu ölçmek için oluşturulan tüm ölçekler arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

Korelasyon katsayısının değeri aşağıdaki şekilde yorumlanabilir (Akgül ve Osman, 2003):

$r=0$ ise, X ve Y arasında korelasyon yok; $r=1$ ise tam pozitif korelasyon,

$0,00 < r \leq 0,25$ ise çok zayıf pozitif korelasyon ,

$0,026 \leq r \leq 0,49$ ise zayıf pozitif korelasyon,

$0,50 \leq r \leq 0,69$ ise orta dereceli pozitif korelasyon,

$0,70 \leq r \leq 0,89$ ise kuvvetli (yüksek) pozitif korelasyon,

$0,90 \leq r < 1$ ise çok kuvvetli (çok yüksek pozitif korelasyon vardır).

Pozitif korelasyon sınırlarına göre negatif korelasyon sınırları aşağıdaki gibi yazılabilir (Karagöz, 2019):

$r=-1$ ise tam negatif korelasyon,

$-0,25 \leq r < 0,00$ ise çok zayıf negatif korelasyon,

$-0,49 \leq r \leq -0,26$ ise zayıf negatif korelasyon,

$-0,69 \leq r \leq -,050$ ise orta dereceli negatif korelasyon,

$-0,89 \leq r \leq -0,70$ ise kuvvetli (yüksek) negatif korelasyon,

$-1 \leq r \leq -0,90$ ise çok kuvvetli (çok yüksek) negatif korelasyon var demektir.

Tablo 4.34. Korelasyon Analizine İlişkin Sonuçlar

	YAŞ	EĞT	YIL	KD	YM	ST	TSD	DT	DYS	KB	ANK	DEP	TOP.
YAŞ	1	-,125**	,675**	-,160**	-,041	-,039	-,096*	-,102*	-,150**	,060	-,120**	-,113**	-,148**
EĞT	-,125**	1	-,102*	,098*	,364**	,149**	,191**	,126**	,106*	,152**	,087*	,039	,294**
YIL	,675**	-,102*	1	-,100*	-,026	,039	,027	-,016	-,073	,143**	-,122**	-,101*	-,039
KD	-,160**	,098*	-,100*	1	,024	,207**	,184**	,188**	,131**	,052	,202**	,127**	,365**
YM	-,041	,364**	-,026	,024	1	,161**	,028	,052	-,023	,027	-,045	-,169**	,295**
ST	-,039	,149**	,039	,207**	,161**	1	,348**	,299**	,248**	,153**	,300**	,176**	,583**
TSD	-,096*	,191**	,027	,184**	,028	,348**	1	,761**	,722**	,525**	,252**	,304**	,856**
DT	-,102*	,126**	-,016	,188**	,052	,299**	,761**	1	,466**	,074	,332**	,301**	,713**
DYS	-,150**	,106*	-,073	,131**	-,023	,248**	,722**	,466**	1	-,024	,342**	,293**	,649**
KB	,060	,152**	,143**	,052	,027	,153**	,525**	,074	-,024	1	-,165**	,017	,357**
ANK	-,120**	,087*	-,122**	,202**	-,045	,300**	,252**	,332**	,342**	-,165**	1	,568**	,535**
DEP	-,113**	,039	-,101*	,127**	-,169**	,176**	,304**	,301**	,293**	,017	,568**	1	,503**
TOP.	-,148**	,294**	-,039	,365**	,295**	,583**	,856**	,713**	,649**	,357**	,535**	,503**	1
	EĞT=Eğitim, YIL= Mesleki Tecrübe, KD=COVID Dönemi, YM= Yaşam Memnuniyeti, TSD= Tükenmişlik Sendromu, DT=Duygusal Tükenme, DYS= Duyarsızlaşma, KB= Kişisel Başarı, ANK= Anksiyete, DEP= Depresyon.												

Tablo 4.43 incelendiğinde; Yaş grupları ile COVID Dönemi ölçeği arasında **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık söz konusudur ($r=-,160/p=,000$). Yani yaş arttıkça KD ölçeğine verilen yanıtların ortalaması düşmüştür. YM ($p=,335$) ve ST ($p=,352$) ölçekleri ile anlamlılık söz konusu değildir. TSD ölçeği ile **çok kuvvetli negatif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık vardır ($r=-,096/p=,024$). Yani yaş arttıkça tükenmişlik sendromu deneyimleme oranı düşmüştür. DT ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık vardır ($r=-,102/p=,016$). Yani yaş arttıkça duygusal tükenme oranı düşmektedir.

DYS ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık söz konusudur. ($r=-,150/p=,000$). Yani yaş arttıkça duyarsızlaşma oranı düşmektedir. KB ölçeği ile anlamlılık söz konusu değildir ($p=,156$). ANK ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık söz konusudur. ($r=-,120/p=,004$). Yani yaş arttıkça anksiyete düşmektedir. DEP ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık söz konusudur ($r=-,148/p=,007$). Yani yaş arttıkça depresyon düşmektedir.

Eğitim durumu ile KD ölçeği arasında **çok kuvvetli pozitif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,098/p=,021$).

Yani eğitim durumu yükseldikçe KD ölçeğine verilen yanıtların ortalaması artmıştır. YM ölçeği ile **zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,364/ p=,000$). Yani eğitim durumu arttıkça yaşam memnuniyeti artmıştır. ST ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,149/ p=,000$). Yani eğitim durumu arttıkça stres oranı da artmıştır.

TSD ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,191/ p=,000$). Eğitim durumu yükseldikçe tükenmişlik sendromu oranı artmıştır. DT ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,126/ p=,003$). Eğitim durumu arttıkça duygusal tükenme oranı artmaktadır. DYS ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,106/ p=,012$). Eğitim durumu arttıkça duyarsızlaşma artmıştır. KB ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,152/ p=,000$). Yani eğitim durumu arttıkça kişisel başarı eksikliği de artmıştır. ANK ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,087/ p=,040$). Yani eğitim durumu arttıkça anksiyete de artmıştır. DEP ölçeği ile arasında anlamlılık bulunmamıştır ($p=,359$).

Meslekteki çalışma yılı ile KD ölçeği arasında **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=-,100/ p=,018$). Yani katılımcıların tecrübesi arttıkça KD ölçeğine verdikleri yanıtların ortalaması düşmüştür. YM ($p=,538$), ST ($p=,359$), TSD ($p=,526$), DT ($p=,709$) ve DYS ($p=,084$), ölçekleri ile anlamlılık bulunmamıştır. KB ölçeği ile **çok zayıf pozitif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=,143/ p=,001$).

Yani katılımcıların tecrübesi arttıkça kişisel başarı eksikliği oranı da artmıştır. ANK ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,01 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur ($r=-,122/ p=,004$). Yani katılımcıların tecrübeleri arttıkça anksiyete düzeyi azalmıştır. DEP ölçeği ile **çok zayıf negatif** korelasyon ve 0,05 düzeyinde anlamlılık bulunmuştur. ($r=-,101/ p=,017$). Yani tecrübe arttıkça depresyon düzeyi düşmüştür.

4.1.11. Regresyon Analizi

Aralarında ilişki bulunan iki veya daha fazla değişkenin(biri bağımlı, diğeri bağımsız), arasındaki ilişkinin matematiksel olarak açıklamaya regresyon analizi denir(Can, 2018).

Regresyon analizi ile;

- Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni hangi şekilde etkilediği,
- Bağımlı değişkenin üzerindeki değişimin ne kadarının bağımsız değişken sebebiyle oluştuğu,
- Bağımsız değişkenin alacağı değerlere göre bağımlı değişkenin ne olduğu bulunmaya çalışılır (Can,2018).

4.1.11.1. Depresyon Ölçeği İçin Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 4.35. Depresyon için Regresyon Analizi

Model	B	t	Sig.
Sabit	,390	1,594	,112
Yaş	,040	1,084	,279
Cinsiyet	-,073	-1,821	,069
Medeni durum	,074	1,360	,175
Çocuk	,090	1,652	,099
Eğitim durumu	,021	1,010	,313
Mesleki tecrübe	-,011	-,442	,658
Gece nöbeti	-,019	-,471	,638
Stres	-,009	-,211	,833
Yaşam memnuniyeti	-,063	-4,399	,000
Tükenmişlik sendromu	,143	5,107	,000
Anksiyete	,420	14,027	,000
Salgına yakalanma	,083	2,082	,038
Covid hastası bakma	,070	1,691	,091
$R^2=0,397/ F=23,731/sig.=0.000<0.05$			

Yapılan regresyon analizi sonucunda ANOVA analizinde ($F=23,731, sig.=0.000<0.05$) olduğundan analiz edilen model anlamlıdır. Bulunan $R^2=0,397$ değerine göre modelin % 39.7 bağımsız değişkenler tarafından açıklanmıştır. Tablo 4.43. incelendiğinde depresyonu açıklayan faktörler salgına yakalanma, anksiyete, tükenmişlik sendromu ve yaşam memnuniyetidir. COVID-19 salgınına yakalanma durumu depresyon üzerinde pozitif anlamlı etki oluşturmuştur. Yani salgına yakalanma durumu depresyonu arttırmıştır.

Anksiyete, depresyon üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahiptir. Yani anksiyete arttıkça depresyon artmıştır. Yaşam memnuniyeti, depresyon gelişmesinde negatif ve anlamlı bir etkiye sahiptir. Yani yaşam memnuniyeti düştükçe depresyon düzeyi artmıştır. Tükenmişlik sendromu pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani depresyonun gelişmesinde tükenmişlik sendromu etkili olmuştur. Depresyon için tahmin edilen bağımlı değişken puanı şu şekildedir:

Formül: $\hat{y}=a+bx$

\hat{y} : tahmin edilen bağımlı değişken puanını,

a: regresyon denklemindeki sabit değer

b: regresyon katsayısı

Depresyon = 0,390 -0,63. Yaşam memnuniyeti+ 0,143. Tükenmişlik sendromu + 0,420.

Anksiyete+ 0,83. Salgına yakalanma

4.1.11.2. Tükenmişlik Sendromu Ölçeği İçin Regresyon Analizi Bulguları

Yapılan regresyon analizi sonucunda ANOVA analizinde ($F=12,319, sig.=0.000<0.05$) olduğundan analiz edilen model anlamlıdır Bulunan $R^2=0,214$ değerine göre modelin % 21.4 bağımsız değişkenler tarafından açıklanmıştır.

Tablo 4.36. Tükenmişlik Sendromu için Regresyon Analizi

Model	B	t	Sig.
Sabit	3,287	9,471	,000
Yaş	-,127	-2,275	,023
Cinsiyet	-,148	-2,415	,016
Medeni durum	-,209	-2,522	,012
Çocuk	,131	1,589	,113
Eğitim durumu	,101	3,173	,002
Mesleki tecrübe	,096	2,639	,009
Gece nöbeti	-,089	-1,463	,144
Stres	,400	6,257	,000
Yaşam memnuniyeti	-,028	-1,302	,194
Anksiyete	,163	3,598	,000
Salgına yakalanma	-,075	-1,220	,223
Covid hastası bakma	-,128	-2,030	,043
$R^2=0,214/ F=12,319/sig.=0.000<0.05$			

Tablo 4.43'e göre tükenmişliği açıklayan faktörler, yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki tecrübe, stres, anksiyete ve COVID hastası bakmadır.

Yaş negatif yönde anlamlı bir etkiye sahiptir. Yani yaş arttıkça tükenmişlik düzeyi azalmıştır. Cinsiyet negatif yönde anlamlı bulunmuştur. Analiz yapılırken kadın:1, erkek:2 olarak ele alınmıştır. Yani erkeklerin tükenmişlik düzeyi kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Medeni durum negatif yönde anlamlı olarak bulunmuştur. Analizde evli:1, bekar:2 olarak ele alınmıştır. Yani evlilerde tükenmişlik düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Eğitim durumu pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmıştır. Mesleki tecrübe pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani mesleki tecrübe arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmıştır. Stres ve anksiyete ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Yani katılımcıların stres ve anksiyete seviyesi arttıkça tükenmişliği de artmıştır. COVID hastasına bakım verme durumu negatif yönde anlamlı bulunmuştur. COVID hastasına bakma sorusunda evet:1, hayır:2 olarak ele alınmıştır. Yani pandemi hastası bakmayanlar daha az tükenmişlik sendromu yaşamışlardır.

Tükenmişlik sendromu için tahmin edilen bağımlı değişken puanı şu şekildedir:

Tükenmişlik Sendromu= 3,287 – 0,023.yaş– 0,148.cinsiyet -0,209. medeni durum + 0,101. eğitim durumu 0,096. mesleki tecrübe+ 0,400. Stres+0,163. Anksiyete-0,128. COVID hastası bakma)

4.2. Tartışma

Araştırmanın yapıldığı dönemde çalışmaya katılan katılımcıların %63,9'u COVID-19 salgınına yakalandığını belirtmiştir. Aynı dönemde dünya çapında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %10'unun enfekte olduğu ve ülkemizde de sağlık çalışanlarının %10,9'unun enfekte olduğu tespit edilmiştir (Pala ve Metintaş,2020). Sağlık çalışanları direkt olarak virüs ile temas gerektiren işler yaptıkları için salgına yakalanma ihtimali de yüksektir.

Katılımcıların %58'i COVID-19 salgınına yakalanma durumunda atlatamamaktan korktuklarını belirtmiştir. Katılımcıların %60,4'ü salgın sürecinde ailesinden ayrı kaldığını belirtmiştir. Ve katılımcıların çoğu salgın sürecinin belirsizliğinden kaygılanmaktadır. Literatürde benzer bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %85'inin COVID vardiyesinde çalışırken enfeksiyona yakalanmaktan korktuğu ortaya konmuştur (Özaydın ve Güdük, 2021). Başka bir çalışmada da sağlık bakım profesyonellerinin pandemide taşıdığı ağır yük ve salgına yakalanma riski nedeniyle, stres, anksiyete ve depresyon gibi mental sorunlar yaşama ihtimallerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada bu sorunların pandemiden daha büyük ve çözülmesi zor sonuçlar doğurabileceği de eklenmiştir (Bao et al., 2020).

Katılımcıların %17,1'i iş kazası geçirdiğini belirtmiştir. Sağlık hizmeti veren kurumlar çok yoğun bir şekilde çalıştıkları ve iş kazalarını rapor etmedikleri için sağlık sektöründe meydana gelen kazaların kayıtlarına ulaşmak oldukça zordur. Ancak sağlık sektöründe en sık karşılaşılan kazalar kesici- delici alet yaralanmalarıdır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %57'sinin kesici delici alet yaralanması geçirdiği saptanmış ve kazaların sıklıkla (%57) ameliyathanelerde meydana geldiği belirtilmiştir. Aynı çalışmalarda sağlık çalışanlarının %51'inin ellerinde sıyrık bulunmuştur (Akgün, 2015).

Araştırmamızda katılımcıların %65,2'si salgın sürecinde sözel şiddete maruz kaldığını %5'i de fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu oranlar çok ciddi boyuttadır. İşin doğası gereği yoğun çalışma saatleri ve stresli çalışma ortamının olduğu sağlık sektöründe çalışanların iş yükleri oldukça fazladır.

COVID-19 pandemisinin de etkisiyle iş yükü artan sağlık bakım profesyonelleri her zamankinden daha çok anlayış ve desteğe ihtiyaç duymuştur. Böyle zorlu bir süreçte sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmak sağlık profesyonellerinin ruhsal durumunu olumsuz etkilemektedir.

Sağlık sektöründe şiddet ve şiddet ihtimali uzun süredir var olan, çalışanın psikolojisini ve kurumların hizmet kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir sorundur. Sağlık sektörü çalışanlarının şiddete maruz kalma ihtimali diğer iş kollarına göre 16 kat yüksektir. Sağlık sektöründe oluşan şiddet olayları diğer tüm iş yerlerinde olan şiddet olaylarının %25'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre, iş yerlerinde oluşabilecek şiddet olayları tahmini %1,5 gibi bir orana sahiptir. Ancak bu oran hemşirelerde %5 ve diğer sağlık sektörü çalışanları için de %4 olarak bulunmuştur (Akgün,2015).

Araştırmamızda katılımcıların %43,2'sinin yaşam memnuniyeti düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. 2022 yılında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19 dönemindeki yaşam doyumları orta düzeyde çıkmıştır (Edis ve Keten, 2022).

Yaşam doyumu düzeyi erkeklerde, evlilerde, 31-40 yaş grubu katılımcılarda, lisansüstü ve doktora düzeyinde eğitime sahip olanlarda, hekimlerde, 5-9 yıllık mesleki tecrübesi olan katılımcılarda ve KDÇH'de çalışan katılımcılarda yüksek çıkmıştır. Literatürde benzer bir çalışmada da erkek katılımcıların COVID dönemindeki yaşam doyumu düzeyi kadın katılımcılarından yüksek çıkmıştır. Bu durum, literatürdeki çoğu çalışmada kadınlarda stres, kaygı, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin erkeklere oranla daha fazla olması ile açıklanabilir. Aynı çalışmada yaşam doyumu 30-39 yaş grubunda, hekimlerde ve evli katılımcılarda yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu ve mesleki tecrübe kategorilerinde de yaşam doyumu düzeyi bizim çalışmamızla uyumlu olarak sırasıyla lisans grubunda ve 5-10 yıl tecrübeye sahip çalışanlarda yüksek çıkmıştır (Edis ve Keten, 2022).

Yapılan başka araştırmalarda da medeni durumun iş doyumunu, stres, anksiyete, depresyon ve tükendişlik düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Özaydın ve GÜdük, 2021).

Yaşam doyumunun ÖBH' de düşük çıkmasıının nedeni ÖBH' nin özel bir hastane olması ve çalışma şartlarının kamu düzeyinde olmaması olabilir. BDH' de düşük çıkması ise kurumun pandemi hastanesi olması ve yoğun bir biçimde COVID-19 hastasına bakma durumu ile açıklanabilir. Hekimlerde yüksek çıkması diğer mesleklere oranla maddi olanakların daha iyi olması veya eğitimini aldıkları branşlarda çalışma olanağının olması ile açıklanabilir.

Araştırmamız dahilindeki katılımcıların %90,1'i yüksek düzeyde stres deneyimlemektedir. Kadınlarda, bekarlarda, 15-20 yaş grubunda, lisans üstü ve doktora grubunda, hekimlerde, 10-14 yıllık mesleki tecrübesi olanlarda ve KDÇH' ye ait katılımcılarda stres düzeyi diğer gruplara oranla daha yüksek çıkmiştir.

Çin' de yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarında stresle ilişkili semptomlar %73,4 sıklığında görülmüştür. 906 sağlık çalışanı ile yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların %5,2'sinde stres saptanmıştır (Özaydın ve GÜdük, 2021).

Kadınlarda stres düzeyinin erkeklere oranla daha fazla olduğunu ortaya koyan çalışmalar literatürde mevcuttur (Özaydın ve GÜdük, 2021).

Literatürde çoğunlukla hemşirelerin doktorlara göre daha çok stres yaşadıkları yer almaktadır (Shechter vd., 2020). Ancak bizim çalışmamızda en yüksek stres düzeyi doktorlarda bulunmuştur. Bunun durumunu, salgın sürecinde hastalık ile ilgili çok fazla bilinmezlik varken tedavi ve bakımdan birincil sorumlu olmak ve karar verici olmaktan kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun duygusal tükendişme (%73) ve duyarsızlaşma (%96,1) deneyimlediği tespit edilmiştir. Katılımcıların yarısına yakını (%48,4) düşük kişisel başarı deneyimlemektedir.

Kadınlarda, evlilerde, 21-30 yaş grubunda, lisansüstü ve doktora grubunda, hekimlerde, 10-14 yıllık mesleki deneyimi olanlarda ve BDH çalışanlarında tükenmişlik verileri yüksek çıkmıştır. Duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliği kategorilerinde de en yüksek ortalama kadınlara, doktora grubu katılımcılara ve hekimlere aittir.

Literatürde yer alan Edis ve Keten, (2022) tarafından da kadın sağlık çalışanlarında tükenmişlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bur farkın, kadın ve erkeklerin biyolojik olarak birbirlerinden farklı olmasından, toplumsal rollerden ve hormonal farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde yer alan çalışmaların çoğunda elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak hemşire ve ebelerin tükenmişlik ve alt boyutlarına ait oranlar diğer meslek gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır.

Hoşgör vd. (2021) tarafından yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile tükenmişlik bulguları arasında anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur. Çalışmaya göre lisans üstü eğitimi düzeyindeki çalışanların duygusal tükenme oranları lise ve dengi eğitim düzeyindeki katılımcılardan daha yüksektir. Bu noktada elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu çıkmıştır.

Araştırmamızda yer alan katılımcıların %49,9'u şiddetli depresyon yaşıyorken %33,1'i orta şiddetli depresyon yaşamaktadır. Depresyon düzeyi, kadınlarda, bekarlarda, 21-30 yaş grubunda, doktora düzeyinde eğitim durumu olanlarda, hemşirelerde ve 10-14 yıllık mesleki deneyimi olan çalışanlarda yüksek bulunmuştur.

Literatürde Arpacıoğlu vd. (2021) yaptığı çalışmada depresyon bulguları kadınlarda, bekarlarda ve hemşirelerde yüksek çıkmıştır. Bu noktada araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu olarak kadınlarda, bekarlarda ve hemşirelerde depresyon bulguları yüksek çıkmıştır.

COVID-19 döneminde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada da katılımcıların %13,7'sinde depresyon bulgular yüksek çıkmıştır. Aynı çalışmada bizim araştırmamıza benzer olarak, evli katılımcıların depresyon bulgularının bekar katılımcılara oranla daha düşük çıktığı ortaya konmuştur (Karaman ve Yastıbaş,2021).

Bekar katılımcıların evli katılımcılardan daha fazla depresyon deneyimleme nedeninin, bekaların daha fazla yalnızlık duygularını yaşaması olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerde depresyon düzeyinin yüksek çıkması literatür ile uyumludur (Karaman ve Yastıbaş, 2021).

Katılımcıların %61,1'inde şiddetli anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. Kadınlarda, bekarlarda, 21-30 yaş grubunda, doktora düzeyinde, hekimlerde ve 5-9 yıllık mesleki tecrübesi olanlarda anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır.

İstanbul'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %52,3'ünde anksiyete tespit edilmiştir (Ataç vd., 2020). Bizim araştırmamızda da katılımcıların %61,1'inin şiddetli anksiyete deneyimlediği bulunmuştur.

Karaman ve Yastıbaş(2021)'in çalışmasında da COVID-19 hastasına bakanlarda, COVID hastası bakmayanlara nazaran daha yüksek anksiyete düzeyi tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının %26,7'sinde yaygın anksiyete belirtileri saptanmıştır.

Literatürde doktorların diğer meslek gruplarından daha az anksiyete yaşadığını gösteren çalışmalar yer almaktadır (Özaydın ve Güdük, 2021). Bu noktada elde ettiğimiz bulgu literatür ile uyumsuzdur. Çalışmamız dar bir alanda yapılmış olup daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan başka bir çalışmada da sağlık sektöründe, kadın ve bekar çalışanlarda anksiyete düzeyi yüksek çıkmıştır (Ekinci ve Ekinci, 2021). Bizim çalışmamızda ise anksiyete düzeyinde kadın ve erkek katılımcılar ile evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışmada çeşitli ölçekler kullanılarak Bingöl ilindeki sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını dönemindeki ruhsal değerlendirmesi yapılmıştır. Demografik sorulara ek olarak 6 adet ölçek kullanılmıştır. Yaşam memnuniyeti, stres, tükenmişlik sendromu, anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılmıştır. Salgın gibi acil ve endişe verici durumlarda sağlık çalışanları ön safta yer almaktadır. Tüm insanların sağlık bakım hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmesi için, sağlık bakım profesyonellerinin fizyolojik ve psikolojik sağlığını en ileriye taşımak başlıca hedef olmalıdır. Çalışmanın bu bölümünde elde ettiğimiz sonuçlar özetlenmiştir ve elde edilen bulgulara yönelik bir takım öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmaya toplamda 560 çalışan katılmıştır. Araştırmaya çoğunlukla kadın ve bakır çalışanlar katılmıştır. Çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcıların oranları hemen hemen aynıdır. Araştırmaya en fazla 21-30yaş aralığından katılım olmuştur. Çalışmaya en fazla katılan meslek grubu hemşirelerdir, hemşirelerden sonra en katılımcı gruplar ebeler ve hekimlerdir.

En fazla lisans eğitim grubundan katılım olmuştur. Çalışanların çoğu salgına yakalandığını ve ailesinden veya arkadaşlarından birisinin COVID'e yakalandığını belirtmiştir. Yine katılımcıların %34,6 'sı COVID-19'dan bir yakının vefat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu COVID-19 salgınına yakalanma durumunda atlatamamaktan korktuklarını belirtmiştir.

Anket sorularına verilen yanıtların ortalama değerlerine göre; çalışanların %43'ünde düşük düzeyde yaşam memnuniyeti bulunmuştur. %90,1'i yüksek düzeyde stres deneyimlemektedir. %73'ünde duygusal tükenme yüksek, %96'sında duyarsızlaşma yüksek çıkmıştır ve %48'inde düşük kişisel başarı bulunmuştur. Katılımcıların %49,92' sinde şiddetli depresyon ve %61,1'inde şiddetli anksiyete bulunmuştur.

Kadın ve erkekler arasında duygusal tükenme ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınlar daha fazla duygusal tükenme deneyimlemektedir.

Medeni duruma ilişkin gruplar karşılaştırıldığında, sadece duygusal tükenme ölçeğinde anlamlı bir fark tespit edilmiş ve kadın katılımcıların daha fazla duygusal tükenme deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır.

Yaş grupları arasında, COVID Dönemi ölçeğinde en yüksek ortalamaya sahip yaş grubu 21-30 yaş grubu olmuştur. Yaşam memnuniyeti en yüksek olan yaş grubu 31-40 yaş grubudur. Stres, Tükenmişlik Sendromu ve Anksiyete ölçeklerinde anlamlı bir fark olmadığı ve Depresyon ölçeğinde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. 21-30 yaş grubunun daha fazla depresyon deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı ölçeklerinde anlamlı bir fark olmadığı, Duyarsızlaşma ölçeğinde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. 21-30 yaş grubunun daha fazla duyarsızlaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim durumuna ilişkin gruplar arasında, Depresyon ölçeğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. COVID Dönemi ölçeğinde en yüksek ortalama lisansüstü gruba aittir. Lisansüstü ve doktora gruplarının yaşam memnuniyeti diğer gruplardan daha yüksek çıkmıştır. En yüksek stres ve tükenmişlik sendromu oranı doktora grubuna aittir. En yüksek anksiyete, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma değeri de doktora grubuna aittir. En fazla kişisel başarı eksikliği deneyimleyen grup lise ve dengi gruptur.

Meslek grupları arasında COVID Dönemi ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doktorlar yaşam memnuniyeti, stres, tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ölçeklerinde en yüksek ortalamaya sahiptir.

COVID Dönemi, Yaşam Memnuniyeti, Anksiyete, Duyarsızlaşma ölçeklerinde en yüksek ortalamaya sahip grup 5-9 yıllık tecrübesi olanlardır. Stres ve Tükenmişlik Sendromu ölçeklerinde en yüksek ortalama 10-14 yıllık tecrübeli olan katılımcılara aittir. Depresyon ölçeğinde en yüksek ortalama 0-4 yıl tecrübesi olanlarda çıkmıştır. Son olarak Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı ölçeklerinde en yüksek ortalama 10-14 yıl tecrübeli olan katılımcılara aittir.

COVID Dönemi ölçeğinde en yüksek ortalama Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne aittir. Yaşam memnuniyeti, stres ve anksiyete deneyimleme durumu en yüksek olan hastane Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmuştur. Tükenmişlik sendromu, depresyon, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği deneyimleme durumu en yüksek olan hastane Bingöl Devlet Hastanesi'dir.

Yapılan korelasyon analizi ile; yaş arttıkça tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, anksiyete ve depresyon oranlarının düştüğü tespit edilmiştir. Eğitim durumu arttıkça yaşam memnuniyeti, stres, tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve anksiyete deneyimleme durumunun arttığı tespit edilmiştir.

Son olarak da katılımcıların tecrübesi arttıkça kişisel başarı eksikliği deneyimleme durumunun arttığı; depresyon ve anksiyete deneyimleme durumunun azaldığı tespit edilmiştir.

Son olarak yapılan regresyon analizi ile, salgına yakalanmanın depresyonu arttırdığı bulunmuştur. Ve anksiyete arttıkça depresyonun arttığı, yaşam memnuniyeti arttıkça depresyonun azaldığı, tükenmişlik sendromu puanı yükseldikçe depresyonun da arttığı bulunmuştur.

Yaş arttıkça tükenmişlik düzeyleri azalmıştır. Tükenmişlik düzeyi erkeklerde kadınlara oranla daha düşük çıkmıştır ve bekarlarda da evlilere oranla daha düşük çıkmıştır. Katılımcıların eğitim seviyesi ve mesleki tecrübeleri arttıkça tükenmişlik sendromu düzeyleri de artmıştır. Stres ve anksiyete arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmıştır. COVID hastası bakanlarda tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

5.2. Öneriler

- Sağlık sektörü işin niteliği bakımından yoğun ve uzun çalışma saatleri olan bir sektördür. Hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında aşırı iş yükü nedeniyle çalışanlar dinlenecek zaman bulamamaktadır. Ve bu sektörde yoğun stresli çalışma ortamına rağmen kaliteli hizmet beklenmektedir.

Bu nedenle, çalışan sayıları uygun seviyeye getirilerek yorulan çalışanların dinlenebilmeleri sağlanmalıdır.

- Salgın durumunda sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal anlamda daha az hasar alması için, hizmet içi eğitimler arttırılmalı, ekipman kullanımları ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir. Çalışanların ruhsal durumları belli aralıklarla ölçülmeli (anket, mini toplantılar vb.) ve herhangi bir rahatsızlık olması durumunda ona sebep olan etkenler tespit edilerek ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Gerekli durumlarda çalışanlar rotasyon halinde çalıştırılmalı, virüs yükünün belli personellerde fazla olması engellenmelidir. Yapılacak toplantılarla çalışanların istekleri ve önerileri dikkate alınmalıdır. Bu süreçte sağlık çalışanlarına, yalnız olmadıkları hissettirilmelidir. Sağlık çalışanları kaygılarının paylaşıldığını bilirse ve yaptıkları işin kıymetinin toplum ve yöneticiler tarafından takdir gördüğünü hissederse kendi görevlerini daha büyük bir özveriyle ve daha az kaygı ile yapmaya devam edeceklerdir.
- Bu süreçteki en büyük problemlerden birisi de bilinmezlik durumuydu. Hastaların tedavilerinden, ekipmanların nasıl kullanılacağına kadar ciddi bir bilinmezlik durumu hakimdi. Çalışanlar hem kendilerini ve ailelerini corona virüs etkeninden korumak isterken hem de hastalara en uygun tedaviyi uygulayıp sağlığına kavuşturmak istiyordu. Bu da çalışanlarda ciddi bir strese neden oluyordu. Salgın durumlarında çalışanların daha iyi hizmet verebilmesi için hizmet içi eğitimlerle bilinmezlik durumları azaltılmalıdır.
- Salgının ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması tüm dünyada kaygıya neden olduğu gibi salgınla mücadelede ön safta yer alan sağlık çalışanlarında da bir kaygıya neden olmuştur. Anksiyete nedenlerini incelediğimizde salgın gibi afetlerde ortaya çıkması beklenmektedir. Kendisi ve ailesi için endişelenen ve aynı zamanda bu endişeleri yaşayan insanlara bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin kaygı düzeyinin toplumun geri kalanına oranla daha yüksek olmasını beklemek yersiz olmayacaktır. Tüm bunlar dikkate alınacak olursa sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyini azaltmanın oldukça önemli olduğu anlaşılmaktadır. Anksiyetenin patolojik düzeye ulaşmasını önlemek gerekmektedir.
- Tükenmişlik sendromu, yalnızca bu durumu deneyimleyen kişiyi etkilemekle kalmayıp hizmet verilen hastaları, beraber çalışılan ekibi ve dolayısıyla çalışılan kurumun da kalitesini etkilemektedir.

Bu nedenle tükenmişlik sendromunun oluşmasını engellemek ve tükenmişliği deneyimleyen çalışanların iyileştirilmesini sağlamak oldukça önemlidir.

- Sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu bozan olgular ile baş etmek için çalışanın ve ekibin desteğini de alarak hep birlikte mücadele edilmesi faydalı olacaktır. İlk olarak bu rahatsızlıklara neden olan etmenler düzeltilerek başlanmalıdır. Uygun çalışma saatleri ve molalar, ergonomik çalışma ortamı gibi önlemler ile başlanabilir. Yoğun çalışma alanları ve çalışma saatleri o günkü nöbet ekibi arasında eşit dağıtılabilir
- Sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu etkileyen tüm olgular gibi kronik stresi de azaltmak veya yok etmek için ilk yapılması gereken altta yatan nedeni bulmaktır. Daha sonraki yaklaşımlar da bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır. Örgütsel stres etkenleri azaltılırken diğer yandan da bireysel stres nedenleri dikkate alınarak çalışanların gerekirse psikolojik destek almaları sağlanmalıdır. Daha kaliteli ve verimli hizmet veren sağlık bakım profesyonelleri daha sağlık bir toplum için elzemdir.
- Toplumun geri kalanına daha sağlıklı hizmet verebilmek için öncelikle onlara bakım verenlerin iyilik halinin sürdürülmesi gerekmektedir. Depresyonun altta yatan nedenleri bulmak için çok detaylı bir anamnez alınmalıdır. Sadece bir nedene odaklanılmamalı tüm nedenlerin bir ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kişinin kullandığı ilaçlardan geçirdiği travmatik olaylara kadar veriler detaylı bir biçimde toplanmalıdır. İhtiyaç duyulduğu durumda profesyonel yardım almaktan geri durulmamalıdır.
- Hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet için önlemler alınmalıdır. Hastane girişlerine sıkı güvenlik önlemleri ile insanların suç unsurlarını getirmeleri yasaklanmalıdır. Ülke düzeyinde caydırıcı cezalar düzenlenerek insanların bu eğilimleri önlenmelidir. Sağlık çalışanları da hasta ve hasta yakınlarına karşı ile etkili bir iletişim biçimi kullanmalıdır.

KAYNAKLAR

Akarsu, H. (2017). Sağlık Sektöründe Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliğine Dair Bulgularının Yarı Nicel Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi Part C: Tasarım ve Teknoloji, 5(4), 35-45.

Akarsu, H. ve Güzel, M. (2016). Sağlık Sektöründe Tehlike ve Riskler. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayını, Ankara.

Akdemir, D. (2015). Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları. Milli Pediatri.

Akgül, A. ve Osman, Ç. (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Emek Ofset.

Akgün, S. (2015). Sağlık sektöründe iş kazaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(2), 67-75.

Ali, S., Noreen, S., Farooq, I., Bugshan, A. and Vohra, F. (2020). Risk assessment of healthcare workers at the frontline against COVID-19. Pakistan journal of medical sciences, 36(COVID19-S4), S99.

Ardıç, K., ve Polatci, S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), 69-96.

Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., ve Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal, 46(1), 88-100.

Arpacıoğlu, S., Gurler, M., and Cakiroğlu, S. (2021). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. International Journal of Social Psychiatry, 67(1), 84-89.

Arslan, H., Mergen, H., Mergen, B. E., Arslan, E., ve Ayyıldız, Ü. (2016). Eğitim fakültesi öğrencilerinin depresyon, anksiyete ve benlik saygısı puanlarının farklı değişkenler açısından değerlendirilmesi. Medical Sciences, 11(1), 1-13.

Aslan, İ., (2021). Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği. İş Sağlığı ve Güvenliği Sektörel Yönetimi. Yayıncı: Nobel(<https://www.nobelyayin.com/is-sagligi-ve-guvenligi-sektorel-yonetimi-17505.html>), ISBN: 978-625-439-716-5.

Avcı, S. (2013). Farklı mesleklerde çalışan kadınların yaşam doyumu, iş doyumu, tükenmişlik ve algılanan cinsiyet ayrımcılığı düzeylerinin depresyon ile ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Azap, A., Ergönül, Ö., Memikoğlu, K. O., Yeşilkaya, A., Altunsoy, A., Bozkurt, G. Y., and Tekeli, E. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American journal of infection control*, 33(1), 48-52.

Bao, Y., Sun, Y. Meng Sh., Shi J., and Lu L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), 30309-3.

Baltaş, Z., ve Baltaş, A. (2016). Tükenmişlik (staffburnout) sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(2), 46-47.

Başaran, İ. E. (1982). *Örgütsel Davranış*, Ankara: AÜ Eğitim Fakültesi Yayınları.

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

Biryol, S. (2022). Tıbbi Laboratuvarda Biyolojik Riskler Tehlikeler ve Önlemler. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(1), 27-35.

Braham, B. J. (1998). *Stres Yönetimi*, Çev. Vedat G. Diker, Hayat Yayıncılık, İstanbul.

Can, A. (2018). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi.

Cebeci, S. P., ve Kara, H. (2021). Corona Virüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 46-56.

Cevahir, E. (2020). *SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi*. İstanbul: Kıbele Yayınları sf.13

Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Curtis, G., Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., and Kessler, R. C. (1998). Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. *The British Journal of Psychiatry*, 173(3), 212-217.

Çankaya, M. (2020). COVID-19 pandemisi ve sağlık çalışanlarının iyilik hali değişimi.

Çınar, O., Bektaş, Ç., and Aslan, I. (2011). A motivation study on the effectiveness of intrinsic and extrinsic factors. *Economics & Management*, 16(5), 690-695.

Çini, M. A., Erdirençelebi, M., ve Ertürk, E. (2021). COVID-19 pandemi döneminde iş stresinin işte kalma niyetine etkisinde iş tatmininin aracılık etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 2356-2375.

De Frank, R. S., and Ivancevich, J. M. (1998). Stress on the job: An executive update. *Academy of Management Perspectives*, 12(3), 55-66.

Drager, L. F., Pachito, D. V., Moreno, C. R., Tavares, A. R., Conway, S. G., Assis, M., ... and Genta, P. R. (2020). Sleep Disturbances, Anxiety, and Burnout during the COVID-19 Pandemic: a nationwide cross-sectional study in Brazilian Healthcare Professionals. *medRxiv*.

Düzyürek, S., ve Ünlüoğlu, G. (1992). Hekimde tükenmişlik sendromu. *Psikiyatri Bülteni*, 1(3), 108-113.

Edis, E. K., ve Keten, M. (2022). COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, İş Tatmini ve Yaşam Doyumu. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(2), 331-342.

Ekinci, İ., ve Ekinci, E. (2021). Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Anksiyete, Depresyon, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST)*, 13(2), 61-68.

Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey).

Ersoy, F., Yıldırım, C., ve Edirne, T. (2001). Tükenmişlik (staffburnout) sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(2), 46-47.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., ve Dereboy, Ç. (2013, October). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. In *New/Yeni Symposium Journal* (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).

Fawzy F. I., Fawzy N. W., and Pasnau R. O. (1991). Burnout in the health professionals, "Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, editör: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR, Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam (1991)", p.119.

İzci, F., Kulacaoğlu, F., ve Beştepe, E. (2021). Covid-19 Pandemisinde toplum ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve koruyucu önlemler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 126-134.

Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety science*, 45(6), 653-667.

Freudenberger, H. J. (1974). Staffburn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Geniş, B., Cosar, B., ve Taner, M. E. (2020). Orjinal Makale Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 275-83.

Goldstein, D. S .,ve Kopin, I. J., (2007). Stres kavramlarının evrimi. *Gerilme*, 10 (2), 109-120.

Gökdeniz, İ. (2005). Üretim sektöründeki işletmelerin örgüt içi stres kaynakları ve mobilyacılık sektöründe bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 173-189.

Green, S. B., Salkind, N. J., and Green, S. B. (2005). *Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and understanding data*.

Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).

Gümüştekin, G. E.,ve Öztemiz, A. B. (2004). Örgütsel stres yönetimi ve uçucu personel üzerinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (23).

Güneş, Z., ve Düzgün, G. (2005). Kemoterapinin Ağız Boşluğuna Olan Etkisinin Selyenin'nin Strese Adaptasyon Teorisine Göre İncelenmesi ve Hemşirelik Yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 127-132.

Günüşen, N. P., and Üstün, B. (2010). A RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International Nursing Review*, 57: 485- 492.

Güvenç, R., ve Baltacı, E. (2020) Covid-19 ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı. (Erişim 4 Aralık 2020.)

Hart, K. E. (1990). Introducing stress and stress management to managers. *Journal of Managerial Psychology*.

Köse, H. (2013). Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (29), 37-44.

Hoşgör, D. G., Tanyel, T. Ç., Saadet, C. İ. N., ve Demirsoy, S. B. (2021). COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 372-386.

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., ... and Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424.

Hui, D. S., Azhar, E. I., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., ... and Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health—The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International journal of infectious diseases*, 91, 264-266.

Tunç, İ. (2013) Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve İş Güvenliği, Sosyal Politika Yüksek Lisans Programı, Hukuki Boyutları İle Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği

Kaba, İ., Erol, M., ve Güç, K. (2018). Yetişkin yaşam doyumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 1-14.

Kabeloğlu, V., ve Gül, G. (2021). Covid-19 salgını sırasında uyku kalitesi ve ilişkili sosyal ve psikolojik faktörlerin araştırılması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2, 97-104.

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.

Kahyaoğlu, O. (2008). Yaşam memnuniyeti ve yaşam memnuniyetini etkileyen değişkenler ile ekonometrik uygulama: Türkiye örneği (Doctoral dissertation, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü).

Kalayci, S. (2006). SPSS Uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Asil Yayın (p. 426). TR.

Kamış, G. Z., Erden Aki, Ş. Ö., Yıldız, M. İ., Varan, H. D., ve Dolgun, A. B. (2019). Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği: Türkçe Formu, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(3).

Karadağ, M. (2004). Yıldırım N. Hemşirelerde çalışma koşullarından kaynaklanan bel ağrıları ve risk faktörleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2), 48-54.

Karafil, A. Y. (2022). Sporda Stres ve Stres Yönetimi. *Spor& Bilim-2022*, 181.

Karagöz, Y. (2019). SPSS Amos MetaUygulamalı İstatistiksel Analizler. Ankara: Nobel Kitapevi.

Karaman, İ. G. Y., ve Yastıbaş, C. (2021). Covid-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi Nasıldır?. *Van Tıp Dergisi*, 28(2), 249-257.

Khanna, R. C., Honavar, S. G., Metla, A. L., Bhattacharya, A., and Maulik, P. K. (2020). Psychological impact of COVID-19 on ophthalmologists-in-training and practising ophthalmologists in India. *Indian journal of ophthalmology*, 68(6), 994.

Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47.

Köylü, E., ve Kurtoğlu, Y. K. (2022). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 3-11.

Kreitner, R., Kinicki, A., and Buelens, M. (1989). *Organizational behavior*. Homewood, IL: Irwin.

Krueger, C., Schue, S., and Parker, L. (2007). Neonatal intensive care unit sound levels before and after structural reconstruction. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 358-362.

Maslach, C., and Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, C., Jackson, S., and Leiter, M. (1986). *Maslach inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists.

Maslach, C. (1982). *The cost of caring*. New Jersey. Practice Hall Inc.

Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., and Fukui, T. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA network open*, 3(8), e2017271-e2017271.

Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.

Myers, J. E., Sweeney, T. J., and Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of counseling & development*, 78(3), 251-266.

Ochnik, D., Rogowska, A. M., Kuśnierz, C., Jakubiak, M., Schütz, A., Held, M. J., ... and Cuero-Acosta, Y. A. (2021). Mental health prevalence and predictors among university students in nine countries during the COVID-19 pandemic: A cross-national study. *Scientific reports*, 11(1), 18644.

Okutan, E., YILDIZ, Ş., ve Konuk, F. (2013). İş hayatında tükenmişlik sendromu: finans ve muhasebe çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 1-17.

Onan, N., Dinç, S., ve Demir, Z. (2022). Sağlık Çalışanları Penceresinden Pandemi Süreci. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3), 474-482.

Oray, N. Ç., Balcı, B., Özlem, E. N., Özaçar, E., Abalı, L., İbış, M. A., ve Öncel, T. (2013). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 67-73.

Öhman, A. (2008). Fear and anxiety: Overlaps and dissociations.

Ataç, Ö., Sezerol, M. A., Taşçı, Y., ve Hayran, O. (2020). COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Turkish Journal of Public Health*, 18(COVID-19 Special), 47-57.

Özakkaş, T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi.

Özaydın, Ö., ve Güdük, Ö. (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mental Sorunlar. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 83-90.

Özcan, E. M., Ünal, A., ve Çakıcı, A. B. (2014). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya numune hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 125-132.

Özcanarslan, N. (2009). Hemşirelerin iş ortamındaki stresörlerinin belirlenmesi. TC Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Adana.

Özveren, C. G. (2021). Tükenmişlik Sendromu Yaşayan Stajyerlere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi. *İş'te Davranış Dergisi*, 6(1), 29-39.

Öztürk, Y. E., ve Kıraç, R. (2019). Sağlık ve hastalık. *Scientific Developments*, 382.

Pala, S. Ç., ve Metintas, S. (2020). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5, 156-168.

Pehlivan, İ. (1995). Yönetimde stres kaynakları. Pegem A Yayıncılık.

Pehlivan, İ. (2000). Yönetimde Stres Kaynakları. Pegem Yayınları, Ankara: 1995. İş Yaşamında Stres. Pegem Yayınları, 1. Baskı. Ankara.

Perlis, R. H. (2020). Exercising heart and head in managing coronavirus disease 2019 in Wuhan. JAMA network open, 3(3), e204006-e204006.

Perrewe, P., and Victory, F. A. (1988). Combatting job stres. Training and Development Journal, 84-85.

Polat, O. (2016). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22(1), 15-34.

Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., and Kash, B. A. (2020). Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. Anesthesia and analgesia.

Schuler, R. S. (1980). Definition and conceptualization of stress in organizations. Organizational behavior and human performance, 25(2), 184-215.

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., ... and Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. General hospital psychiatry, 66, 1-8.

Solmaz, M., ve Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 147-156.

Şahan, C., Özgür, E. A., Arkan, G., Alagüney, M. E., ve Demiral, Y. (2019). COVID-19 Pandemisi'nde meslek hastalığı tanı kılavuzu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.

Şahin, B., Önal, B. S., ve Hoşoğlu, E. (2021). COVID-19 Geçirmiş Sağlık Çalışanlarının Çocuklarında Anksiyete Düzeyleri ve Uyku Sorunları. Turk J Child Adolesc Ment Health, 28(1), 41-8.

Sencan, I., Sahin, I., Yildirim, M., and Yesildal, N. (2004). Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey. Occupational Medicine, 54(3), 202-206.

Şencan, H., Fidan, Y. (2020). Likert Verilerinin Kullanıldığı Keşfedici Faktör Analizlerinde Normallik Varsayımı Ve Faktör Çıkarma Üzerindeki Etkisinin Spss, Factor Ve Prelis Yazılımlarıyla Sınanması. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(1), 640-687.

Tanrıverdi, H., ve Sarıhan, M. (2013). İşr Bağlılığın Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 1(2), 206-228.

Tekir, Ö., Çevik, C., Arık, S., ve Çetin, G. (2016). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumunu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 51-63.

Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., ve Aydın, Ş., Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 13-23.

Tetik, S. (2010). Mobbing kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2010(1), 81-89.

Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), S28-S31.

Tuma, A. H., and Maser, J. D. (Eds.). (2019). *Anxiety and the anxiety disorders*. Routledge.

Turan, H., ve Arğın, B. (2020). Endüstri 4.0'ın Ergonomiye Getirdiği Değişimler. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 9(4), 266-278.

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Sıra sayısı:454. (2013)(5).

Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.

Uzunsakal, E., ve Yıldız, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.

Vural, F., Dura, A. A., Fil, Ş. Çiftçi, S., Torun, S. D., ve Patan, R. (2012). Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 137-144.

Wilburn, S. Q., and Eijkemans, G. (2004). Preventing needlestick injuries among healthcare workers: a WHO-ICN collaboration. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 451-456.

Wu, Z., and McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242.

Yağar, S. D. (2022). Stres ve Sağlık Çalışanları: 2009-2018 Yılları Arasında Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri*, 47.

Yalçın, S. (2016). İstatistik (Ders Notları), Ankara Üniversitesi, Ankara (https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/2153/mod_resource/content/1/Konu7.pdf) (Erişim:19 Ağustos 2022).

Yavuz, A. İ. (2014). Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet (Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği) (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Yeşildal, N. (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*.

Yıldırım, A., ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... and Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250.

URL1: <https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/anksiyete/>

URL2: <https://saglikguncem.com/anksiyete-kaygi-bozuklugu-nedir-belirtileri-nelerdir/>

URL3: <https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/depresyon/>

URL4: <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/213202011418-saglikcalisanibrosur.pdf>

URL5: [https://www.medicalpark.com.tr/depresyon-nedir-belirtileri-ve-tedavi-yontemleri-nelerdir/hg1835#:~:text=Depresyon%20\(maj%C3%B6r%20depresif%20bozukluk\)%20nasil%20taninir,%20durumlardan%20keyif%20almamaya%20yol%20almama%20nasil%20taninir.](https://www.medicalpark.com.tr/depresyon-nedir-belirtileri-ve-tedavi-yontemleri-nelerdir/hg1835#:~:text=Depresyon%20(maj%C3%B6r%20depresif%20bozukluk)%20nasil%20taninir,%20durumlardan%20keyif%20almamaya%20yol%20almama%20nasil%20taninir.)

URL6:<https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/24/depresyon-konusunda-bilmek-istedikleriniz>

URL7:<https://books.google.com.tr/books?id=wrfYBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false>

URL 8: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-salgininda-saglik-calisanlarinda-tukenmislik-sendromu-89149.html>

URL9:<https://www.nhumandanismanlik.com/myfiles/I%CC%87s%CC%A7%20Yerinde%20Tu%CC%88kenmis%CC%A7lik.pdf>

URL10: <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/yasam-memnuniyeti-arst.pdf> (Son Erişim: 30/11/22)

URL11: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf> (son erişim tarihi: 28/11/2022)

URL12:<https://www.yontemistatistik.com/post/parametrik-ve-parametrik-olmayan-testler>

URL13:<https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html?type=1&cl=95&ci=6&pp=50&ps=110&x=57&y=23> (Son Erişim Tarihi: 13.12.2022)

URL14: <https://www.selcukbesli.com/?Syf=26&Syz=411954&/Obsesif-Kompulsif-Bozukluk-ve-Anksiyete>

URL15: <http://fonksiyonelendokrinoloji.com/tr/faydali-bilgiler/pineal-bez-ve-melatonin-hormonu/#:~:text=Pineal%20bez%20salg%C4%B1lad%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20melatonin%20hormonu,davran%C4%B1%C5%9F%20ve%20ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1k%C4%B1k%20sistemini%20etkiler>

URL 16: <https://www.isguvenligi.net/iskollari-ve-is-guvenligi/saglik-sektorunde-is-sagligi-ve-guvenligi/>

EKLER

Ek-1: Anket Örneği

Bingöl İli Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Değerlendirme Anketi: Bu çalışmanın temel amacı COVID-19 Sürecinde Bingöl İlinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Değerlendirilmesini incelemektir. Ankette, sizden herhangi kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir ve cevapları saklı tutulacaktır.

Sümeyye BAŞARLI(Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi)

Danışman: Doç.Dr. İmran ASLAN, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Programı

1. Yaşınız: 15-20 () 21-30 () 31-40 () 41-50() 50 üstü()
2. Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek()
3. Medeni Durumunuz? Evli () Bekar ()
4. Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()
5. Eğitim Durumunuz: Lise ve dengi() Ön lisans () Lisans () Lisansüstü () Doktora()
6. Mesleğiniz: Hekim() Hemşire() Ebe () Otomasyon() Memur() Temizlik Personeli() Güvenlik()
7. Meslekteki Çalışma Yılıınız:0-4 () 5-9 () 10-14 () 15-19 () 20-24 25 ve üzeri()
8. Çalıştığınız Birim:
9. Birimdeki Çalışma Yılıınız: 0-4 () 5-9 () 10-14 () 15-19 () 20-24 25 ve üzeri()
10. Gece Nöbet Tutuyor musunuz? Evet () Hayır () Cevabınız evet ise bir ayda tuttuğunuz ortalama gece nöbet sayısı kaçtır?.....Ayda Toplam Kaç Saat Çalışıyorsunuz?
11. Ayda Toplam Kaç Saat Çalışıyorsunuz?
12. Herhangi bir iş kazası geçirdiniz mi? Evet () Hayır () Evet ise kısaca açıklayız:
13. Kurumunuzda düzenli aralıklara İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri veriliyor mu? Evet () Hayır () Cevabınız evet ise yıllık kaç saat:
14. Kurumunuzda COVID-19 salgını ile alakalı periyodik eğitimler yapılıyor mu? Evet () Hayır ()
15. Soruya cevabınız evet ise aldığınız bu eğitimin etkili ve yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()
16. COVID-19 salgınına yakalandınız mı? Evet () Hayır ()
17. Ailenizde, arkadaşlarınızda veya akrabalarınızda koronavirüs enfeksiyonu bulaşan var mı? Evet () Hayır ()
18. Akrabalarınızdan veya yakınlarınızdan herhangi biri koronavirüsten öldü mü? Evet () Hayır ()
19. Covid-19 hastalığına yakalanma durumunda atlatamamaktan korkuyor musunuz? Evet () Hayır ()
20. Pandemi sürecinde ailenizden ayrı kaldınız mı? Evet () Hayır ()
21. Soruya cevabınız evet ise, bu durum psikolojinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Evet () Hayır ()
22. Pandemi sürecinde hasta/hasta yakınları tarafından sözel şiddete maruz kaldım.Evet () Hayır ()
23. Pandemi sürecinde hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldım. Evet () Hayır ()
24. Pandemi boyunca COVID-19 vardiyasında çalıştınız mı? Evet () Hayır () Haftada kaç saat COVID-vardiyasında çalıştınız? = Salgının başından beri toplamda tahmini kaç gün COVID-19 vardiyasında çalıştınız?.....

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz, lütfen. 5=Kesinlikle katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 1= Kesinlikle Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum(1)	Katılmıyorum(2)	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle katılıyorum(5)
1.	Bu süreçte yöneticilerimiz tarafından motivasyonumuzu artırıcı geri dönüşler aldık.	1	2	3	4	5
2.	Bu süreçte ailemiz ve çevremiz tarafından motivasyonumuzu artırıcı geri dönüşler aldık.	1	2	3	4	5
3.	COVID hastasına bakım uygularken giydiğimiz ekipmanın yetersiz geldiğini ve ekipmana rağmen hastalığın bulaşacağını düşündüğüm zamanlar oluyor.	1	2	3	4	5
4.	Pandemi sürecinin belirsizliği beni kaygılandırıyor.	1	2	3	4	5
5.	Pandeminin ilk zamanlarında yaşadığım kaygılarda herhangi bir azalma olmadı.	1	2	3	4	5
6.	Bu süreçte yaşadığım zorlukların üstesinden gelmek için bir uzman(psikolog, psikiyatrist) desteğine ihtiyaç duyduğum zamanlar oldu.	1	2	3	4	5

Aşağıda hemfikir olabileceğiniz veya katılmayacağınız beş ifade bulunmaktadır. Aşağıdaki 1 - 7 ölçeğini kullanarak, satıra uygun numarayı yerleştirerek her bir öğeyle ne kadar seçtiğinizi belirtiniz. Lütfen yanıt verirken açık ve dürüst olun.		Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum(2)	Biraz katılmıyorum(3)	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum(4)	Biraz katılıyorum(5)	Katılıyorum(6)	Kesinlikle katılıyorum(7)
7 - Kesinlikle katılıyorum, 6 – Katılıyorum, 5 - Biraz katılıyorum, 4 - Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 3 - Biraz katılmıyorum, 2 – Katılmıyorum, 1 - Kesinlikle katılmıyorum								
1.	Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var	1	2	3	4	5	6	7
2.	Yaşam koşullarım mükemmeldir	1	2	3	4	5	6	7
3.	Yaşamım beni tatmin ediyor	1	2	3	4	5	6	7
4.	Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim	1	2	3	4	5	6	7
5.	Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmedim	1	2	3	4	5	6	7

Bu ölçekteki sorular size son bir aydaki duygu ve düşüncelerinizi sorar. Her durumda, ne sıklıkla hissettiğinizi veya belirli bir şekilde düşündüğünüzü daire içine alarak(seçerek) belirtmeniz istenecektir.		Hiçbir Zaman(0)	Neredeyse Hiçbir Zaman(1)	Bazen(2)	Oldukça Sık(3)	Çok Sık(4)
0= Hiçbir Zaman , 1=Neredeyse Hiçbir Zaman , 2= Bazen ,3=Oldukça Sık, 4= Çok Sık						
1.	Geçen ay, beklenmedik bir şekilde meydana gelen bir şey yüzünden ne sıklıkla üzüldünüz?	0	1	2	3	4
2.	Gecen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	0	1	2	3	4
3.	Gecen ay, kendinizi ne sıklıkta sınırlı ve "stresli" hissettiniz?	0	1	2	3	4
4.	Gecen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	0	1	2	3	4
5.	Gecen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	0	1	2	3	4
6.	Gecen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	0	1	2	3	4
7.	Gecen ay, hayatınızdaki zorlukları(rahatsızlıkları) ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
8.	Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
9.	Gecen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenmişsiniz?	0	1	2	3	4
10.	Gecen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğinizi kadar biriktiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz, lütfen. 6= Her Gün, 5= Haftada Birkaç Defa, 4= Haftada Bir Defa, 3=Ayda Birkaç Defa, 2=Ayda Bir Defa, 1=Yılda Birkaç Defa, 0= Hiçbir Zaman	Hiç Bir Zaman(0)	Yılda Birkaç Defa(1)	Ayda Bir (2)	Ayda Birkaç Defa(3)	Haftada Bir (4)	Haftada Birkaç Defa(5)	Her Gün(6)
1. Kendi işimden duygusal olarak soğuduğumu hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
2. İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
4. Hastaların pek çok konuda neler hissettiğini anlayabilirim.	0	1	2	3	4	5	6
5. Bazı hastalara onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı	0	1	2	3	4	5	6
7. Hastaların sorunlarını etkili şekilde hallederim.	0	1	2	3	4	5	6
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
10. Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara kaşı katılaştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
11. Bu mesleğin beni duygusal olarak katılaştırmasından korkuyorum	0	1	2	3	4	5	6
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum	0	1	2	3	4	5	6
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5	6
15. Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.	0	1	2	3	4	5	6
16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.	0	1	2	3	4	5	6
17. Hastalara rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	0	1	2	3	4	5	6
18. Hastalarla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.	0	1	2	3	4	5	6
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6
21. İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	0	1	2	3	4	5	6
22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.	0	1	2	3	4	5	6

SON BİR AY boyunca ki durumunuz	Hiç Bir Zaman(0)	Bazı günler(1)	Günlerin yarısından fazlasında(2)	Hemen hemen her gün(3)
0= Hiç Bir Zaman, 1= Bazı günler, 2= Günlerin yarısından fazlasında, 3= Hemen hemen her gün				
1.1 Sinirli, kaygılı, endişeli misiniz	0	1	2	3
1.2 Endişelerinizi kontrol edememe ya da durduramama	0	1	2	3
1.3. Farklı konularda çok fazla endişelenme	0	1	2	3
1.4. Gevşeyip rahatlayamama	0	1	2	3
1.5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır huzursuz olma	0	1	2	3
1.6. Çabuk sinirlenme, kızma ya da huzursuz olma	0	1	2	3
1.7. Çok kötü bir şey olacak diye korkma	0	1	2	3
2.1 Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2.2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
2.3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
2.4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
2.5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
2.6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
2.7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
2.8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine—normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
2.9.Ölmüş olsanız daha iyi olacağımız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceler	0	1	2	3

Görüş, öneri ve şikayetlerinizi aşağıya yazabilirsiniz....TEŞEKKÜRLER

