



**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİ KLİNİKLERİ İLE DİĞER
KLİNİKLERDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

TUĞÇE CAM UZUN

YÜKSEK LİSANS

Danışman: Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI

MAYIS – 2023

YOZGAT

**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**COVID-19 PANDEMİ KLİNİKLERİ İLE DİĞER
KLİNİKLERDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

TUĞÇE CAM UZUN

YÜKSEK LİSANS

Danışman: Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI

MAYIS – 2023

YOZGAT



YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe CAM UZUN'nun hazırladığı **“COVID-19 Pandemi Klinikleri ile Diğer Kliniklerde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma”** başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 03/05/2023 Çarşamba günü saat 13:00'da yapılmış, tezin onayına oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI

(Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayhan DURMUŞ

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Durmuş GÖKKAYA

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr.

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan eder, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tuğçe CAM UZUN

03/05/2023

ÖN SÖZ

Lisansüstü eğitimim süresince desteğini hiçbir zaman esirgemeyip bilgi ve tecrübelerini tarafıma aktaran çok kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI hocama sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca lisans eğitimim süresince her alanda hem destekcim hem de yol göstericim olan Sayın Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ hocama derin saygı, sevgi ve şükranlarımı sunarım. İlkokul eğitimim sürecinden Yüksek Lisans eğitimine kadar üzerimde emeği olan tüm hocalarıma saygı ve şükranlarımı iletmeyi bir borç bilirim.

İyi günümde kötü günümde üzerimden desteklerini eksik etmeyen varlıklarından güç aldığım canlarım; annem Muazzez CAM, babam Ayhan CAM, ablam Hilal KESKİNOĞLU, kardeşim Tuğba CAM ve değerli eşim Recep Nur UZUN'a çok teşekkür ederim.

Bu çalışmamı; COVID-19 pandemi sürecinde canı pahasına mücadele eden ve hayatını kaybeden sağlık çalışanları ile 06.02.2023 tarihinde, saat 04:17'de meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremde hayatını kaybeden tüm vatandaşlarımıza ithaf ederim...

Tuğçe CAM UZUN

03/05/2023

ÖZET

YÜKSEK LİSANS

COVID-19 PANDEMİ KLİNİKLERİ İLE DİĞER KLİNİKLERDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

TUĞÇE CAM UZUN

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. ÜMİT ÇIRAKLI

Amaç: Bu araştırmada COVID-19 pandemi klinikleri ve diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bir araştırmanın yapılması amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Bu araştırmanın evrenini İzmir ilindeki hastanelerde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise İzmir ilindeki devlet hastanelerinde görev yapan 80 pandemi klinikleri 80 diğer kliniklerde olmak üzere toplamda ise 160 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada tesadüfi örnekleme yöntemlerinden tabakalı tesadüfi örnekleme uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, sağlıkçılara demografik bilgileri içeren kişisel bilgi formu yöneltilmiştir. Tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek için Maslak Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 28 programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin normallik tespiti için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testi, değişkenlerin karşılaştırılmasının yapılması amacıyla Bağımsız T-Testine ve One- Way ANOVA testine başvurulmuştur. Bulgular; Pandemi de olmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda kadın ($26,86 \pm 3,32$) ve erkek ($28,45 \pm 3,06$) sağlıkçılar arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Fakat Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$). Hem pandemi bölümünde bulunan hem de bulunmayan sağlık çalışanları arasında en fazla tükenmişliği Hemşirelerin yaşadığı saptanmıştır. **Sonuç:** sağlık çalışanlarının tükenmişlik ortalamalarının düşürülmesi adına daha fazla çalışmalar yapılması önerilmektedir.

2023, xiii + 95 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Sağlık Çalışanları, Tükenmişlik

ABSTRACT

MASTER THESIS

A STUDY ON THE COMPARISON OF BURNOUT LEVELS OF HEALTH WORKERS WORKING IN COVID-19 PANDEMIC CLINICS AND OTHER CLINICS

TUĞÇE CAM UZUN

YOZGAT BOZOK UNIVERSITY

SCHOOL OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT

SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. ÜMİT ÇIRAKLI

Objective: In this study, it is aimed to conduct a research to compare the burnout levels of healthcare professionals working in COVID-19 pandemic clinics and other clinics. **Method:** The population of this study consists of healthcare professionals working in hospitals in Izmir province. The sample group consists of 80 pandemic clinics working in state hospitals in Izmir province, 80 in other clinics, and 160 healthcare professionals in total. Stratified random sampling, one of the random sampling methods, was applied in the study. As a data collection tool in the study, a personal information form containing demographic information was directed to the healthcare professionals. Maslak Burnout Scale (MBS) was used to evaluate burnout levels. SPSS 28 programme was used for data analysis. Kolmogorov-Smirnov and Shapiro Wilk tests were used to determine the normality of the data obtained, and Independent T-Test and One-Way ANOVA test were used to compare the variables. **Results;** There is a significant difference between female (26.86 ± 3.32) and male (28.45 ± 3.06) healthcare professionals ($p < 0.05$) in the Personal Success sub-dimension of the ITS of healthcare professionals who are not in the pandemic department. There is a significant difference between healthcare professionals who find the profession they are involved in suitable for themselves and those who do not find the profession suitable for themselves in the ITS Depersonalisation sub-dimension of healthcare professionals who are not in the pandemic department ($p < 0.05$). However, there is no significant difference between the healthcare professionals in the pandemic department who find the profession they are involved in suitable and not suitable for themselves in the ITS Depersonalisation sub-dimension ($p > 0.05$). It was found that nurses experienced the highest burnout among health workers both in the pandemic department and not in the pandemic department. **Conclusion:** It is recommended that more studies be carried out in order to reduce the burnout averages of health workers.

2023, xiii + 95 Pages

Keywords: Pandemic, Healthcare Workers, Burnout

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

Sayfa

TEZ ONAY SAYFASI.....	iii
TEZ BEYANI.....	iv
ÖN SÖZ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi	5
1.4. Sayıtlılar.....	5
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Tanımlar.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Pandemi	7
2.1.1. Veba	7
2.1.2. Kolera.....	8
2.1.3. Ebola	9
2.1.4. Çiçek Hastalığı.....	11
2.1.5. Sifiliz.....	11
2.1.6. Sıtma	12
2.1.7. Tüberküloz	14
2.1.8. Grip	15

2.1.9. COVID-19	16
2.2. Tükenmişlik	17
2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	18
2.2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli	19
2.2.3. Pines Tükenmişlik Modeli.....	20
2.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	21
2.2.5. Meier Tükenmişlik Modeli	23
2.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli	24
2.2.7. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	26
2.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	27
2.3.1. Bireysel Faktörler	28
2.3.1.1. Zihinsel farklılıklar	28
2.3.1.2. Yaş	29
2.3.1.3. Cinsiyet	29
2.3.1.4. Medeni durum.....	29
2.3.1.5. Eğitim durumu	30
2.3.2. Örgütsel Faktörler	30
2.3.2.1. İş yükü.....	30
2.3.2.2. Aidiyet	31
2.3.2.3. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği.....	31
2.3.2.4. Özerklik Tanınmaması.....	31
2.3.2.5. Adalet.....	32
2.4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	32
2.4.1. Fiziksel Belirtiler	32
2.4.2. Duygusal Belirtiler.....	32
2.4.3. Davranışsal Belirtiler	33
2.5. Pandeminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi.....	33

3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Modeli.....	37
3.2. Evren ve Örneklem	37
3.3. Veri Toplama Aracı	37
3.4. Verilerin Analizi	37
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR.....	66
EKLER	82

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 4.1. Sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve öğrenim durumuna ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları.....	38
Tablo 4.2. Sağlık çalışanlarının mesleki bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları...	38
Tablo 4.3. Sağlık çalışanlarının iş koşullarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları	39
Tablo 4.4. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mtö alt grup puanları.....	40
Tablo 4.5. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mtö alt grup puanları	40
Tablo 4.6. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mtö alt grup dağılımı	40
Tablo 4.7. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mtö alt grup dağılımı	41
Tablo 4.8. Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının mtö alt boyutlarına göre karşılaştırılması	41
Tablo 4.9. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.10. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.11. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.12. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.13. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.14. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.15. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.16. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	45

Tablo 4.17. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.18. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.19. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.20. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.21. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması	47
Tablo 4.22. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.23. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması	48
Tablo 4.24. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.25. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe yılı ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.26. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.27. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.28. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.29. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanılı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.30. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanılı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	53

Tablo 4.31. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.32. Pandemi Bölümündeki Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Destek Alma Durumu ve Tükenmişlik Karşılaştırılması.....	55



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
f	: Frekans
%	: Yüzdelik dilim
Ss	: Standart sapma
'X'	: Aritmetik ortalama
N	: Katılımcı sayısı
C°	: Derece
Kısaltmalar	Açıklamalar
D	: Duyarsızlaşma
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Duygusal Tükenme
EEG	: Elektroensefalogram
EKG	: Elektrokardiyografi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KB	: Kişisel Başarı
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
PCR	: Polymerase Chain Reaction
UNDP	: Birleşmiş Milletler Gelişim Programı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
TCT	: Tüberkülin Cilt Test

1. GİRİŞ

Belirli bir bölgede ya da toplumda, sağlıkla ilgili bir davranışın veya hastalığın normalin üstünde ortaya çıkması salgın olarak tanımlanmaktadır (Martin & Granel, 2006). Salgın hastalıklara organizma yapıları ve özellikleri itibarıyla farklı farklı adlandırmalar yapılmıştır. Endemi, epidemi ve pandemi olarak üç farklı isimle sınıflandırılan salgın hastalıklar dünya üzerinde de bu şekilde gruplandırılmaktadır (Deniz, 2022).

Endemi genellikle literatürde epidemi ile karıştırılmaktadır. Ancak endemi bir popülasyon grubunda ya da coğrafi bölgede hastalığın sürekli olarak sürmesi manasına gelmektedir. Başka bir deyişle endemi bir hastalığın hiç sonlanmadan sürekli süratle var olması anlamına gelmektedir (Varge, 2014).

Epidemi kavramı olarak bir bölgede, bir toplumda görülen salgın hastalık olup nüfusun yüksek bir oranını etkileyen salgın hastalıktır (Porta, 2008). Pandemi ise dünyada çok fazla ülke ya da kıtada yaygın şekilde etkisini gösteren salgın hastalıklara denilmektedir. Pek çok enfeksiyon etmeni ve bulaş yolları salgının oluşmasına sebep oluşturabilir. Teorik olarak pandemi: Eski Yunanca'da pan=tüm, demos=insanlar anlamına gelmektedir. Öyle ki pandemi neredeyse tüm insanları etkisi altına alan salgın hastalıkların ismi olarak adlandırılmaktadır (Türkiye Bilimler Akademisi [TÜBA], 2020).

Her üç kavramı (endemi, epidemi, pandemi) özetle ifade etmek gerekirse: endemi bir popülasyondaki alışılmış salgın hastalık; epidemi söz konusu popülasyondaki alışılmışlıkların dışına çıkaran salgın hastalık; pandemi ise dünya üzerinde etki uyandıran ve en geniş kitleyi etkileyen salgın hastalıktır (Merson vd., 2011).

1.1. Problem Durumu / Konunun Tanımı

İnsanlığın varlığından bu yana pandemiler birçok ölüme sebebiyet göstermiştir. Bazen pandemiler tüm dünyaya yayılarak savaşların dahi yapamadığı maddi ve manevi kaybın daha fazlasını insanoğluna yaşatmıştır. Pandemiler, sadece insanların yaşamlarını kaybetmeleriyle yetinmeyip ani nüfus kayıplarına, sosyal yaşamın bozulmasına, üretimin durmasına, ekonomilerin çökmesine neden olmuştur (Akkuş, 2022). Son yüzyıla baktığımızda 1918 İspanyol Gribi (Influenza A/H1N1), 1957 Asya Gribi (Influenza A/H2N2), 1968 Hong Kong Gribi (Influenza A/H3N2), 2002 Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS-CoV), 2009 Domuz Gribi (Influenza A/H1N1), 2012 Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome-MERS-CoV) önem arz eden pandemiler arasında sayılabilir (Piret & Boivin,

2020). Günümüzde bu listeye SARS-CoV-2'nin neden olduğu Koronavirüs hastalığı 2019 (Coronavirus disease 2019- COVID-19) hastalığı da dahil olmuştur (Şimşek, 2022). COVID-19 pandemisi sağlık çalışanları ve halk içerisinde endişe, korku ve kaygıya sebep olmuştur (Ahursu vd., 2020). Pandemi sürecinin özellikle sağlık çalışanları için önemli etkileri mevcuttur. Örneğin, pandemi sürecinin başlaması ile en ön safta ve kilit konumda çalışan sağlıkçıların düzenlerinde ve saatlerinde değişikliğe gidilmiştir. Diğer yandan, yoğun bakım, acil servis ve COVID-19 servislerindeki ihtiyaç sebebiyle, farklı birimlerde görev alan sağlık çalışanları, bu birimlere aktarılmasıyla, çalışma ortamları da değiştirilmiştir. Ayrıca hastalara bakım verenler, virüse maruz kalmıştır; yorucu ve zorlu çalışma ortamı, uzun mesai saatlerinin etkisiyle fiziksel, ruhsal ve sosyal problemler ile karşı karşıya gelmişlerdir (Kıraner vd., 2020)

Sonuç olarak, tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemi hastalığı gerek sosyal yaşam gerek ekonomik boyut gerekse ruhsal yönden pek çok hasara sebebiyet vermiştir. Şüphesiz söz konusu hasarlardan etkilenen kesimlerin başında sağlık çalışanları gelmektedir. Dolayısıyla COVID-19 pandemisi süresinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının araştırılması önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemi klinikleri ve diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasını yapmaktır. Bu çalışma, beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın giriş bölümünden sonra gelen genel bilgiler bölümünde, konu ile ilgili temel kavramlar, tükenmişlik, tükenmişliği etkileyen faktörler, tükenmişliğin belirtileri, pandeminin sağlık çalışanları üzerine etkisi ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmakta, dördüncü bölümde, elde edilen bulgular, beşinci ve son bölümünde bulgular ile ilgili tartışma ve sonuca yer verilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemi klinikleri ve diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasını yapmaktır. Dolayısıyla bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezlere cevap aranmıştır.

H1: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Duygusal alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark yoktur.

H2: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duygusal alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark vardır.

H3: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark yoktur.

H4: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark vardır.

H5: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda anlamlı fark yoktur.

H6: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda anlamlı fark vardır.

H7: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark yoktur.

H8: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark vardır.

H9: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark yoktur.

H10: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark vardır.

H11: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H12: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H13: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H14: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H15: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H16: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H17: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H18: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H19: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H20: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H21: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H22: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H23: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H24: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H25: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H26: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

H27: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur.

H28: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Oldukça riskli ve dikkat gerektiren görev alanlarına sahip sağlık kurumlarda çalışan her personelin kendini rahat ifade edebilmesi, akademik gelişimi, emeğinin güvence altına alınması, bunların yanı sıra katı hiyerarşik yapının ortadan kaldırılması, örgüt içi iletişimin güçlendirilmesi ile farklı disiplinlerin ve yöneticilerin bir araya gelebilmeleri hem örgütsel sessizliğin önlenmesi hem de bireylerin mesleklerine yönelik tutumları ve tükenmişlik durumları üzerine durulması önemlidir (Akburak, 2022). Bu durum karşısında COVID-19 pandemisi sırasında iş yükünün artması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin stresli

koşullar altında uzun saatler çalışmak zorunda kalması, bulaş korkusu ve aile üyelerine hastalık taşıma kaygısının sağlıkçı çalışanlarında travmatik strese ve psikolojik baskıya neden olabileceği öngörülmektedir (Birinci & Erden, 2016). Dolayısıyla COVID-19 pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik araştırmaların yapılması ilgili alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlılar

Tezin hazırlanma aşamasında ve elde edilen verilerin yorumlanması sırasında aşağıda yer alan hususlara dikkat edilmiştir:

1. Araştırmada yer alan katılımcılara yöneltilen sorulara samimi, içten ve gerçeklere uygun olarak cevap verildiği düşünülmektedir.
2. Araştırma örneklem grubunun evreni temsil niteliğinde olduğu düşünülmektedir.
3. Veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek ve demografik bilgi formunun araştırma amacına cevap verebilecek özellikte olduğu düşünülmektedir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın örneklem grubunda yer alan katılımcılar tüm bilimsel çalışmadaki gibi belirli sınırlılıklar bulunmaktadır. Söz konusu sınırlılıklar aşağıda belirtilmiştir.

1. İzmir ilinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla sınırlıdır.
2. Katılımcıların karşılaştıkları sorulara samimi ve içten cevap verecekleri varsayılmaktadır.
3. Araştırma örneklem grubunda yer alan katılımcılar ile sınırlı tutulmaktadır.

1.6. Tanımlar

Pandemi: Eski Yunan dilinde pan=tüm, demos=insanlar, manasına gelen iki kelimenin bileşmesinde oluşan bir sözcük olan pandemi neredeyse tüm insanlar üzerinde etki uyandıran bir salgın hastalık türünün genel ismidir (Saykal, 2021).

Tükenmişlik: Bir işyerinde çeşitli nedenlerden dolayı (iş talebi, kişisel kapasite vb.) sürekli olarak yaşanan şiddetli stresin sonucunda meydana gelen durum olarak tanımlanabilir. Mesleki performansta düşüklük, enerjinin bitik hale gelmesi, zihinsel olarak kendini işe adapte edememe sorunu vb. tükenmişlik durumunun en belirgin ve büyük özellikleri arasında bulunmaktadır (Kalimo, 2003).

Sağlık: Sağlık kavramı biyolojik olarak incelendiğinde, bir bedendeki tüm fonksiyonların en verimli şekilde işlev görmesi durumudur. Davranış bilimleri olarak incelendiğinde ise

bir kişinin mensubu olduğu evre ve ortamla uyum içerisinde olma durum olarak tanımlanmaktadır (Esenay, 2021).

Sağlık alışanları: Sağlık sektöründe çalışan tüm personele, sağlık çalışanları adı verilmektedir (Akarsu & Güzel, 2016).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pandemi

Bir popölasyona enfeksiyonun dolaylı ya da doğrudan olarak bulaş olması ve etkilemesi sonucunda pek çok sayıdaki canlılarda hastalık oluşmasına salgın hastalık denilmektedir (Parıldar, 2020). Halk sağlığı uzmanları ve biyologlar salgın hastalığı, yayılma kapasitesi\etki düzeyine göre üç farklı gruptandırma yapmaktadır. Söz konusu türlerden ilki endemidir. Endemi sadece bir topluluk veya bölgede yaşayan kişilerde görülen salgın hastalılar olarak tanımlanmaktadır. Eğer endemi kontrol altına alınamaz\alınmaz ve daha geniş kitleyi etkisi altına alırsa endemi yerine epidemi olarak adlandırılmaktadır. Salgın hastalıkların en geniş kitleye etkisi olan türü ise pandemik salgın hastalıklardır. Bir hastalığın pandemi olarak tanımlanması için çok sayıda ölüm, çok sayıda bulaşıcılık özelliği ve çok fazla yaygınlık içermesi gerekmektedir (Gögebakan, 2021; Parıldar, 2020).

Pandemi: bireylere hayatın tüm alanlarında olduğu gibi sosyal alanda da sokağa çıkma yasakları, şehirler arası ulaşım kısıtlamaları gibi çeşitli zorluklar yaşatmıştır. Çalışma düzenleri değişmiş ve çeşitli meslek gruplarının (sanatçı, esnaf, kuaför, müzisyen gibi) mesleklerini sürdürmeleri engellenmiş ve bu da bireylerin ekonomik zorluklar yaşamasına neden olmuştur (Dünya Sağlık Örgütü, 2020).

Salgın hastalıklar pek çok zaman diliminde var olmuştur ve yaşamı tehdit eden evrensel krizlere sebep olmuştur. Salgın hastalıkların günümüzde daha hızlı yayılması, etkisinin de daha hızlı ve yaygın olarak hissedilmesine neden olmuştur (Parıldar, 2020). Geçmişten günümüze meydana gelen salgın hastalıklara bakıldığında: veba, ebola, kolera, çiçek, grip, tüberküloz, sifiliz, sıtma, AIDS ve COVID-19 gibi pek çok farklılık ve bulaşıcı hastalığın pandemik boyuta ulaştığı bilinmektedir (Parıldar, 2020).

2.1.1. Veba

Eskiçağdan bugüne kadar dünya üzerinde çok sayıda popölasyonu etkisi altına almış ve ölümlere neden olmuş salgın hastalıklardan bir tanesi de veba salgınıdır (Kömürcü, 2019). Veba salgını bir bakteri (yersinia pestis) enfeksiyonudur. İlk vaka 1884 tarihinde meydana gelmiştir. Ancak veba hastalığına sebep olan Yersinia Pestisi bakterisi ünlü bakteriyolog Alexandre Yersin tarafından 1894 senesinde tanımlanarak tanıtılmıştır. Veba yaşamsal olarak, pireler ile enfekte haldeki kemirgen olan hayvanların etkileşimi sonucunda meydana gelmektedir. Pirelerin bağırsak bölgesinde üreme gerçekleştiren Yersinia pestisi isimli bakteri, pirelerin başka canlıları ısırması bulaş hale gelmektedir (Karabörk, 2021).

Günümüzde kabul olan görüş, veba salgınının üç büyük pandemi halinde incelenmesidir. Bunlardan ilki Iustinianus vebası olarak bilinen Birinci Pandemidir. Etkisi Akdeniz başta olmak üzere Orta ve Kuzey Avrupa bölgesinde görülmüştür. Söz konusu pandemi milattan sonra 541 senesinde patlak verip 750 yılına değin sürmüştür (Aykıl, 2021). Avrupa’da görülen “Black Death” olarak isimlendirilen Kara Ölüm ya da Kara Veba, 1346-1353 İkinci Pandeminin başlangıcı olarak kabul görmektedir. Avrasya’nın büyük bir kısmı ve Kuzey Afrika’yı gölgesinde bırakan bu pandemi Sahra Altı Afrika bölgesini de etkisi altına aldığına dair veriler elde edilmiştir. Kara Ölüm hastalığının artçı dalgaları salgının ortaya çıkmasından seneler sonra dahi varlığını sürdürmüştür. İkinci Pandemi 18. yüzyılın sonlarına doğru Doğu Avrupa’da ve de Rusya’da etkisini göstermeye başlamıştır. Osmanlı topraklarında ise 19. yüzyıla kadar devam etmiştir. 1894 yılında Hong Kong’ta meydana gelen üçüncü pandemi hastalığının miladı olarak kabul gören veba salgını deniz ticareti neticesinde, çok kısa sürede ve hızlı bir şekilde yayılmıştır. Güney, Kuzey Amerika ve Avustralya muhtemelen Güney Afrika’da ilk kez pandemi ile karşı karşıya kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre veba salgını 1960 senesinde sona ermiştir (Varlık, 2018). Ayrıca veba salgınının vücuda giriş biçimi ve yerleşmesine göre iki farklı türü bulunmaktadır. Bunlar: akciğer vebası (veba pnömonisi) ve hıyarcıklı veba (bubon vebası)dır. Bunların haricinde veba sepsir veya sepsisemi vebası gibi klinik halleri olduğu da ifade edilmektedir (Kılıç, 2004).

Tarih boyunca kitlesel ölümlere yol açmış veba salgınları, son yüzyıl boyunca hem bilimsel hem de beşerî ilimler alanındaki sayısız çalışmaya konu olmuştur. Bu sayede, vebanın dünü, bugünü ve geleceği itibariyle en iyi bilinen salgın hastalıklardan biri olduğunu söylemek yanlış olmaz. Yine de tarihte yaşanmış veba salgınları ile ilgili birtakım sorular hala kesin olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Tartışmalı konular arasında özellikle vebanın coğrafi kökenleri ve yayılması, hastalığın farklı coğrafyalardaki epidemiyolojik tezahürü, tekrar eden artçı salgınların nasıl ortaya çıktıklarının yanı sıra, pandemilerin neden yavaşladığı ya da kaybolduğu soruları da yer alır (Lester, 2011).

2.1.2. Kolera

Tarih süresince yaşam imkanlarına bağlı olarak çeşitli hastalıklar meydana gelmiştir. İlkçağlardan bugüne bazı hastalıkların bulaş niteliği barındırdığını, antropolojik çalışmalar neticesinde bilinmektedir. Meydana gelen hastalıkların salgın boyutu almasından dolayı yüzyıllardır neredeyse tüm dünya etkilenmiştir (Dönmez, 2020). Öyle ki tarih boyunca devletlerin kaderlerinde etkili olan birçok salgın hastalık görülmüştür. Bu salgın

hastalıklardan biri de kolera olmuştur. İlk görüldüğü dönemlerde tıpkı diğer hastalıklar gibi koleraya da taun ismi verilmiştir. Daha sonraları Yunanca da kholera, Latince de cholera, Fransızca da choléra şeklinde isimlendirilmiştir. Osmanlı kaynaklarında ise “illet-i mahûf” veya “illet-i kolera”, “illet-i âdiyye” şeklinde geçmiştir (Gül, 2009).

Dünya üzerinde 19. yüzyıl (yy) süresince meydana gelen en yaygın salgın kolera hastalığıdır. İlk kez 1817 senesinde Hindistan bölgesinde olan hastalık, kısa süre zarfında deniz ticaret kanalları aracılığıyla Anadolu, Kuzey Afrika, Arap Yarımadası ve Avrupa’ya, karayolları üzerinden Ortadoğu bölgesine, Orta Asya bölgesine ve Rus topraklarına kadar ulaşmıştır (Dönmez, 2020). Heinrich Hermann Robert Koch isimli kişi tarafından kolera salgınına neden olan bakterinin tanımlanması gerçekleştirilmiştir. 1883 senesi gibi oldukça ileri bir süreçte keşfi yapılan bu bakteri “Vibrio cholerae” adında isimlendirilmiştir. Vibrio cholerae adlı bakterinin vücuda bulaşması neticesinde vücutta ishal ve istifra yaşanmaktadır. Vibrio cholerae’nin yayılma niteliği olduğundan dolayı kolera hastalığı bir zaman sonra salgın haline dönüşmüştür. Dolayısıyla kişilerde ishal belirtisi meydana geldiği zaman şiddetli olması beklenmeksizin kolera hastalığı olabilmesine tedbir olarak söz konusu hastalığın erken evrelerin hastaların tıbbî olarak yardım alması oldukça büyük önem teşkil etmektedir (Ayar, 2007). Öyle ki belirtilen durumlar karşısında her devlet kendi imkanları doğrultusunda bu hastalığa karşı mücadele vermiştir (Dönmez, 2020). Kolera ile mücadelede anlamında ilk süreçlerde sadece karantina yöntemi uygulanıyordu. Fakat zaman geçtikçe bu yöntemin yetersiz olduğu ve kolera hastalığı yayılımının durdurulamadığı gözlemlenmiştir. Salgın sürecince devlet tarafından özellikle de vatandaşların hijyen konusunda özen ve önem göstermeleri gerektiği vurgusu yapılmıştır. Kişisel ve çevre temizliğinin hayati önem taşıdığını vurgulayan devlet, modern olarak bir sağlık politikalarının gerekliliğini benimsenmiştir. Temizlik hususunda gözle gözlenen ve de meydana gelebilecek eksikliklerin tespit edilmesi neticesinde ise ivedilikle faaliyete geçilmesi sağlanmıştır. Temizlik hususundaki tüm denetlemeler belediyelerin müfettişleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu tür uygulamalar sonucunda koleranın bulaş yollarının önüne geçilmeye çalışılmıştır (Yücel, 2019). Ayrıca koleraya karşı verilen mücadelede içme sularının temizliği önemli bir husus olmuştur. Özellikle kanalizasyon sularının içme sularına karışmamasına dikkat edilmesi gerekmiş ve içme sularının geçtiği boruların temiz olmasına, boruların delinmemiş olmasına dikkat edilmiştir (Unat, 1980).

2.1.3. Ebola

2014'te açıklanan virüs taksonomisine göre, Ebola virüsü Mononegaviraller familyasından, Filoviridae ve cinsindendir. Bundibugyo Ebola virüs (BEBOV), Reston Ebola virüs (REBOV), Sudan Ebola virüs (SEBOV), Tai Ormanı Ebola virüs (eski Fildişi Sahili Ebola virüs, ICEBOV) ve Zaire Ebola virüs (ZEBOV) olmak üzere 5 tanımlanmış türe sahiptir (Zawilińska & Vnenchak, 2014). 2-21 gün aralığında değişkenlik gösteren inkübasyon süresi birlikte vakaların çoğunluğunda yedi gün olarak tespit edilmiştir. Yoğunlukla başlangıç semptomu 38,5 C° ve üzerine çıkan yüksek ateşlenmedir. Sık görülen diğer semptomlar; kas, baş ağrısı ve eklem ağrıları, ishal, halsizlik, kusma, mide ağrısı ve iştahsızlıktır (Açıkel, 2014). Ölümünün nedeni çoğunlukla doku hasarı ya da organ yetmezliği sebebiyle meydana gelmektedir. Hastalıktan bir şekilde kurtulmuş hastaların klinik olarak tanımlanacak bulguları iyileşme gösterse dahi virüsün kan dolaşımına ulaşma süreci devamlılık göstermektedir. Öyle ki hastalık pasiflik gösterse dahi bulaş özelliği sürmektedir (Elisha & Adegboro, 2014).

Yağmur ormanlarının yakınında yaşayan kırsal kesimde ortaya çıkan sporadik vakaların yayılması, büyük kentsel kümelenmelerde ve yeni bir salgının gelişmesinden sorumludur. Hasta bir kişiyle (özellikle viral yükler en yüksek olduğunda enfeksiyonun son aşamalarında) veya hasta tarafından kullanılan kontamine olmuş nesnelerle doğrudan temas öncü enfeksiyon kaynağıdır. Sağlık çalışanlarının veya hastaların bakımını yapan kişilerin, uygun kişisel koruyucu donanım kullanmadığında veya cenaze töreni sırasında enfekte olması, epidemiyolojik zincirde önemli bir unsurdur. Vücut sıvıları (özellikle kan) ve salgıları (tükürük, idrar, kusma, dışkı, meni) bulaşıcıdır (Aurelie vd., 2017). Ebola'da böyle bir salgın hastalıktır. Öyle ki Ebola virüsü hastalığı zoonotik bir hastalıktır ve insan popülasyonundaki her salgın hastalık, bir hayvan rezervuarından giriş ile başlatılır (örneğin; avlanma, enfekte canlı veya ölü hayvanlarla doğrudan temas) (Hasan vd., 2019).

2014-2015 senelerinde Batı Afrika bölgesinde meydana gelen Ebola hastalığı krizi yaşanmış en büyük salgın hastalıklardan birisi olmuştur. Salgının etkisini gösterdiği çoğu devlet söz konusu pandemik krizle mücadele edecek bilgi ve donanıma sahip olmadıkları söylenebilir (Dağçınar, 2016). Öyle ki Sierra Leone, Gine ve Liberya salgından en fazla zarar gören ve etkilenen ülkeler olmuştur. Yaşanan bu salgında 28 bini aşkın vaka saptanmış bu vakalardan 11.323 kişi vefat etmiştir. 2017 yılında Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde (DKC) 42 gün süren bir Ebola salgını yaşanmıştır. DKC'de 4 Nisan 2018 tarihinde başlayan, ülkenin kuzeybatısında sınırlı bir alanda seyreden, Equateur

eyaletindeki Ebola Tedavi Merkezlerinde (Bikoro, Iboko, Wangata bölgelerinde yer alan) 33'ü hayatını kaybeden, 38'i konfirme toplam 54 vakanın tespit edildiği Ebola salgını 24 Temmuz 2018 senesinde sonlanmıştır. Bu salgının hemen ardından 1 Ağustos 2018 tarihinde, DKC'nin kuzeydoğusunda yer alan Kuzey Kivu ve Ituri eyaletlerinde görülen yeni bir Ebola salgınının başladığı duyurulmuştur. Mevcut EVH salgını, DKC'nin kuzeydoğu illerini etkilemektedir. 22 Temmuz 2019 tarihi itibarıyla 2.503 vaka tespit edilmiş olup bunlardan 1.652'si hayatını kaybetmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.1.4. Çiçek Hastalığı

Salgın hastalıklar meydana geldiği zaman dünya tarihinde etki uyandırmış ve pek çok insanın vefat etmesine sebep olmuştur. Hatta çoğu azımsanmayacak sayıda popülasyonun sonunu salgın hastalıklar getirdiği söylenebilir. Veba hastalığı Orta Çağ Avrupa'sına, Çiçek Hastalığı Kızıldere'li kültürüne damga vurmuş ve olumsuz yönde yüksek düzeyde etkilemiştir. Hatta Veba salgının feodalizmin sonunu getirdiği belirtilebilir (Nikiforuk, 2001). Çiçek Hastalığı salgının bugüne kadar milyonlarca insanın vefat etmesine neden olduğu bilinmektedir (Demirhan, 1982). Binlerce senedir neredeyse her popülasyona felaket hissini yaşatan çiçek hastalığı, yeryüzünden silinmiş ilk ve tek salgın hastalığıdır (Mercan, 2017).

Çiçek hastalığının iki çeşidi bulunmaktadır: Variola minor ve variola major. Bu iki hastalıkta vücutta bölgelerinde benzer döküntüler yapmaktadır. Variola minor isimli tür fatalitesi %1'den azdır ve daha hafif seyreder. Variola major olarak adlandırılan türü ise, %30 boyutunda fatal olarak seyreden bir türüdür. Bunların dışında nadiren olsa varlık gösteren iki çeşit daha bulunmaktadır. Söz konusu çeşitlerin isimleri malign ve hemorajiktir. Hemorajik, ciltte hemorajilere ve mukoz membranlara neden olmaktadır. Malign, püstülüze safhası bulunmayan döküntülerin düz ve yumuşak hale dönüşmesine neden olmaktadır (Akın, 2001). Çiçek hastalığı aşı olmayan\olamayan toplumlardaki ölüm-vaka oranı %30 ve üzerindedir. Bu nedenle toplum için oldukça yüksek seviyede tehlike oluşturmaktadır. 1977 senesinde Somali'de meydana gelen çiçek hastalığından sonra 1980'de Dünya Sağlık Örgütü'nün çiçek hastalığının tamamen sonlandığına yönelik duyuru yapılmıştır. Söz konusu duyurudan bugüne kadar herhangi bir vaka ile karşılaşılmamıştır. Çiçek hastalığının sonlanmasının ardından Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sadece Amerika Birleşik Devletleri'nin hastalık kontrol ve korunma merkezinde virüsün stok olarak bulundurulmasına izin verilmıştır. Ancak Dünya Sağlık Asamblesi 1999 senesinde gerçekleştirdiği toplantı neticesinde stok olarak saklanan bu virüslerin 2002'de yok

edilmesine yönelik karar almıştır. Her ne kadar tüm stoklar imha edilmiş olsa dahi bütün sağlık çalışanları ve halkın çiçek hastalığı hakkında bilgi sahibi olması oldukça önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.1.5. Sifiliz

Sifilizin ortaya çıktığı yer ve zaman kesin olarak bilinmemektedir (Dikenelli, 2012). Öyle ki sifilizin ortaya çıkış yeri ve zamanı hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Bunlardan birincisi ve en popüler; Kristof Kolomb'un askerleri aracılığıyla yeni dünyadan eski dünyaya tanışmasıdır. İkinci görüş ise hem sifilizin hem de diğer treponemal hastalıkların aynı enfeksiyonun varyantı olduğudur. Hastalığın 4 farklı klinik tabloları, coğrafi ve iklim değişiklikleri nedeniyle ortaya çıkmıştır. Son görüşe göre ise sifiliz ve diğer treponemal hastalıklar Kolomb öncesi zamanlarda da Yeni ve Eski Dünya'da vardır ve Avrupa'da cüzzam olarak yanlış tanı konulmuş olmasıdır (Tamba vd., 2014). Sifiliz hastalığının Anadolu bölgesine ise İspanya'dan sürgün edilen ve Musevi olan kadınlar tarafından taşındığı ifade edilmektedir. Anadolu'daki ilk epidemik boyut 93 Rus ve Kırım savaşından sonra Kastamonu ve Bolu'da meydana gelmiştir (Avrupa Birliği Türkiye Teknik Yardım Programı İlerleme Raporu, 2005).

Sifiliz genellikle cinsel yolla bulaşan, *treponema pallidum*, *subspecies pallidum*'un neden olduğu sistemik, zamanında tedavi edilmediğinde kronikleşebilen bir hastalıktır (Dökmetaş vd., 2017). Sifiliz tanısının nasıl konulacağı halen büyük bir tartışma konusudur (Evren, 2020). Öyle ki Sifiliz klinik olarak diğer bulaşıcı veya bulaşıcı olmayan hastalıkları taklit edebildiği için tanısı zordur (Binnicker, 2012). Hastalığın epidemiyolojik verileri, tanıda kullanılan testlerin maliyet etkinliği, laboratuvarların aşırı iş yükü gibi faktörlere bağlı olarak farklı tanı algoritmaları uygulanmaktadır (Evren, 2020). Bu duruma ek olarak, etken *treponema pallidum* kültürde üretilmez. Bu nedenle seroloji, sifilizin laboratuvar tanısı için tercih edilen yöntemdir (Binnicker, 2012).

Ülkemizde sifiliz, bildirimi zorunlu (Grup A) bir hastalıktır (Dökmetaş vd., 2017). Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de HIV epidemik hastalığı ve sifilizde artış izlenmektedir. Ülkemizin sağlık politikalarından sorumlu en üst biri Sağlık Bakanlığı tarafından rapor olarak sunulan verilere göre son üç yılda Türkiye'de Sifiliz hastalığında artış olduğu bildirilmiştir. 2018 senesinde 2430 Sifiliz hastalığının %75'inin erkek olduğu ve kişilerin 30-44 yaş aralığında olduğu raporlanmıştır (Bedir, 2020). Sifiliz epidemiyolojisine küresel olarak bakıldığında, yüksek gelirli ülkelerde ilk doğum öncesi ziyaretlerde tarama ve konjenital sifilizde tedavi gibi sifiliz kontrol stratejileri uygulanmakta

olduğu, ancak Avrupa Endokrinoloji Derneği (ESE), transeksüel kadın ve seks işçisi gibi riskli popülasyonlarda sifiliz insidansının arttığı görülmektedir. Birçok düşük gelirli ülkede ise, sifiliz genel popülasyonda endemik seviyelerde kalmaya devam etmektedir (Kojima vd., 2018).

2.1.6. Sıtma

İnsanlık var olduğu günden bugüne kadar pek çok sosyal ve kişisel hayatı etkileyen afetlerle karşı karşıya kalmıştır. Sosyal afet olarak kişiler üzerinde yüksek düzeyde olumsuz etki uyandıran olayların başında bulaşıcı ve salgın hastalıkların geldiği ifade edilebilir (Daşpunar, 2020). Ayrıca insanlar doğası gereği her alana hâkim olma arzusu ve elde ettikleriyle yetinmeyin daha fazlasını arzu etmesi bir pek çok hastalığın özellikle salgının ortaya çıkmasını tetiklediği söylenebilir. Öyle ki sıtma hastalığının ortaya çıkış nedenlerinden birisi insanların ormanları yok ederek tarım yapması üzerine yerleşke oluşturmaları sonucunda doğal dengenin bozulması olarak gösterilmektedir. Anofel isimli sinekler bağırsak bölgesinde taşıdıkları parazitlerini insan bünyesine aktarmıştır. Bunun sonucunda insanlık gün geçtikçe güçsüz hale gelmiş, ani ölümler yaşanmaya başlanmıştır (Nikiforuk, 2007). Sıtma hastalığına neden olan Plasmodium isimli parazitlerin sadece Anopheles adlı Sivrisinek türünün insanlara bulaş hale getirdiği bilinmektedir. Söz konusu Anopheles isimli sivrisinekler Plasmodium parazitlerine biyolojik anlamdan üreticilik ve geliştiricilik yani vektörlük yaparlar. Anopheles'in insanı ısırması sırasında Plasmodium paraziti insana aktarılmış olmaktadır (Merdivenci, 1984). Sıtma hastalığına yakalanan bir insanın teşhisi ancak tıbbi uygulamalarla anlaşılmaktadır. Sıtma hastalığından şüphelenen birisi dalak ölçümü ve kan tahliline sokulmaktadır. Dalaklarında büyüme, kanlarda sıtma salgın paraziti tespit edilen kişi için tedavi süreci başlatılmaktadır (Akdur, 1997).

Dünyanın büyük bir kısmında görülmekte olan sıtma hastalığı, insanlık tarihi boyunca birçok medeniyetin sona ermesine neden olmuştur (Altıntaş, 2002). Öyle ki Sıtma hastalığı çoğu Afrika kıtasında bulunan dünya genelindeki 91 ülkede görülebilen yaygın bir enfeksiyon hastalığıdır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Günümüz dünyasında, iki milyar nüfus sıtma riski altında olup, bu nüfustan her yıl yaklaşık 200 milyon kişi sıtma hastalığına yakalanma ihtimali ile karşı karşıyadır. Bu hastalardan, her yıl iki milyona yakını ise ölümle sonuçlanmaktadır. Ölen bu insanların, bir milyonunu beş yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Bu sayılardan da anlaşılacağı üzere, sıtma hastalığı dünyada görülen tüm hastalıklar arasından ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır (Akdur, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Gelişim Programı (UNDP) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) 1998 senesinde “Roll Back Malaria (RBM)” ortaklığını kurmuşlardır. Söz konusu ortaklığın amacı tüm dünyada 2010 senesine kadar sıtma insidansını indirmek ve risk altında bulunan bölgelerde yeni koruyucu tedbirler getirmektir. UNICEF ve WHO’nin 2005 senesinde yayınladığı Dünya Sıtma Raporu’nda ilaç direncinin sıtma ile mücadele etmekte büyük bir problem olduğu vurgulanırken, yeni antimalaryal ilaç kombinasyonlarının hayat kurtarıcı nitelikte olabileceği bildirilmektedir (Çavuş, 2019). Ülkemiz ise sıtma hastalığıyla mücadeleye Osmanlı İmparatorluğu zamanında başlanmış ve Cumhuriyet Döneminde de yoğunlaşarak devam etmiştir. Uygulanan nitelikli ve başarılı mücadele programları sayesinde ise Türkiye’de 2000 senesinde 11 bini aşkın olan sıtma vakası, 2005 senesinde 2,036’a kadar düşmüştür. Bu neticede sıtma salgını ile etkin olarak mücadele edilmesine yönelik 2005 senesinde itibaren Sıtma Eliminasyon Programı başlatılmış ve bu programın uygulanışı neticesinde büyük başarı elde edilmiştir. Fakat Türkiye’de sıtma etkenini taşıyabilen Anofel çeşidi sivrisineklerin bulunması, son zamanlarda savaşlar nedeniyle yaşanan göçler, ülkenin sıtmanın yayılabileceği subtropikal alanda bulunması, iklim değişiklikleri dolayısıyla hava sıcaklıklarının artması ve sıtmanın endemik olduğu ülkeler ile yapılan karşılıklı seyahat sayılarının artması gibi faktörler sebebiyle sıtma salgının bulaşma riskinin halen devam ettiği ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.1.7. Tüberküloz

Tüberküloz, mikobakteriler tarafından oluşturulan, kronik, granülomatöz ve nekrozitan bir enfeksiyondur (Starke vd., 2007). Hastalığın altta yatan nedeni tam olarak bilinmediğinden tüberküloz için çok sayıda tedavi yöntemi denemiştir fakat bunların hiçbirisi yarar sağlamamıştır (Dormandy, 1999). Öyle ki söz konusu hastalık tedavi edilmediğinde sakatlığa ve ölümlere neden olabilir. Günümüzde aşılama ve tedavi ile hastalık insidansı yanında sakatlık ve ölümlerde azalma eğilimindedir. Hastalığın gelişimi sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkilidir ve kişinin yaşadığı ortam, mesleği, yaşı gibi birçok nedenden etkilenir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Öyle ki tüberküloz hastalığı sıklıkla hasta bireylerin konuşma, öksürme, aksırma gibi solunum hareketleri ile havaya saçtığı Mycobacterium tuberculosis kompleks basillerinin sağlam bireylerin inhalasyonla alarak enfekte olması sonucu gelişir (Riley vd., 1962). Basil taşıyan damlacıklar aktif tüberkülozlu bir hastanın öksürmesi veya aksırması ile havaya yayılır. Tüberküloz ile temas sonucunda basiller vücuda girerse tamamen yok edilebilir. Basiller tamamen yok

edilemezse ancak olay sınırlanırsa bağışıklık bırakan bir enfeksiyon şeklinde sonuçlanabilir; bu durumda Tüberkülin Cilt Testi (TCT) pozitifleşir, ancak bunun dışında klinik bulgu yoktur. Konağın savunma mekanizmaları enfeksiyonu sınırlayamazsa basilin yerleşim gösterdiği organa ait klinik yakınma ve bulgular gelişir ki buna tüberküloz hastalığı denir (Marais vd., 2014).

Avrupa’da tüberküloz basilini ilk kez 1882 yılında Robert Koch isimli bir kasaba doktoru, eşi Emmy’nin, kendisine yaş günü hediyesi olarak verdiği mikroskopla gösterdi. Tüberkülozun sebebini bulan Koch, onun aşısını da bulmak istedi ve bunun için “Koch’un Lymph”ı veya Old Tuberculin’ ismi verdiği aşığı üretti. Koch ile birlikte çalışanlar, bu solüsyonla hayvanlarda ve insanlarda aşı şeklinde kullanarak eklem ve kemik tüberkülozlu 38 olguda tedavi ettiklerini fakat sonraki deneylerde Old tüberkülinin akciğer vereminin tedavisinde aynı başarıyı göstermediği ortaya çıktı (Nikiforuk, 2001). Türkiye’de ise tüberküloz hastalığı ile mücadele ilk olarak 1918 yılında İzmir’de Verem Savaş Derneğinin kurulması ile başlamıştır. 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, tüberküloz hastalarının izolasyonu ve bildirimini mevzuatını oluşturmuştur. 1960’larda tüberküloz hastaları kayda alınmaya başlanmış, 2005 yılından itibaren hasta verileri bireysel olarak toplanmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Tüberküloz halen tüm dünyada ölümcül bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Halen dünyanın birçok bölgesinde endemik olarak görülmektedir. Günümüzde tüberküloz, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV)’den sonra ikinci en ölümcül enfeksiyon hastalığıdır (Global Tuberculosis Report, 2020).

2.1.8. Grip

Grip, dünya çapında belirgin klinik ve sosyoekonomik yükü olan önemli bir sağlık problemidir (Dvalishvili vd., 2016). Öyle ki insanlık eski çağlardan beri gripten ve yarattığı salgınlardan etkilenmiştir. Tarihi kaynaklar, aralıklarla grip salgınları yaşandığını düşündürmektedir. Milattan önce 412’de Hipokrat, grip benzeri bir hastalıktan bahseder. Araştırmalar son dört yüzyıl içerisinde, on civarında grip pandemisi meydana geldiğini ve bunların çoğunun Çin’de başladığını göstermiştir (Kuszewski & Brydak, 2000).

Grip, influenza virüslerinin etken olduğu, ani olarak 39 derece üzerinde ateş, şiddetli kas ve eklem ağrıları, halsizlik, bitkinlik titreme, baş ağrısı ve kuru öksürük gibi belirtiler ile başlayan bir enfeksiyon hastalığıdır (Erkin, 2010). Başkaca grip (influenza) enfeksiyonu, insanlarda üç tip influenza virüsünün (İnfluenza A, B ve C’nin) sebep olduğu, mevsimsel tipik bir akut solunum yolu enfeksiyonudur. Grip özelliğine göre enfeksiyon, kendi kendini

sınırlayan orta derecede bir solunum yolu hastalığından, ölümcül solunum yetmezliğine dek gidebilen ağırlıkta hastalık tablolarına sebep olabilmektedir (Özışık vd., 2016). Ayrıca grip, her yaş grubunu etkileyen bir hastalık olmakla birlikte özellikle, 2 yaş altındaki çocuklar, hamile kadınlar, 65 yaş üzerindeki kişiler ile kalp, akciğer, diyabet gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamı tehdit edebilmektedir (Erkin, 2010). Bu nedenle influenza virüs enfeksiyonları, pandemi ve epidemiler yapması nedeniyle dünya çapında öneme sahiptir. Dünya nüfusunun yaklaşık %10-20'si her yıl influenza virüsü ile enfekte olur. Hastalık, özellikle yaşlı kişiler, çok küçük çocuklar, gebe kadınlar ve belirli kronik sağlık sorunları olan kişiler arasında ciddi hastalığa, hastane yatışlarına ve ölüme neden olmaktadır (Özışık vd., 2016).

İnfluenza A virüsü, ilk kez 1931 yılında domuzlardan izole edildi ve bunun 1918 İspanyol gribi ile bağlantılı olduğu bulundu. İnsandan ilk influenza virüsü izolasyonu ise 1933 yılında gerçekleşti ve bununda gelinciklerde hastalık yaptığı anlaşıldı. 1935'te tek valanlı (bileşenli), yumurta bazlı, ilk influenza A aşısı üretildi. 1940'ta influenza A'dan antijenik olarak farklı bir virüs olan influenza B keşfedildi. 1942'de her iki virüs suşuna koruma sağlayan iki 4 valanlı aşı geliştirildi. 1947 yılında DSÖ tarafından, Global İnfluenza Programı kuruldu. Bundan 5 yıl sonra, DSÖ, Global İnfluenza Gözetleme Ağı'nı kurarak tüm dünyada gribi çok yakından izlemeye başladı. 1973 yılında DSÖ, hangi virüs suşlarının aşı içeriğine dahil edilmesi gerektiği ile ilgili ilk tavsiyesini yaptı. DSÖ, 1997'de kurduğu küresel web tabanlı "FluNet" ağı ile grip hastalığı ve grip virüsünü sürekli izlemeye aldı (Ziegler vd., 2018). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılından beri grip aşısını önermektedir (Chalise vd., 2019). Ülkemizde ise 2016 Sağlık Uygulama Tebliği ile grip aşısı Sosyal Güvenlik Kurumu ödemesi kapsamına alınmıştır (Sağlam, 2020).

2.1.9. COVID-19

Son yirmi yılda Çin, salgınlara dönüşen üç solunum yolu virüsü salgınının (1997'deki H5N1 kuş gribi, 2003'teki SARS ve 2019'dan beri olan SARS-CoV-2) ortaya çıkmasına tanık olmuştur. Çin'in Wuhan kentinde etiyolojisi net olarak (S) (N) (Zarf) € (M) bilinmeyen pnömoni vakalarının Huanan deniz ürünleri pazarı ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. COVID-19 salgınında yalnızca ilk vakaların Huanan deniz ürünleri pazarıyla bağlantısı olduğu, sonraki enfeksiyon kaynaklarının enfekte olan bireyler olduğu düşünülmektedir. Dünya çapında hastalık yayılımının en önemli yolu insandan insana bulaş olduğu bilinmektedir (Gua vd., 2019). Bu hayvan pazarında yarasalar satılmasa da

yarasalar birçok SARS CoV ve MERS-CoV gibi birçok koronavirüsün doğal rezervuarı olduğu düşünülmektedir. Yarasa COV ve SARS-COV-2 genomunun %96 oranında benzerliği tespit edilmiştir (Zhou, 2020).

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde klinik belirtileri viral pnömoniye büyük ölçüde benzeyen etiyolojisi bilinmeyen bir dizi akut solunum yolu vakası ortaya çıkmıştır. Wuhan kentinde bulunan deniz ürünleri pazarı çalışanlarında bir kümelenme olduğu belirtilmiştir. Alt solunum yolu örneklerinden elde edilen analizler yeni tip bir koronavirüsü işaret ediyordu (Huang vd., 2020). 7 Ocak 2020'de bu virüs geçici olarak 2019-nCoV olarak adlandırıldı (WHO, 2019). 2019-nCoV olarak adlandırılan virüsün daha sonra SARS-CoV'a benzerliğinden ötürü 11 Şubat 2020'de DSÖ tarafından güncel isimlendirmesi SARS-CoV-2 olarak değiştirildi. Oluşturduğu hastalığa COVID-19 ismi verildi (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2022).

Diğer koronavirüsler gibi, SARS-Co'-2'nin bulaşması da öncelikle enfekte olmuş solunum damlacıkları yoluyla doğrudan, dolaylı veya enfekte kişilerle yakın temas yoluyla gerçekleşebilmektedir. Yenidoğan vakalarda oral, rektal sürüntüde ve amniyotik sıvıda COVID-19 PCR testi pozitif çıkan vakaların bildirilmesi sonrası vertikal bulaş yolunun da olduğu düşünülmektedir (Zhang vd., 2021). Salgının daha erken aşamalarında, SARS-Co'-2'nin önceki SARS-CoV ve MERS-CoV salgınlarına kıyasla insandan insana bulaşma ihtimalinin daha düşük olduğu düşünülüyordu. Ancak SARS-CoV-2 enfeksiyonunun oldukça bulaşıcı olduğu tespit edildi. Birkaç kişi, sebze pazarları ve hastaneler gibi halka açık yerlerde yalnızca 15-50 saniye gibi kısa süre maruz kalmasına rağmen COVID-19 testi pozitif olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların salgın bölgelerine maruz kalma ve semptomatik hastalarla temas öyküsü olmamıştır. SARS-CoV-2 enfeksiyonunun birkaç saniye içinde bulaştığını gösteren bu vakalar, önceki SARS-CoV ve MERS-CoV salgınından farklı olarak daha yüksek bulaşıcılık ve bulaştırıcılık oranı konusundaki ciddi endişeyi ortaya çıkarmıştır (Muralidar, 2020).

2.2. Tükenmişlik

Günümüz dünyasında hayat koşulları, çalışma şartları ve toplum yapısı sürekli bir değişim ve gelişim halindedir. Teknolojide yaşanan yenilikler, yaşam standartlarının yükselmesi, bireylerin toplumun her alanında var olmasını ve değişime ayak uydurmasını zorunlu bırakmaktadır. Bu süreçlerin hepsinde varlık göstermek isteyen bireyler adapte olmakta zorlanmakta, kendilerini yoğun stres altında zayıf ve korunmasız hissetmektedirler. Sonuç olarak, sosyal ilişkilerinde kimi zaman başarısız olacaklar ve iş hayatında uyum sorunu

yaşayıp kendilerini tatminsiz hissedeceklerdir. Kişisel, sosyal ve mesleki anlamda yetersiz hisseden birey aslında çağımızın önemli sorunlarından biri olan tükenmişlik sendromuyla karşı karşıyadır (Sürgevil, 2006).

Günümüz dünyasında çalışan olarak yer alan hemen hemen herkesin artık aşına olduğu bir kavram olan tükenmişlik, genel olarak tükenmişlik kavramı İngilizce “burn-out” kelimesinden gelmekte ve “başarısız olmak, yüksek efor kullanımı sonucundan bitkin düşmek veya güçsüz kalmak” anlamını ifade etmektedir (Aba, 2022; Zeynalı, 2021).

Çağımızın popüler yaklaşımlarından biri olarak bilinen tükenmişlik ilk olarak 1970’li yıllarda ABD’de müşteri ilişkilerinde görev alan kişilerin çektiği iş bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Ancak, Greene’in 1961 yılında yayınlamış olduğu, içsel çöküntü yaşamış ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılıp Afrika ormanlarına kaçışını anlatan “Bir Tükenmişlik Olayı” orijinal adıyla “A Burnt- Out Case” isimli romanında da kendine yer edinen bu yaygın kullanım, “Büyük bir bıkkınlık ve kişinin işine duyduğu bağlılık ile idealizminin sönmesi” şeklinde ifade edilmiştir (Göçmen, 2021). Öyle ki tükenmişlik ile ilgili yaptığı çalışmada Jones, tükenmişliğin kişilere yönelik psikolojik stresten kaynaklandığını belirtse de aslında; hizmet veren kişiler ile hizmet alan müşteriler arasındaki ilişkiden kaynaklanan stresin tükenmişliği daha çok etkilediğini vurgulamıştır. Aynı zamanda tükenmişlik kavramının bireysel ve fiziksel yorgunluğun ötesinde mesleki süreçteki değişimi içeren bir kavram olarak düşünülmesi gerektiğini dile getirmiştir (Barutçu & Serinkan, 2008). Ayrıca tükenmişlik ile ilgili yaptığı çalışmada Edewich, tükenmişliği çalışma koşullarından dolayı insanlara yardım edilen meslek gruplarındaki kişilerin ideallerinde, amaçlarında ve enerjilerinde sürekli olarak bir kaybın yaşanması durumu olarak ifade etmiştir. Çalışma koşulları kapsamında uzun çalışma saatleri, düşük maaş politikası, verilen hizmetten memnun olmayan müşterilerle uğraşma, bürokrasi yönünden zorlamalar ya da kısıtlamalar, ulaşılan noktanın kişisel hedeflerin ve isteklerin çok altında olması gibi örnekler verilebilir. Yani bir tarafta kişinin istekleri ile idealleri, diğer tarafta çalışma şartlarının bozulması ve bu ikisi arasındaki etkileşim süreci, tükenmişliği meydana getiren unsurlardır (Demir, 2009). Ayrıca tükenmişlik alanyazını çok farklı tükenmişlik modellerini içermektedir (Aba, 2022).

2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cherniss, 1980 yılındaki çalışmasında tükenmişlik kavramının merkezinde stresin olduğunu söylemiştir. Tükenmişlik iş yerinden kaynaklanan stres durumlarına birer tepki mekanizması olarak ortaya çıkan ve sonrasında stres ile mücadele etme davranışını

sergilenen ve iş ile ruhsal olarak ilişkisini kesmekle son bulan bir döngü olduğunu ifade etmektedir. Stresle başa çıkma stratejilerinin başarısız olarak sonuçlanmasının tükenmişliğe neden olacağını belirtmektedir (Dalkılıç, 2014). Diğer bir ifadeyle; belirli kariyer hedefleriyle bir işe giren birey, çalışma ortamının özellikleriyle etkileşimde bulunduğu hem çalışma ortamının hem de dışarıdan kendisinin getirdiği stres kaynaklarıyla bir stres havuzu oluşturur; sonrasında birey oluşan bu stres kaynaklarına uyum sağlama, stresle baş etmeye çalışma (örneğin; etkili problem çözme yaklaşımıyla) ve son olarak duygusal yükü azaltmak adına adeta bir zihinsel kapatma yaparak tepki verir. Sonucunda ise stresle baş edemeyen birey, kaynaklarını tüketmiş bir şekilde çalışmaya devam eder ve her gelen yeni bir talepte kendisini işine yabancılaşmış, duygusal olarak kopmuş, ben-merkezci (örneğin işe başlanan ilk maaş miktarının bir süre sonra yeterli gelmemesi), işindeki problemler için sorumluluk almayan ve ilerlemeye çalışmayan bir birey olarak bulmaktadır (Burke vd., 1984). Yani Cherniss tarafından ortaya konulan bu modelin temelini, kişilerin beklentileri ile stres arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Cherniss tükenmişlik kavramını, işyerinden kaynaklanan problemlerin strese neden olmasıyla, çalışanların davranışlarında olumsuz sonuçların ortaya çıkması olarak açıklamıştır (Tetik, 2019). Bu modele göre, burada dikkat çekmek istenilen husus; birey öncelikle stresle kaynağında mücadele etmeye çalışarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı tercih eder. Bu konuda başarılı sonuca varamayan birey bir sonraki adım olarak egzersiz meditasyon gibi bir takım stresle mücadele yöntemlerine deneyimleyerek rahatlamaya çalışır. Bu aşamadan da başarılı sonuç elde edemeyen birey sorunu kökten çözmek adına işle bağını koparmak ister. Bu sürecin sonucunda; düşük motivasyon, müşteri, yönetici ve iş arkadaşlarına yönelik olumsuz tutumlar geliştirme ve iş yaşamına ilişkin hedeflerin küçülmesi ve iş tatminsizliği gibi bazı durumlara rastlanmaktadır (Dalkılıç, 2014).

2.2.2. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişliğe dair yapılan bilimsel çalışmaları, araştırmaları ve geliştirdiği tükenmişlik envanteri ile kaynaklık eden Christina Maslach önemli bir isimdir. Freudenberger'den sonra psikoloji alanında tükenmişlik kavramına yön veren, bireyin iş ortamında yaşadığı duyguları araştıran sosyal psikolog Maslach tarafından, tükenmişlik kavramına yönelik ikinci nitelikli bir makale yayınlanmıştır (Yurteri, 2022). Maslach (1976) *"Burned-out" başlıklı makalesinin giriş bölümünde yaşadığı bir örnek olaya yer vermiştir; "Noel'den hemen önce, yoksul bir kadın yardım almak için bir avukata gitti. Sorunlarını tartışırken fakir olduğundan, çocuklarına Noel hediyesi alamadığından şikâyet etti. Kendisi de genç*

bir anne olan avukatın, kadının durumuna sempati duyması beklenebilirdi. Bunun yerine kendini kadına bağırırken buldu: "O halde çocuklarına hediye istiyorsan git Macy's'i çal! Yakalanmadan ve kurnazca savunulmadıkça geri dönme!" Daha sonra, olayı düşünürken avukat, kendisinin "tükenişini" fark etti."

Günümüzde literatür çalışmasında yaygın olarak gördüğümüz bu model üç alt boyuttan oluşur. Bunlar: Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarıdır (Kızılcın, 2021). Maslach tükenmişlik sendromunu üç boyutta ele almaktadır (Sürgevül, 2006). Maslach tükenmişlik modelinin ilk boyutu duygusal tükenmedir. Tükenmişlik sendromu incelendiğinde, en net biçimde gözlenen boyutunun duygusal tükenme olduğu görülmektedir. Kişiler, kendilerinin veya diğer insanların enerji kayıplarını, yıpranmalarını ya da yorgun olduklarını belirtmek için duygusal tükenme boyutundan söz ederler (Gündüz, 2005). İkinci boyut ise duyarsızlaşmadır. Duyarsızlaşma, kişinin çalışma hayatında iş arkadaşlarının ve hizmet verdiği insanların duygularının olmadığını varsayarak kişisel ve insani özelliklerini göz ardı ederek davranış sergilemesidir (Arpacı & Özek, 2019). Kişi duyarsızlaşma boyutunda, hizmet sunduğu insanlara kaba davranabilir ve tavırları aşağılayıcı olabilir. Müşterilerin ricalarının ve isteklerinin farkında değilmiş gibi davranır. Katı tutumlar dahi sergileyebilir. Ayrıca insanlar tarafından bütün hayatının zorla ele geçirildiğini düşünebilir (Kutanis & Karakiraz, 2013). Üçüncü boyut ise düşük kişisel başarıdır. Kişi başkaları hakkında olumsuz şeyler düşündüğünde, zamanla bu düşünceler kendisi hakkındaki düşünceleri de olumsuz yönde etkiler. Dolayısıyla bu olumsuz düşünceler ve yanlış davranışlar, kişinin kendisini suçlu hissetmesine sebep olur. Diğer insanlar tarafından sevilmediğine dair düşünce geliştirir. Kendisini başarısız olduğuna inandırır. Bu aşamadan sonra düşük kişisel başarı hissi meydana gelir (Örmen, 1993). Bu boyutun özellikleri arasında depresyon, moral düşüklüğü, insanlardan uzaklaşma, verimliliğin azalması, baskıyla baş edememe, başarısızlık düşüncesi ve özgüven zayıflığı yer alır (Yıldız, 2012). Birinci boyutta, bireylerin çalışma koşullarına bağlı olarak kişi, ilk olarak duygusal körelme ve beraberinde duygusal tükenme yaşamaktadır. İkinci boyutta ise duygusal tükenmişliğin devamı olarak kişi karşısındaki insanlara karşı duyarsızlaşma yoluna el atmakta ve üçüncü boyutta birey çıkılmaz hal aldığı bu olumsuz durum neticesinde kişisel duygusuna kapılır ve tükenmişlik sendromunu tam anlamıyla yaşamış bulunur (Sürgevül, 2006).

2.2.3. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines (1988); tükenmişliği fiziksel, duygusal ve davranışsal tükenme biçiminde üç boyutlu bir yapı içerisinde tanımlamıştır (Işıkhani, 2017). Fiziksel tükenmişlik belirtileri her kişide farklı şekillerde gözlemlense de kişiler tükenmişlik boyunca bazı benzer fiziksel belirtiler gösterebilir. Stresin organizma üzerindeki psikosomatik yansıması olarak tarif edilen bu belirtiler; halsizlik, sürekli baş ağrısı, nefes almada zorlanma, miskinlik, uykusuzluk, kilo kaybı, kas ve eklemlerde ağrılar, yüksek kolesterol, kalp rahatsızlıkları, bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla sık sık yaşanan nezle ve grip, mide problemleri, yüksek tansiyon, sersemlik gibi şekillerde kendini gösterir (Çam, 1991). Tükenmişliğin duygusal belirtileri arasında; başka insanları tenkit etme ve onlara karşı yabancılaşarak içine kapanma, hayal kırıklığı, öfkeli olma, dikkat dağınıklığı, çaresizlik gibi duygusal durumlar gözlemlenir. Kişi, hayatında “boşanma, taşınma, istifa ederek yeni bir iş bulma gibi radikal değişikliklere ihtiyaç duyduğuna inanır (Deckard vd., 1994). Tükenmişliğin birçok davranışsal belirtisi vardır. Bu davranışlar; ani sinirlenme, çalışmak istememe hatta işe karşı nefret duyma, konulara şüpheli yaklaşarak kaygılı davranma, huysuzlaşma, beğenilmediğini düşünme, işe zamanında gelmeme, sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıklar edinme veya var olan kötü alışkanlıklarda artış, sosyal çevre ve aile bireyleriyle çatışarak onlardan uzaklaşma şeklinde kendini gösterir. Ayrıca, tükenmişlik; benlik saygısı ile özgüvende düşüş, içe kapanma isteği, suçluluk hissi, odaklanma güçlüğü, hevesin kırılması, çaresizlik, unutkanlık, hareketsizlik gibi davranışsal sorunlara da yol açar (Çam, 1991).

Pines’a göre tükenmişliğin ortaya çıkışı; bireyin süregelen biçimde iş ortamında maruz kaldığı baskıdan kaynaklanır; bunu ifade ederken bireyin motivasyon düzeyini de ölçüt alarak, motivasyon düzeyi yüksek olan bireylerin baskı altında kaldıkları iş ortamlarında tükenmişlik yaşamlarının daha olası olduğunu belirtmiştir (Işıkhani, 2017). Yani bu modele göre tükenmişliğin temel nedeni, bireyi sürekli duygusal baskı altında tutan iş ortamıdır. Ancak, bu noktada önemli olan bireyin motivasyon düzeyidir. Bu tür çalışma ortamları, yalnızca çalışma motivasyonu yüksek olan çalışanlarda tükenmişliğe neden olur. Motivasyon düzeyi düşük olan çalışanların iş ortamındaki baskıdan etkilenerek tükenmişlik durumu yaşamları söz konusu değildir (Yıldırım, 1996). Pines, stres ile tükenmişliğin birbirine yakın kavramlar olduğunu belirtmişse de bunların aynı olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca kişi yaptığı işin önemini bilir ve bunu kabul ederse, ne kadar stresli olursa olsun, asla tükenmeyeceklerini savunmuştur (Çobanoğlu, 2021).

Pines, tükenmişliği varoluşsal perspektifle ilişkilendirmektedir ve insanların anlam arayışının tükenmişliklerinin temel nedeni olduğunu, özellikle de işte varoluşsal bir önemle yetinemedikleri zaman olduğunu ileri sürmektedir. İnsanların tüm yaşamları için bir anlam bulma umuduyla kariyerlerini seçtiklerine ve ilişki kurmak ve anlam bulmak için bu kadar yüksek umutlar, şevk ve motivasyonla girdiklerine inanmaktadır. İşlerinden anlam bulamadıklarını algıladıklarında kendilerini umutsuz, çaresiz hissederek ve sonunda tükenmektedirler (Bektaş, 2021). Diğer bir ifadeyle bireylerin iş hayatlarında başarılı olmayı hedeflemeleri ve beğenilme, takdir edilme isteklerinin yüksek olması gibi talepleri bireyi tükenmişliğe sürükleyen etkilere sahiptir. Mutluluğun asıl nedeni olarak başarılı olmayı gören bireyler, bu hayallerini gerçekleştiremedikleri zaman üzüntü ve duygusal stres yaşamaktadır. Çalışan bu şekilde tükenmişliğe doğru yol almaktadırlar (Koç, 2019).

2.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Psikolog olan Pearlman ve Hartman tarafından 1982 yılında daha önce tükenmişlik hakkında yapılan çalışmalar derlenmiş ve bir model ortaya konulmuştur (Topel, 2019). Pearlman & Hartman, 1982 yılında tükenmişlik kavramını geniş kapsamlı açıklamaya yönelik bir model oluşturmuştur (Acar, 2021). Pearlman ve Hartman (1982)'a göre, sık tekrarlanan duygusal strese karşı oluşturulan ve üç kısımdan oluşan bir tepkidir. Bahsi geçen aşamalar “duygusal ve/veya fiziksel tükenme, düşük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren davranış boyutundaki tepkilerdir” (Çiftçi & Sarıışık, 2015). Öyle ki bahse konu modelde tükenmişlik stres durumunda ortaya çıkan bir tepkidir ve tükenmişliğin üç stres belirtisi bulunmaktadır. Bunlar “yorgunluk ve fiziksel semptomlara odaklı olan fizyolojik belirtiler, duygusal tükenme gibi tutum ve duygulara odaklı olan duygusal bilişsel belirtiler, duyarsızlaşma ve düşük iş verimliliği gibi davranışlara odaklı olan davranışsal belirtilerdir” (Sılığ, 2003).

Pearlman ve Hartman tükenmişlik modeli 4 aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar şunlardır (Hamamji, 2020):

1. Durumun Strese Götürme Derecesi: Stresin oluşmasını sağlayan nedenleri ortaya koyan aşamadır. Bu nedenlerin ilkinde, bireyin beceri ve yeteneklerinin örgütün gereksinimlerine yanıt vermemesi yer almaktadır. Farklı bir neden de meydana getirilen işin, kişilerin gereksinimlerine yanıt vermemesi durumudur (Öztekin, 2021). Diğer bir ifadeyle durumun strese götürme derecesinde; Strese neden olan iki büyük etken mevcuttur. İlki kişinin beceri ve yetenekleridir; bunlar algılanan ya da gerçek kurumsal istekleri karşılamada yetersiz kalabilir. İkincisi bireyin işi; kendi beklentilerini, gereksinimlerini ve değerlerini

karşılamayabilir. Kısaca stresin derecesini belirleyen asıl etken kişinin işten beklentisi ile elde ettikleri arasındaki uyumsuzluktur (Candaş, 2018).

2. Algılanan Stres Düzeyi: Örgütsel ve kişisel faktörlerden dolayı oluşan stres düzeyinin algılanma aşamasıdır (Öztekin, 2021). Yani Algılanan stres düzeyinde; Strese neden olan birçok durum, kişinin kendisini stres altında algılaması ile sonuçlanmaz. Birinci aşamadan ikinciye geçiş, rol ve kurum değişkenlerine, bireylerin kişiliklerine ve geçmiş (background) özelliklerine bağlıdır (Candaş, 2018).

3. Strese Verilen Tepki: Davranışsal, düşünsel ve fiziksel belirtilerin kendini hissettirmesi sonucunda strese karşı verilen ilk reaksiyon aşamasıdır. Belirtilerinden hangisinin oluşacağını buna neden olan örgütsel ve kişisel faktörler belirlemektedir (Öztekin, 2021). Dahası Strese verilen tepki aşamasında oluşan strese cevaben verilen üç ana reaksiyon kategorisini içermektedir. Fizyolojik, bilişsel ve davranışsal semptomlardan hangisinin ortaya çıkacağını, kişisel ve kurumsal değişkenler belirlemektedir (Candaş, 2018).

4. Strese Gösterilen Reaksiyonun Sonucu: Kronik stres sonucunda tükenmişlik oluşur ve strese gösterilen reaksiyonun sonucu olarak yapılan işte sorunlar yaşanır, işten ayrılma ya da işten uzaklaştırılma gibi problemler meydana gelmektedir. Bu seviyede, devamlı hale gelen duygusal stresin yaşanması neticesinde tükenmişlik meydana gelmektedir (Oruç, 2007). Kısaca strese verilen tepkinin sonucunda; tükenmişlik, kronik duygusal strese maruziyet sonucu oluşur. Tükenmişliğin sonucunda, iş tatmini ya da verimliliğinde bir azalma meydana gelebilir. Psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri gözlenebilir. Kişi işten ayrılabilir ya da atılabilir (Candaş, 2018).

2.2.5. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier Tükenmişlik Modeli'ne göre tükenmişlik sendromu; çalışma hayatının tekrarlamasının bir sonucudur ve gerek kişisel gerekse örgütsel faktörlerin bir işlevi olarak meydana gelmektedir. Meier, tükenmişliği çalışanların işlerinde anlamlı pekiştirici, kontrol altına alınabilir hayat ya da bireysel olarak yeterliliğinin azlığı nedeniyle, küçük ödül ve büyük ceza beklentilerinden doğan bir durum biçiminde tanımlamaktadır. Burada anlamlı pekiştirici, sonucun kişi açısından artı veya eksi değerli olmasını tanımlar. Kontrol edilebilir hayatla anlatılan ise, kişinin verdiği kararlar ile yaptıklarının, kendisi ve çevresi üzerindeki durumlarda yetki sahibi olduğu inancıdır. Bireysel yetersizlik, kişinin kendini eksik görmesidir. (Okutan, 2010). İşgörenin işinde anlamlı pekiştirici, kontrol edilebilir yaşantı veya kişisel yeterliliğin az olmasından dolayı, küçük ödül ve büyük ceza beklentisinden kaynaklanan bir durum şeklinde ifade edilmektedir. Bu model de üç

boyuttan oluşmaktadır (Skeja, 2012). Birinci olarak; Düşük ödül veya ceza beklentisinin yüksek olması; işgören yaptığı ile ilgili geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak düşük ödül veya ceza beklentisine kapılmakta bu durum da onu tükenmişliğe sürüklemektedir. İkinci olarak; Kontrol edilebilir yaşantı beklentisinin az olması, Bu beklenti dolayısıyla işgören özellikle cezadan kaçınması gereken durumlarında çaresizlik yaşamaktadır. Ödül ve cezanın dış güçler aracılığıyla gerçekleşeceğine dolayısıyla kişisel çaba ve davranışların öneminin kalmadığına inanmaktadır. Üçüncü ve son olarak, kişisel yeterlilik duygusunun az olması; İş görenin kontrol için gerekli davranışları sergilemesinde kişisel olarak kendisini yetersiz görmesi onun tükenmişliğine neden olmaktadır (Altay, 2009).

Meier geliştirdiği tükenmişlik modelinde, tükenmişliğin davranışsal ve bilişsel yönlerine vurgu yaparak bu yönleri tetikleyen dört farklı boyuttan bahsetmektedir. Modele ilişkin bu dört bileşen, pekiştirme beklentileri, sonuç beklentileri, yeterlilik beklentileri ve bağlamsal bilgi işleme şeklinde sıralanmaktadır (Sezici & Güven, 2016). Pekiştirme Beklentileri Meier'e göre; çalışma hayatının çalışanın açık ya da gizli amaçlarını karşılayıp karşılamayacağıyla alakalı olan pekiştirme beklentileri, gerçekleşmediğinde işinden memnun olmamaya başlanmakta ve bu da tükenmişlik yaşanmasına neden olmaktadır. Bireyden bireye farklılaşan algılamalar nedeniyle çalışma hayatının sonuçları da bireyden bireye farklılık göstermektedir. Sonuç Beklentileri; Meier bu tanımın bazı sonuçları ortaya çıkaran davranışlarla alakalı betimlemelerden oluştuğunu ifade etmiştir. Diğer bir ifadeyle istenilen sonuca varmak için yapılması gerekli olan davranışlarla alakalı betimlemelerdir (Şeker, 2019). Yeterlilik Beklentisi; Bu kavram arzulanan sonuçların ortaya çıkaracak davranışları yapmaktaki kişisel yeterliliği ifade etmektedir. Sonuç ve yeterli olma beklentileri arasındaki ayrımı vurgulamak gerekmektedir. Örnek olarak öğrenciler yeni materyaller öğrenemedikleri zaman, öğretmenleri zor durumda bırakır bu durumda öğretmenler kendi beceri ve bilgilerinin yeterliliğinden yoksunluk çekerler çünkü layıkıyla öğretmenlerini düşünürler, bu da tükenmişliğe yol açar (Skeja, 2012). Bağlamsal bilgi işleme unsuru ise; bireyin örgütsel yapılar, sosyal gruplar, öğrenme tarzları ve bireysel inanışlar gibi bağlamlardaki bilgiyi işlemek, diğer bir ifade ile davranışları anlamlandırma süreçlerini vurgulamaktadır. Meier'e göre bireyler çalışma hayatında tepkisel olarak düşündükleri, duyumsadıkları ve nasıl davrandıklarıyla kişinin tükenmişlik sendromu yaşamasına sebep olan öğrenme tarzı ve bireysel inanış gibi bilişsel faktörlerin rolünün ne olduğu bu modelin üstünde durduğu sorulardandır. Meier bu modelde olgunun davranışsal ve bilişsel taraflarının üstünde durmayı amaçlamıştır. Meier' in tükenmişlik modeli,

tükenmişliğin bir stres süreci olduğunu, ileriki psikolojik evreleri kapsadığını ve zaman içinde meydana geldiğini ifade etmektedir. (Demir 2010).

2.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli, Ericson'un kişilik gelişimi kuramını temel almaktadır (Çetinkaya, 2021). Öyle ki Eric Ericson'un kişilik gelişimi kuramı temel alınarak bu model geliştirilmiştir (Gülbayrak & Aktaş, 2020). Söz konusu model Suran ve Sheridan'ın 1985 yılında geliştirdiği kuram çalışanlar üzerindeki yaptıkları gözlemlere dayanmaktadır (Ünal, 2021). Ayrıca tükenmişliğin erken ve orta yetişkinlik sürecindeki bazı gelişimsel aşamalardaki çatışmalardan dolayı ortaya çıktığını gözlem ve deneyimlerle açıklayan bir modeldir (Çetinkaya, 2021). Bu model dört aşamadan oluşmaktadır. Modele göre tükenmişlik, aşamalarda ortaya çıkan anlaşmazlıkların çözüme ulaştırılamamasıdır (Ünal, 2021). Diğer bir ifadeyle Suran ve Sheridan'a göre, her aşamada oluşabilecek çatışmalar tatmin edici bir şekilde çözülemezse tükenmişlik meydana gelebilir (Dükel, 2021). Bu aşamaların her biri duygusal tükenmişlikle başa çıkma konusunda faydası olabilecek yaşam tarzlarını içerir. Her bir aşamada çatışmaların çözülmemesi duygusal tükenmişliğe sebebiyet vermektedir (Gülbayrak & Aktaş, 2020). Söz konusu aşamalar; Rol Belirginliği-Rol Karmaşası Aşaması, Yeterlilik-Yetersizlik Aşaması, Verimlilik-Durgunluk Aşaması ve son olarak Yeniden Oluşturma-Hayal Kırıklığı Aşaması'dır (Ünal, 2021).

Kimlik, Rol Karmaşası Aşaması: Bireysel ve mesleki kimlik oluşma süreci psikolojik gelişme bakımından önemli bir role sahiptir. Kişilerin mesleki gelişimlerini tamamlayamama durumları ileride bu kişilerin rol karmaşasıyla karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. Bu noktada ana problem kişinin "nasıl bir profesyonel olacağım" sorgulamasını içermektedir. Söz konusu sorgulamanın yanıtı ise mesleki seçimde kişiye yol gösteren ilk duyguları içermektedir. Bu sorgulamalar kişinin lise eğitiminin 14 son senesiyle üniversite eğitiminin ilk senelerinde görülmeye başlamaktadır. Özetle bu aşama kişinin "Ben kimim" sorusuna yanıt arama aşaması olarak ifade edilmektedir (Çelik, 2021).

Yeterlilik-Yetersizlik Aşaması: Bu aşama yirmili yaşların başına denk gelmektedir. Birey bu aşamada kendini meslektaşları ile kıyaslamaya başlamıştır. Yaptığı değerlendirmeler sonucu istendik düzeyde değilse yetersizim duygusuna kapılabilir (Baysal, 1995).

Verimlilik-Durgunluk Aşaması: Bu aşama otuzlu yaşları kapsamaktadır. Bu evrede birey ilgi ve yetenekleri netlik kazanmıştır. Birey kariyer planlamasını yapmaktadır. İlgi alanlarını geliştirmiş bireyler bu dönemi verimli geçirirken geliştirememiş bireyler durgunluk dönemine girer (Başören, 2005). Yeniden oluşturma, hayal kırıklığı aşaması: Kişiler, otuzlu yaşlarının ortalarında başlayan ve kırklı yaşların sonlarına kadar devam eden bir süre boyunca çalışma hususunda kendini bu duruma sürükleyen kararlarını sorguladığı bir evreden geçer. Bahsi geçen bu durum aynı zamanda “orta yaş krizi” olarak adlandırılan durum ile de benzerlik göstermektedir. Bu sorgulamanın sonucunda bireylerin, çalışma hayatına ilişkin tatminsizlikler yaşadıkları görülmektedir. Bununla beraber bir zaman sonra bıkkınlık ve tükenmişlik hisleri kendini göstermeye başlar. Yorgunluk, gerginlik ve stres hisleri kişinin hayatında baskın bir rol oynamaya başlar. Kişinin orta yaşlarına ortaya çıkan söz konusu hayal kırıklığı duygusunun sonucunda, kişide çalışma hayatına ilişkin yeni baştan değerlendirme yapma ve yeni amaçlar ortaya koyma gereksinimi meydana getirir. Değerlendirme aşaması olarak ifade edilen bu aşamada kişi başarı elde edemezse yaşanan hayal kırıklıkları kişinin küskünlük ve engellenme duygusu içinde ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyebilir ve sonuçta çalışma hayatından uzaklaşmasına ve tükenmişlik hissine kapılmasına yol açabilir (Erdoğan, 2016).

2.2.7. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik duygusu, insanlarla sürekli yüz yüze çalışan bireylerin, mesleki koşullarının sonucunda durgunluk, hayal kırıklığı ve ilgisizlik yaşayarak, coşku ve motivasyonlarını kaybetmeleridir (Edelwich & Brodsky, 1980). Diğer bir ifadeyle tükenmişlik bireyin iş deneyimi ile değişen motivasyon süreci ile ilişkilidir (Altın, 2022).

Edelwich tükenmenin dört evreden oluştuğunu belirtmiştir. Edelwich bu evreleri; İdealistik Coşku, Durgunlaşma, Engellenme, Apati olarak sıralamaktadır.

İdealistik Coşku: Bu evredeki kişilerin enerjileri ve hayattan zevk alma düzeyleri oldukça yüksektir. İşlerine karşı yüksek beklenti içerisindeyler. Mesleği, hayatındaki en büyük öncelik haline gelir ve mesleğini icra ederken, hizmet sunduğu şahıslarla olması gerekenden daha fazla bağ kurarlar. Stresli bir çalışma 10 hayatı içine girerler, gerekli olmayan sorumluluklar alırlar. İdealist bir biçimde davranırlar her zaman ve koşulda başarılı olmayı ummaktadırlar (Akol, 2022).

Durağanlaşma Evresi: Mesleği ile ilgili yoğun çaba gösteren ve beklentiye giren kişi; gereken ilgiyi ve emeklerinin karşılığını göremedikçe hayal kırıklığı yaşamaya başlar.

Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlükler, kurallar ve önyargılar nedeniyle mesleğine olan ilgisini kaybeder (Özmen, 2016).

Engellenme Evresi: Kişinin mesleğini ve yaşamını sorguladığı bir evredir. Kişi 2 türlü engellenme hisseder; ilki yöneticilerin beklentilerini, isteklerini yerine getirmede eksik kalma nedeniyle hissedilen engellenme, ikincisi ise mesleğinde kendisinden istenen performansı göstermeye çabalarken kendi isteklerini yerine getiremediği için engellenme. Bu evreden bir sonraki evreye geçebilmek için 3 yöntemden biri devreye girer. Bunlardan ilki adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, ikincisi maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme, son olarak da durumdan kendini çekme veya kaçınmadır (Yüksel, 2011).

Apati Evresi: Bu evreye ulaşan şahıs, artık engellenmişlik ve öfke duygularını yitirmeye başlar, iş hayatı ile olan duygusal bağını kaybeder. Mesleğine karşı bıkkınlık ve can sıkıntısı başlar. Mesleğine ekonomik nedenlerden dolayı devam etmekte, ondan zevk almamaktadır. Kötü giden şeylere karşı kendini çaresiz hissetmeye başlar. Bu konuda ümidi kalmamıştır, bunun ötesinde, mesleğinde ilerlemek istememektedir. Hedeflerini yitirmiştir ve iş arkadaşlarında ya da hizmet ulaştırdığı şahıslarda gördüğü duyguları önemsememeye başlar. Bu evreye gelmiş kişi için, iş yaşamı huzursuzluk ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır (Edelwick & Brodsky, 1980).

2.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Hayatın her aşamasında özellikle günümüz koşturmacasında birçok alanda karşı karşıya kaldığımız sıkıntılar, sorunlar, problemler iş hayatında olsun ya da olmasın tükenmişlik kavramı ile bizi yüz yüze getirmektedir. Tükenmişlik kavramının sadece hizmet sektöründe ya da sadece çalışan kişilerde görüldüğü düşüncesi yanlıştır. Çalışma hayatında kişilerle birebir ilişki içinde olan kişilerin tükenmişlik yaşama ihtimali daha yüksek olmakla beraber çalışma hayatında yer almayan kişilerin tükenmişlik yaşamaları da tabiidir (Sandıkçı, 2021). Bu nedenle tükenmişlik çeşitli durumlarda ortaya çıkmaktadır. Tedavisi uzun sürebilir ve kişi eğer tükendiğini kabullenmezse süreç daha uzun olabilmektedir. Tedavi süreci uzadığı gibi iyileşme süreci de yavaşlar. Tükenmişliği tetikleyen bir durumlar bulunmaktadır (Saçlı, 2011).

Tükenmişliğe etki eden faktörlerin kavramın ilk ortaya çıktığı zamanlarda kişilerin kendisinden kaynaklandığı, sorunları kişilerin kendi istekleri ile ortaya çıkardıkları bu sorunlardan dolayı kurumun zarar gördüğü düşünülmüş, sorun eşittir çalışan olarak

algılanmış ve çalışandan kurtulmanın sorundan da kurtuluş olduğu düşünülmüştür. Ancak ilerleyen çalışmalarda sorunun kişilerden kaynaklanmadığı ortaya çıkmıştır (Guluzade, 2019). Böylelikle tükenmişliğin oluşmasında etkili olan nedenlerden söz konusu etmek mümkün hale gelmiştir. Etki eden bu nedenlerin biliniyor olması karşılaşılabilecek olan sorunlar karşısında çözüm üretme veya olasılığı sorunlara hazırlıklı olunmasını sağlayacaktır (Doğdu, 2021).

Tükenmişliğe ilişkin yapılan araştırmalar sonucunda tükenmişliğe etki eden birçok faktörün olduğu belirtilmiştir. Ancak en genel olarak tükenmişliğe etki eden faktörler, bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Uysal, 2021). Fakat tükenmişliğin ortaya çıkmasında söz konusu iki başlık genellikle birlikte etkileşim halindedirler (Başaran, 2021).

Bireysel özellikler, bazı hususlarda tükenmişliğe zemin hazırlayan ya da tükenmişliği artıran, bazen de tükenmişliği ve tesirlerini azaltıcı etkisi olan, bireyin haiz olduğu özellikleri açıklar (Delibaş, 2021). Kişilerin yaşayış tarzlarının farklı olması, bireylerin sosyo-ekonomik durumları, zihinsel farklılıkları ve bireysel farklılıkları oluşturduğu; bu farklılıkların da tükenmişlik duygu durumu içerisindeki bireylerin de kişisel sebeplerinin ne olduğunu öğrenme ihtiyacı doğurduğu görülmüştür (Ökmen, 2021). Tüm insanların tükenmişlik hissetme olasılığının var olduğunu kabul etmekle beraber bazı özellikteki insanların diğerlerine oranla tükenmişlik yaşama olasılığı daha fazladır (Akten, 2007). Tükenmişliği etkileyen bireysel faktörler içerisinde sosyo-ekonomik sebeplerin, beklentilerin ve demografik faktörlerin olduğu açıklanmıştır (Ökmen, 2021). Tükenmişliğe etki eden başlıca örgütsel faktörler arasında ise aşırı iş yükü, zaman baskısı, rol belirsizliği ve rol çatışması, iş kaynaklarının kıtlığı, sosyal destek yoksunluğu, geri bildirim eksikliği, çalışana yeterince özerklik tanınmaması, psikolojik sözleşme ihlali, denetimlerin yetersizliği, aşırı zaman alan bürokratik işler, yeterli olmayan uzman eğitimleri ve yönlendirmeler yer almaktadır (Baygın, 2021).

2.3.1. Bireysel Faktörler

2.3.1.1. Zihinsel Farklılıklar

Tükenmişlik yaşayan kişi, sürdürdüğü hayat tarzından veya bir ilişkiden, istediklerini alamamasına bağlı bitkinlik ve düş kırıklığı içinde olur. Eğer kişilerin umduklarının gerçekleşebilme ihtimali çok düşük ise ve birey bu amaçlara ulaşmakta yoğun bir şekilde ısrar ediyorsa, bunalım ve huzursuzluk geliyor demektir. Birey psikolojik olarak çok fazla çatışma yaşamaktadır (Tümkaya, 1996). Herkesin ulaşmak istedikleri bazı temel psikolojik

hedefleri vardır. Bireyler başkaları tarafından sevilme, hayranlık duymak ve saygı duymak isterler. Ulaştıkları başarılar sonucunda, övgü ve takdir edilmek isterler. Tüm bireylerin ortak ihtiyaçları olmasına rağmen, onların ciddiyeti bireye göre değişir. Bireyler çevrelerinden destek görmek ister. Oluşacak bu destek, motivasyonuna önemli ölçüde katkıda bulunur. Bu, ihtiyaç duyulduğunda bir aidiyet duygusu veren bir formda olabilir (Semercioğlu, 2012).

2.3.1.2. Yaş

Sosyo-demografik veriler incelendiğinde, tükenmişlik ile ilgili en sağlam ilişki yaş ile görülmüştür (Sılığ & Ceyhan, 2003). Tükenmişliğe etki eden faktörlerden yaş olgusunun tükenmişlik ile arasında ters yönde bir ilişki mevcuttur. Genç ve tecrübesiz bireylerde tükenmişlik seviyesi daha yüksekken, yaşlı ve tecrübeli bireylerde daha küçüktür. Bu durum genç ve yaşlı çalışan arasındaki beklenti farklarından kaynaklanmaktadır (Gülhan, 2019). Yani Bu durumun sebebi ise yaşı genç çalışanların beklentilerinin daha yüksek oluşudur. İşe yeni başlayan çalışanlarda örgütten bekledikleri beklentiler sürekli artmaktadır. Ödüller, takdir gibi durumların beklentilerini karşılayamaması durumunda tükenmişlik durumu meydana gelmektedir. Fakat zamanla yani ilerleyen yaşlarında çalışanlar daha realist, takdir ve ödül beklentisini azaltarak bu durumu yaşamamaktadırlar (Izgar, 2000).

Demografik unsurlar içerisinde tükenmişliğe dair en çok üstünde durulan yaş ve mesleki hizmet süresidir. Tükenmişliklerin yaş ile ilişkilendirildiği araştırma bulguları, meslekteki fiilen çalışma süresini etkili bir unsur olarak ifade etmektedir. Mesleki tecrübe ile yaş değişkenlerinin birbirinden bağımsız düşünülemeyeceği; şartlara göre ise birbiri ile aynı veya zıt yönde bir korelasyonel ilişkisi içerisinde olabilecekleri ifade edilebilir (Yurteri, 2022).

2.3.1.3. Cinsiyet

Cinsiyet faktörüne bağlı olarak bireyler tükenmişliğin farklı boyutlarını farklı düzeyde yaşayabilmektedir (Koç & Topaloğlu, 2010). Yani tükenmişlik ve cinsiyet değişkenlerinin birbirine olan etkisinin, yapılan çeşitli araştırmalara göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin kadınların çoğunlukla yönetim kademesinde yer almadıkları görülmektedir. Bu sebeple güçlü bir ekonomik gelir, toplumsal itibar, özgürlük duygusu gibi pekiştireçlere daha az ulaşabilmektedirler. Bu durumun iş yaşamında yaşanan tükenmişliğin kadınlar üzerinde daha belirgin olduğunu gösterdiği görülmektedir (Yurteri, 2022).

2.3.1.4. Medeni Durum

Bekarların evlilere; çocuk sahibi olmayanların olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir (Aydemir, 2018). Diğer bir ifadeyle medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasındaki bağlantı irdelendiğinde; evli ve çocuk sahibi olanların, bekâr ve çocuk sahibi olmayanlara göre daha az oranda tükenmişlik yaşadıklarını belirten çalışmalar görülmektedir. Aile kurumu veya çocuğun varlığından kaynaklanan pozitif etki, bu duruma neden olarak gösterilmiştir (Çiper, 2006).

2.3.1.5. Eğitim Durumu

Eğitim durumu da tükenmişliği etkileyen bir başka faktör olarak görülmektedir (Çokluk, 1999). Eğitimin tükenmişliğe dikkate değer bir etkisi bulunmaktadır (Çimen, 2007). Yapılan araştırmaların önemli bir oranı, eğitim seviyesi arttıkça tükenmişlikle baş etme yollarının artmasından dolayı tükenmişliğin azalacağını belirtmektedir. Buna karşı az sayıdaki bazı araştırmalar ise eğitim arttıkça, tükenmişliğin de artacağını belirtmektedir. Gereke stres ve sorumluluk yükünün artmasından, gerekse alınan eğitimle ilişkili olmayan işlerde çalıştırılmasından dolayı, tükenmişliğin arttığı belirtilmiştir (Çokluk, 1999). Çünkü sahip olunan pedagojik donanım, mesleki etik anlayışı ve gerçekçi beklentiler; var olan durum ile gerçekleşme ihtimali olan durumlar arasındaki olasılığı görebilmeyi sağlar. Örnek verecek olursak lisans mezunlarının, kendilerini işyerindeki yöneticilerinin kazançlarına göre değerlendirdiklerinde, maaşlarının tatmin edici olmadığını ortaya koymuştur (Çimen, 2007).

2.3.2. Örgütsel Faktörler

2.3.2.1. İş Yükü

Örgütlerde tükenmişliğin önemli nedenlerinden bir tanesi iş yükü dağılımındaki orantısızlıktır. Diğer çalışanlara göre daha fazla iş yükü olan bireyin, kendisine verilen işlerin üstesinden gelebilmesi için fazladan enerji harcaması gerekmektedir. Bunun sonucunda da, bedenen yıpranan birey zamanla tükenmişlik sendromu yaşamaktadır. Nihayetinde bu çalışan, işine karşı isteksizlik duymaya başlar ve örgüte faydası azalır. Ayrıca iş yükü fazla olan birey zamanın çoğunluğunu işlerini bitirmekle geçireceği için, ailesine ve sosyal çevresine ayıracağı vakitten de feragat etmek zorunda kalacaktır. Zaten işyerinde fazla yorulan birey hem dinlenemeyecek hem de iş haricindeki yaşamında da sorunlar yaşamaya başlayacaktır (Karadağ, 2013)

Çalışanlar, işi halledebilmek için gereken niteliğe sahip olmadıklarını düşündüklerinde niteliksel iş yükünden, bitmesi gereken sürede bitiremeyeceklerini düşündüklerinde ise niceliksel iş yükünden bahsedilebilir. Her ikisi de çalışanlar üzerinde yoğun baskı yaratır. Ağır iş yüküne sahip bireyler, ailelerine yeterince vakit ayıramazlar, dinlenme ve eğlenme için ayırdıkları süre kısıtlıdır. Zaman baskısını hisseden ve beklenen faaliyetlere yer veremeyen bireyin verimliliği düşer, bedensel ve ruhsal sağlığı olumsuz açıdan etkilenir (Torun, 1995).

2.3.2.2. Aidiyet

Maslow tarafından geliştirilmiş olan ihtiyaçlar hiyerarşisinde üçüncü sırada yer alan bu kavram, kişinin kendisini içinde olduğu ortama ne kadar ait hissettiğidir. Maslow'a göre bir yere ait olmak ve kabul edilmek önemli ihtiyaçlardan biridir. Bu ihtiyacın tatmin edilmesi zorunludur. Tatmin edilemediğinde kişide bunalım ve acı görülmektedir. Kişi kendisini çalıştığı ortama ait hissettiğinde güvenlik hissi oluşmakta ve iş ortamında birlik görülmektedir. Tam tersi durumdaysa kişi kendisini yalnız ve arka planda kalmış hissetmektedir. Nitekim çevresindeki kişilerle aktif bir çatışma yaşadığı görülmektedir. Bu çatışmaların devam etmesi sonucunda enerjisi düşer ve duygusal açıdan yıpranmaktadır. Böylece çevreye karşı duyarsız hale gelmektedir (Ardıç & Polatçı, 2008).

2.3.2.3. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği

Rol çatışması-rol belirsizliği, örgütlere problem çıkaran, çalışanların tükenmişliğine sebep olan nedenlerden birisidir. Rol, genellikle çalışan kişiden beklenen ancak onun görev tanımı dışında olan şeylerdir. Bu yönüyle rol, görevden ayrılmaktadır. Rol çatışması ise, çalışandan istenilen görevlerin birbirinden alakasız olması, birden fazla personelin farklı görevlerinin bir kişiye verilmesi ya da yapılacak iş için kuralların çiğnenmesi, işyerinde birbirinden farklı bölümlerde çalışanlarla muhatap bırakılmaya çalışılması gibi durumlar kişilerin hem fiziksel hem de ruhsal yorulmalarına neden olmaktadır (Ceylan & Ulutürk, 2006). Birey, örgüt içindeki rolleri konusunda yeterli bilgiye sahip değilse rol belirsizliği görülür. Eğer işin amaçları yeteri kadar tanımlanmamışsa yani kişi ne yapacağını bilemiyorsa stres kaçınılmazdır. Bireyin üstlendiği iki ya da daha fazla rolü olabilir. Bu rollerin aynı zamanda ortaya çıkması, bireyden zıt isteklerde bulunulması anlamına gelir ve bu da rol çatışmasına yol açabilir (Alanyalı, 2006). Bir başka ifadeyle, Rol çatışması, örgüt içinde kişi ikisi birbirine zıt olan bir durumla karşılaştığı takdirde meydana gelmektedir. Böyle olduğu zaman birey nasıl davranması gerektiğini bilemez. Örnek olarak, yönetici,

birlikte bitirilmesini istediği iki işi aniden verip yapılmasını isteyebilir ya da kişisel sorunları bulunduğunu bildiği iş göreninin işi yavaşlattığını bilir fakat çalışanını çok sevmesi dolayısıyla ceza vermekten kaçınır, ama örgüt kuralları çalışana ceza vermesini emretmektedir (Öztekin, 2021). Araştırmalar, rol çatışmasının bireyde içsel çatışmaya neden olduğunu, işin çeşitli yönleri ile ilgili gerilim yarattığını, iş doyumunu eksilttiğini ve çalışanın özgüvenini azalttığını ortaya koymuştur (Alanyalı, 2006).

2.3.2.4. Özerklik Tanınmaması

Üst yönetimin işin nasıl, ne şekilde, hangi zaman yapılacağı konusunda ciddiyetle açıkladığı çalışanlar açısından bundan başka bir çıkış yolu bulunmamaktadır. Bu durum da iş görenin yalnızca öfke ve kızgınlığını, duygusal stres yükünü arttırmakla kalmayıp, beceriksizlik ve başarısızlık hissini arttıracaktır. Hizmet ve insan kaynakları sektörlerinde bulunan yöneticilerin, çoğunlukla alt kademeler ile üst düzey yöneticiler arasında sıkışmış durumları, onları karar verme aşamasında yetkisiz bırakmaktadır. Bu kişiler bazı durumlarda saygı kazanacak ve basit kararlar alabilecek 13 olan yetkiye sahip olamamaktadırlar. Bu problem ilgili çalışmalarda çaresizlik şeklinde de açıklanmaktadır (Lee & Ashforth, 1991).

2.3.2.5. Adalet

Bir iş ortamında geçerli olan kuralların bütün çalışanlara eşit, ayırım yapılmadan ve aynı oranda uygulanması önemli bir durumdur. Fikirleri ve nitelikleri fark etmeksizin tüm çalışanlar, kendisi için önemli olan bir kararda ayırım yapılmadığı düşünülmelidir. Tersi durumda güçlü ve baskın çalışanların etkisiyle adaletsizlik oluşmaktadır. Terfi, iş dağılımı, savunma alınmaması veya alınan savunmanın eşit değerlendirilmemesi gibi durumlar örgüt içi adaletsizlik örnekleridir (Maslach & Jackson, 1982).

2.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin belirtileri bireyden bireye ve tükenmişliğe sebep olan durumlara göre farklılık göstermektedir. Genelde birbirine benzer şekilde belirtiler ortaya çıksa da tükenmişlik her kişide değişik seviyelerde olduğu için tükenmişlik belirtileri de her kişide değişik şekillerde görülebilmektedir. Tükenmişlik bir süreçtir ve bu süreç sinsice ilerleme gösterir. Fakat ani bir patlama sonucu tükenmişliğin farkına varılmaktadır (Şahin, 2019). Tükenmişlik, bireyin maruz kaldığı stresle etkili şekilde mücadele edememesi sonucu fiziksel, bilişsel ve duygusal alanlarda yıpranmasıyla seyreden bir sendrom olarak göze çarpmaktadır (Naktiyok & Karabey, 2005). Tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalar

incelendiğinde, tükenmişliğin ortaya çıkmasındaki belirtilerin üç grupta belirlendiği görülmektedir. Bunlar; fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler olmak üzere üç başlık altında aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Yücel, 2021).

2.4.1. Fiziksel Belirtiler

İş hayatının başlangıcında başarılı, becerikli, kendine güvenen, enerjik ve iş konusunda hevesli, bireyler vardır. Ancak yıllar geçtikçe iş performansı azalmakta ve bireylerin enerjisini azaltmaktadır ve çeşitli fizyolojik semptomlar ortaya çıkmaktadır (Moss vd., 2016). Yorgunluk ve bitkinlik gibi hisler, sıkça yaşanan baş ağrıları, nefes alıp vermede güçlük, solunum ve sindirim sistemine dönük rahatsızlıklar, deride kabartı ve kızarıklıklar, kiloda azalma ya da artma, kalp çarpıntısı, yüksek tansiyon ve kolesterol, uykusuzluk gibi semptomları kapsamaktadır (Baysal, 1995).

2.4.2. Duygusal Belirtiler

Bireyler işin kontrolünü kaybetmişse veya kaynaklardan yoksunsa, kariyer yolundaki engellerin aşılmasını imkânsız hale getirmektedir. Ayrıca bireyler ödülü alamazlarsa kendilerini yetersiz hissetmeleri şaşırtıcı olmayacaktır. Harcanan zaman ve çabanın bir sonucu olarak birey kendini bitkin hissedebilmektedir (Dinç, 2008). Duygusal belirtiler şunlardır: duygusal tükenme, kronik bir sinirlilik hali, öfke, bilişsel becerilerde zorluklar, hayal kırıklığı, depresif duygusal durum, kaygı, huzursuzluk, sabırsızlık, düşük benlik saygısı, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar verememe, ilgisizlik, boşluk ve umutsuzluk (Kaçmaz, 2005).

Duygusal tükenme gerçekleşen birey, üstündeki duygusallığını azaltmak için uzaklaşma yöntemini kullanır. Kişilerle olan bağlarını işin görülebilmesi adına en az seviyeye düşürür. Kişileri kendi içinde gruplara ayırır, denk geldiği insanlara sıradanlaşan bir şekilde davranır. Tüm bunların neticesinde kesin kaide ve ilkelere göre davranan bir kişiye dönüşür. Duyarsızlaşmanın en baştaki işaretleridir. Gelişen soğukluk hissi, insanlara karşı kayıtsız, katı ve iyice agresifleşen durum, tükenmişlik belirtisinin sonraki bölümü olan duyarsızlaşmayı meydana getirir. Bu belirtileri gösteren birey başka bireylerin yaşamından uzaklaşmalarını onların kendisini bir başına terk etmelerini gönülden isterler. Mesleğinden dolayı karşısına çıkan bireylere duyarsızlaşır ve karşısındakilere sanki insan değil de eşyaymış gibi yaklaşır (Basım & Şeşen, 2006).

2.4.3. Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtiler daha kolay tanınmakla birlikte tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığının da bir göstergesidir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzun bir süre boyunca saklamaya çabalamış birey için; tükenmişlik duygusu, bireyin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluk vermektedir (Sürgevil, 2006). Çabuk öfkelenme, İşe gitmek istememe hatta işten nefret etme durumu, Alınganlık, Birçok konuya karşı endişe duyma, şüphelenme, İşe geç gelme, İlaç, alkol, tütün alma eğiliminde artış, Özgüvende azalma, Sürekli diğer insanları eleştirme, Aile, arkadaş çevresinden uzaklaşma, Hayal kırıklığı, unutkanlık, çaresizlik, kolay ağlama, Rol çatışması, Başarısızlık hissi ve bazı konuları erteleme, Çalıştığı kuruma karşı ilgi kaybı gibi belirtiler tükenmişliği ortaya çıkaran davranışsal belirtilerdir (Ardıç & Polatçı, 2009).

2.5. COVID-19 Pandeminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi

Geçmişten günümüze pandemiler, çok sayıda can kaybına, fiziksel ve ruhsal problemlere neden olan ciddi halk sağlığı sorunudur. Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019'da ortaya çıkan COVID-19 virüsü, tüm dünyaya yayılmış ve ülkelerin sağlık sistemlerini sarsmıştır. Salgınlar gibi kitlesel travmalara sebep olan durumlarda en yüksek risk taşıyan ve en çok etkilenen grup, sağlık sistemin en önemli parçalarından biri olan sağlık çalışanlarıdır (Hoşgör, 2021). Uluslararası çalışma örgütü (ILO) ise sağlık çalışanlarını 5 gruba ayırmaktadır: 1. Doktorlar: sağlık hizmeti sunumunda birinci derece sorumlu olan kişilerdir. 2. Diğer profesyonel meslekler: diş hekimi, eczacı, biyolog, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi yüksek eğitilmiş kişilerdir. 3. Hemşire, ebe, sağlık memurları; sağlık hizmeti sunulmasında hekimle en yakın konumdaki çalışanlardır. 4. Diğer sağlık elemanları; sağlık hizmetinin sunulmasında rol alan teknik elemanlardır. Radyoloji teknisyeni, ameliyathane ve anestezi teknisyeni, diş teknisyeni, odyoloji teknisyeni, elektrokardiyografi (EKG) - elektroensefalogram (EEG) teknisyeni gibi meslekler bu gruba örnek oluşturur. 5. Diğer çalışanlar; eğitim ve formasyonu bakımından sağlık personeli olmayan, ancak sağlık kuruluşlarında çalışan kişilerdir. Sekreter, temizlik görevlileri, şoför vb. kişiler bu grupta yer alır. Bu kişiler yetiştirmeleri itibariyle sağlık personeli olmamakla birlikte, sağlık kuruluşlarında bulundukları için bu kuruluşlarda var olan risklerden etkilenir (Bilir & Yıldız, 2004). Özellikle, COVID-19 pandemi kliniklerinde çalışan hemşirelerin koruyucu ekipmanları eksiksiz ve doğru kullanması, el ve malzeme hijyenini sağlaması, enfeksiyonun kontrol altına alınmasında anahtar roledir (Samur, 2020). Çünkü pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında genel topluma göre daha

fazla enfeksiyon kapma ve hayati risk ile beraber tükenmişlik belirtileri görülme olasılığı yüksektir (Yumru, 2020). Ülkemizde ise Mart 2021 tarihine kadar enfekte hastaların %10,9'unun sağlık çalışanı olduğu; bunlardan 216 kişinin COVID-19 nedeniyle vefat ettiği açıklanmıştır. Bu oranın geçen süreye bağlı olarak önemli ölçüde yükseldiği tahmin edilmektedir (Şahin vd., 2020).

21. yy. sürekli olarak değişen toplum yapısı, teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmeye başlaması ile zaman, yer ve mekân algısının gün geçtikçe ortadan kalması ile birlikte çalışma ortamlarında ortaya çıkan mesleki yıpranmalar insanoğlunun yapısını değiştirmeye başlamıştır. Stresin gündelik hayatta en uğrak noktalarından birisi olan hastaneler sağlık çalışanlarını genellikle olumsuz yönde etkilemektedir. Gerek haberlerde gerekse toplumun genel yapısı itibari ile herkesin işi acele algısından yola çıkılarak sağlık çalışanları aşırı stres içerisine girmiş bulunmaktadır (Yılmaz, 2017). Özellikle salgın ile beraber hemşirelerin çalışma süresinin artması, deneyimli personel sayısının yetersizliği, tulum, özel maske, siperlik gibi koruyucu ekipmanın çalışma konforunu düşürmesi ve koruyucu ekipman yetersizliği, solunum cihazı gibi özel donanım gerektiren cihazların sık kullanımı, yedi gün 24 saat hasta başı takibi gibi koşulların sağlık çalışanlarında işe bağlı psikolojik stresi artırdığı bildirilmektedir (Cruz vd., 2016). Temel görevleri kişilerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve iyileştirmek olan sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyen bazı çalışma ortamlarında hizmet vermek zorunda bırakılmışlardır. Bu koşullar, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik riskleri artırmanın yanı sıra yetersizlik ve çaresizlik duygusu ile psikososyal stresi pekiştirmiş ve bu durum da beraberinde iş doyumsuzluğunu getirmiştir (Millet, 2016). Dahası toplum sağlık çalışanlarından gün geçtikçe daha fazla sorumluluk almalarını istemektedir. Sağlık kurumlarının iş alanındaki faaliyetleri değişmeye ve çeşitlenmeye başlamıştır. Bununla beraber çalışanların bu değişimlere kendilerini uydurması gerekmektedir. Bundan dolayı da sağlık çalışanları yıpranmakta ve mesleki olarak algıları değişebilmektedir. Bu yüzden de kendilerini tükenmiş hissedebilirler (Yılmaz, 2017).

Sağlık çalışanları günümüzde mesleki birçok risk ile karşılaşmaktadır. En önemli mesleki risk etmenlerinin pandemik bulaşlar ve enfeksiyonlar olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık çalışanlarının işyerlerinde kazanacakları pandemik bulaşlar ve enfeksiyonlar kendi sağlıkları kadar aile bireylerinin, diğer hastaların, diğer sağlık çalışanlarının ve toplum sağlığı için de risk oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra toplumdan kazanacakları hastalıkları da hastalarına ve diğer sağlık çalışanlarına bulaştırabilirler (Kartal, 2008). Ayrıca özellikle

COVID-19 pandemisinden dolayı sağlık çalışanlarının arasında; genel topluma göre daha fazla enfeksiyon kapma-hatta hayati risk, çalışma koşulları ile nedeniyle yaşanan yoğun baskı ve stres ve bununla beraber tükenmişlik belirtileri gösterme riskinde artış gözlemlemek muhtemeldir (Duran, 2022). Bu nedenledir ki sağlık çalışanlarının daha fazla hasta kişilerle karşılaşması ve pandemik hastalıklara yakalanma olasılığı diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir (Dikmen, 2010). Öyle ki influenza salgının ülkemizde deki ilk vakası Mayıs 2009’da tespit edilmiş olup, ilk ölümün bir sağlık çalışanında olduğu bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma COVID-19 pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte toplam çalışma süresi, pandemi süresince çalışma sistemlerinin MTÖ alt grupların: Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarıya göre karşılaştırılması yapılmıştır. Bu çalışma nicel bir araştırmadır. Ayrıca genel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreninin İzmir ilindeki hastanelerde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise İzmir ilindeki devlet hastanelerinde görev yapan 80 pandemi klinikleri 80 diğer kliniklerde olmak üzere toplamda ise 160 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak: COVID-19 pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde kendisini nasıl hissettiği, çalışırken ruh hali hakkında fikirlere ve çalıştığı süre içerisinde fiziksel ve biyolojik anlamda sağlıklı olup olmadığının araştırılması için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Ergin (1992) tarafından Türkçe’ye çevrilen ölçekte cevap seçenekleri; “1 hiçbir zaman”, “5 her zaman” olarak beş derecelidir (Durşen, 2016). Toplam 22 ifadeden oluşan ölçekte tükenmişlik; duygusal tükenme (1,2,3,6,8,13,14,16,20), duyarsızlaşma (5,10,11,15,22) ve düşük kişisel başarı (4,7,9,12,17,18,19,21) olmak üzere alt boyutlara ayrılmaktadır (Özgül, 2020). Duygusal tükenme alt boyutunda düşük tükenmişlik 9-22,49, orta tükenmişlik 22,5-31,49, yüksek tükenmişlik 31,5-45 puan arasındadır. Duyarsızlaşma alt boyutunda düşük tükenmişlik 5-12,49, orta tükenmişlik 12,5-17,49, yüksek tükenmişlik 17,5-25 puan arasındadır. Düşük kişisel başarı ise düşük tükenmişlik 8-19,99, orta tükenmişlik 20-27,99, yüksek tükenmişlik 28-40 puan arasındadır. Alt boyutlardan Kişisel Başarı soruları ters puanlama içermektedir. Ortalama puanlarının yüksek olması tükenmişlik göstergesidir (Şıklar ve Tunalı, 2012). Ergin (1992) ve Çam (1992) tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Güvenirlik analizi için iki farklı yöntem kullanılmıştır. İlk olarak, ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayıları ile değerlendirilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutu için alfa katsayısı 0,83, duyarsızlaşma alt boyutu için 0,65 ve kişisel başarı alt boyutu için 0,72 olarak ortaya çıkmıştır. Ölçeğin

güvenirliği ayrıca test-tekrar test yöntemiyle de incelenmiştir. 2-4 hafta sonra yapılan tekrar test sonuçlarına göre, duygusal tükenme alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,83, duyarsızlaşma alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,72 ve kişisel başarı alt boyutunun güvenirlik katsayısı 0,67 olarak elde edilmiştir. Bu sonuçlar, ölçeğin zaman içinde tekrarlanabilirliğini göstermektedir. Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile incelenmiştir ve Türkçe uyarlamasının orijinal versiyonuyla tamamen tutarlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, ölçeğin kullanılan dili ve kültürüne uygun olduğunu ve istenen özelliği ölçtüğünü göstermektedir. Katılımcılara demografik bilgileri içeren: Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte toplam çalışma süresi, pandemi süresince çalışma sistemlerini içeren kişisel bilgi formu yöneltilmiştir.

Araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarına online (instagram, telegram, whatsapp vb.) ortamdan ulaşılmış olup Google form üzerinden sorular yöneltilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin normallik tespiti için Kolmogorov-Smirnov ($p>0,05$), Shapiro Wilk testi ($p>0,05$) ve çarpıklık-baslık değerlerine bakılmıştır (Tablo 4.4, Tablo 4.5). Çıkan değerler neticesinde verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmış olup değişkenlerin karşılaştırmaları Bağımsız gruplar t testi ve varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmıştır. Tüm değişkenlerin karşılaştırılmasında anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Tablo 1’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve öğrenim durumlarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve öğrenim durumuna ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları

Değişkenler	Alt Gruplar	f	%
Cinsiyet	Kadın	89	55,6
	Erkek	71	44,4
Yaş	18-24 Yaş Arası	32	20,0
	25-34 Yaş Arası	34	21,3
	35-44 Yaş Arası	53	33,1
	45 Yaş ve Üzeri	41	25,6
Medeni Durum	Evli	104	65,0
	Bekar	56	35,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	93	58,1
	Hayır	67	41,9
Öğrenim Durumu	Lise	6	3,8
	Önlisans	18	11,3
	Lisans	129	80,6
	Lisansüstü	7	4,4

Tablo 4.1 de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma ve öğrenim durumlarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları gösterilmektedir. Tablo 4.1 de yer alan bilgilere göre; çalışmada yer alan katılımcıların %55,6’nı (89 kişi) kadınlar oluştururken %44,4’ü (71 kişi) erkek sağlıkçılardan oluşmaktadır. Yaş değişkeni göre 18-24 yaş arasında %20,0 (32 kişi), 25-34 yaş arasında %21,3 (34 kişi), 35-44 yaş arasında %33,1 (53 kişi), 45 yaş ve üzeri olan sağlıkçıların ise %25,6 (41 kişi) oranında dağılım gösterdiği görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımlarında %65,0’inin (104 kişi) evli %35,0’inin (93 kişi) ise bekar olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Sağlık çalışanlarının mesleki bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları

Değişkenler	Alt Gruplar	f	%
Meslek	Hemşire	89	55,6
	Doktor	26	16,3
	Diğer	45	28,1
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	5 Yıldan Az	32	20,0
	6-10 Yıl Arası	39	24,4
	11-19 Yıl Arası	54	33,8
	20 Yıl ve Üzeri	35	21,9
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	40 Saat ve Altı	18	11,3
	41-72 Saat Arası	96	60,0
	73 saat ve üzeri	46	28,8
Pandemi Süresince Çalışma Sistemi	Mesai	55	34,4
	Nöbetli\Dönüşümlü	96	60,0
	İdari İzinli	9	5,6

Tablo 4.2 de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sahip oldukları meslek, meslekteki toplam çalışma süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve pandemi süresince çalışma sistemine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; çalışmada yer alan katılımcıların %55,6'nı (89 kişi) hemşirelerden oluşurken %16,3'ü (26 kişi) doktorlardan, %28,1'i (45 kişi) diğer (laborant, ebe vb.) sağlıkçılardan oluşmaktadır. Meslekten toplam çalışma süresine göre 5 yıldan az çalışanın %20,0'ı (32 kişi), 6-10 yıl arasında %24,4'ü (39 kişi), 11-19 yıl arasında %33,8'i (54 kişi), 20 yıl ve üzerinde çalışan sağlıkçıların ise %21,9'ü (35 kişi) oluşturduğu görülmektedir. Haftalık ortalama çalışma süresine göre, %11,3 (18 kişi) sağlıkçının 40 saat ve altı, %60,0'ın (96 kişi) 41-72 saat aralığında, %28,8'inin (46 kişi) ise 73 saat ve üzerinde çalıştığı belirtilebilir. Katılımcıların pandemi süresince çalışma sistemine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımlarında, %34,4'ünün (55 kişi) mesai, %60,0'ının (96 kişi) nöbetli\dönüşümlü, %5,6 (9 kişi) idari izinli olarak çalıştığı görülmektedir.

Tablo 4.3. Sağlık çalışanlarının iş koşullarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları

Değişkenler	Alt Gruplar	f	%
Mesleği Kendine Uygun Bulma Durumu	Uygun	34	21,3
	Uygun Değil	126	78,8
Tekrar Aynı Mesleği Seçme Durumu	Evet	50	31,3
	Hayır	110	68,8
COVID-19 Pandemisine Yönelik Hastane İçi Eğitim Alma Durumu	Evet	114	71,3
	Hayır	46	28,8
Meslek Nedeniyle COVID-19 Şüpheli/Tanımlı Hasta İle Temas	Evet	130	81,3
	Hayır	30	18,8

Olma Durumu			
COVID-19	Evet Aldım	34	21,3
Pandemi Süresinde Psikolojik Destek	Hayır İstemiyorum	108	67,5
Alma Durumu	Almayı İstiyorum	18	11,3

Tablo 4.3 de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş koşulları kapsamında mesleği kendine uygun bulma, tekrar aynı mesleği seçme, COVID-19 pandemisine yönelik hastane içi eğitim alma, meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli\tanılı hasta ile temas olma, COVID-19 pandemi süresinde psikolojik destek alma durumlarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre katılımcıların %21,3'ü (34 kişi) mesleği kendine uygun bulurken, %78,8'i mesleği kendine uygun bulmadığı görülmektedir. %31,3 sağlıkçı (50 kişi) tekrar aynı mesleği seçeceğini belirtirken, %68,8'i (110 kişi) tekrar aynı mesleği seçme durumuna hayır cevabı vermiştir. COVID-19 pandemisine yönelik hastane içi eğitim alma durumuna göre %71,3'ünün (114 kişi) ilgili konuda eğitim aldığı görülürken, %28,8'inin (46 kişi) ise COVID-19 pandemisine yönelik hastane içi eğitim almadığı görülmektedir. %81,3 (130 kişi) sağlıkçının meslek nedeniyle COVID-19şüpheli\tanılı hasta ile temas olduğu, %18,8'inin (30 kişi) ise meslek nedeniyle COVID-19şüpheli\tanılı hasta ile temas olmadığı belirtilmiştir. COVID-19pandemi süresinde psikolojik destek alma durumunda %21,3'ünü (34 kişi) psikolojik destek aldığı %67,5'inin (108 kişi) destek istemediği, %11,3'ünün (18 kişi) ise psikolojik destek almak istemektedir.

Tablo 4.4. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup puanları

Alt Değişkenler	N	'$\bar{X}$'$\pm$Ss	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Duygusal	80	30,3 $\pm$ 2,38	-,841	,726
Duyarsızlaşma		15,3 $\pm$ 3,09	,685	-,657
Kişisel Başarı		27,7 $\pm$ 3,25	-,984	,682

Tablo 4.4 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup puanları gösterilmektedir. Söz konusu tablo incelendiğinde katılımcıların duygusal tükenme alt grup puan ortalamasının 30,3 $\pm$ 2,38 duyarsızlaşma alt grup puan ortalamasının 15,3 $\pm$ 3,09 kişisel başarı alt grup puanlaması ise 27,7 $\pm$ 3,25 olduğu görülmektedir. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt boyutlarına bakıldığında verilerin $\pm$ 1,5 değerleri arasında yer aldığı için verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2007).

Tablo 4.5. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup puanları

Alt Değişkenler	N	' $\bar{X}$ ' $\pm$ Ss	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Duygusal	80	31,0 $\pm$ 3,28	-,941	-,866
Duyarsızlaşma		16,2 $\pm$ 2,47	,881	-,926
Kişisel Başarı		27,5 $\pm$ 2,84	-,689	,488

Tablo 4.5 de Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup puanları gösterilmektedir. Söz konusu tablo incelendiğinde katılımcıların duygusal tükenme alt grup puan ortalamasının 31,0 $\pm$ 3,28 duyarsızlaşma alt grup puan ortalamasının 16,2 $\pm$ 2,47, kişisel başarı alt grup puanlaması ise 27,5 $\pm$ 2,84 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup dağılımı

Değişkenler	Alt Gruplar	N	%
Duygusal Tükenme	Düşük	9	11,3
	Orta	27	33,8
	Yüksek	44	55,0
Duyarsızlaşma	Düşük	25	31,3
	Orta	45	56,3
	Yüksek	10	12,5
Kişisel Başarı	Düşük	8	10,0
	Orta	49	61,3
	Yüksek	23	28,8

Tablo 4.6 da Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup dağılımları gösterilmektedir. Söz konusu tablo incelendiğinde; duygusal tükenmede 9'unun (%11,3) düşük, 27'sinin (%33,8) orta, 44'ünün (%55,0) ise yüksek seviyede tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. Yine duyarsızlaşma alt grup dağılımında 25'inin (%31,3) düşük, 45'inin (%56,3) orta, 10'unun (%12,5) ise yüksek düzeyde duyarsızlaşma yaşadığı görülmektedir. Kişisel başarı alt grup dağılımında; 8'inin (%10,0) düşük, 49'unun (%61,3) orta 23'inin ise (%28,8) yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup dağılımı

Değişkenler	Alt Gruplar	N	%
Duygusal Tükenme	Düşük	-	-
	Orta	19	23,8
	Yüksek	61	76,3
Duyarsızlaşma	Düşük	19	23,8
	Orta	61	76,3
	Yüksek	-	-
Kişisel Başarı	Düşük	-	-
	Orta	62	77,5
	Yüksek	18	22,5

Tablo 4.7 de Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının MTÖ alt grup dağılımları gösterilmektedir. Söz konusu tablo incelendiğinde; duygusal tükenmede, 19'unun (%23,8) orta, 61'inin (%76,3) ise yüksek seviyede tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. Yine

duyarsızlaşma alt grup dağılımında 19'inin (%23,8) düşük, 61'inin (%76,3) orta düzeyde duyarsızlaşma yaşadığı görülmektedir. Kişisel başarı alt grup dağılımında; 62'unun (%77,5) orta, 18'inin ise (%22,5) yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Çalışma Grubu	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Pandemik Olmayan	80	30,30 $\pm$ 2,38	2,053	-1,707	0,090
	Pandemik	80	31,07 $\pm$ 3,28			
Duyarsızlaşma	Pandemik Olmayan	80	15,37 $\pm$ 3,09	5,423	-1,860	0,065
	Pandemik	80	16,20 $\pm$ 2,47			
Kişisel Başarı	Pandemik Olmayan	80	27,73 $\pm$ 3,25	2,103	0,413	0,680
	Pandemik	80	27,53 $\pm$ 2,84			

Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.8 de Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı ortalamaları arasında anlamlı fark ortaya çıkmamıştır ($p > 0,05$). Alt boyutların ortalamalarını karşılaştırıldığında ise duygusal alt boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanların ortalamasının (31,07 $\pm$ 3,28) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanlarının ortalamalarına (30,30 $\pm$ 2,38) göre yüksek olduğu görülmektedir. Duyarsızlaşma alt boyutunda da boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanların ortalamasının (16,20 $\pm$ 2,47) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanların ortalamalarına (15,37 $\pm$ 3,09) göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Cinsiyet	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Kadın	36	30,3 $\pm$ 2,10	2,319	0,019	0,985
	Erkek	44	30,2 $\pm$ 2,61			
Duyarsızlaşma	Kadın	36	15,5 $\pm$ 2,77	0,329	0,019	0,985
	Erkek	44	15,2 $\pm$ 3,36			
Kişisel Başarı	Kadın	36	26,8 $\pm$ 3,32	0,107	-2,229	0,029
	Erkek	44	28,4 $\pm$ 3,06			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için Bağımsız T Testi'ne başvurulmuştur. Tablo 4.9 da pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal ve

Duyarsızlaşma alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda kadın ($26,86\pm3,32$) ve erkek ($28,45\pm3,06$) sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Pandemi Cinsiyet	N	$\bar{X}\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Kadın	53	$31,3\pm2,83$	4,657	1,034	0,308
	Erkek	27	$30,4\pm4,02$			
Duyarsızlaşma	Kadın	53	$16,2\pm2,30$	0,167	0,418	0,677
	Erkek	27	$16,0\pm2,82$			
Kişisel Başarı	Kadın	53	$27,2\pm2,75$	0,208	-1,207	0,231
	Erkek	27	$28,0\pm2,99$			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.10 da pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaş	N	$\bar{X}\pm Ss$	f	p
Duygusal	18-24 Yaş Arası	17	$30,9\pm2,81$	1,802	0,154
	25-34 Yaş Arası	15	$30,3\pm2,16$		
	35-44 Yaş Arası	29	$29,2\pm1,88$		
	45 Yaş ve Üzeri	19	$30,3\pm2,66$		
	Toplam	80	$30,3\pm2,38$		
Duyarsızlaşma	18-24 Yaş Arası	17	$16,2\pm2,59$	1,587	0,200
	25-34 Yaş Arası	15	$14,4\pm2,41$		
	35-44 Yaş Arası	29	$15,8\pm2,67$		
	45 Yaş ve Üzeri	19	$14,5\pm4,24$		
	Toplam	80	$15,3\pm3,09$		
Kişisel Başarı	18-24 Yaş Arası	17	$28,8\pm2,21$	0,819	0,488
	25-34 Yaş Arası	15	$27,2\pm3,53$		
	35-44 Yaş Arası	29	$27,5\pm3,27$		
	45 Yaş ve Üzeri	19	$27,4\pm3,79$		
	Toplam	80	$27,7\pm3,25$		

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.11 de Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 18-24 Yaş, 25-34 Yaş, 35-44 Yaş ve 45 Yaş ve Üzeri sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaş	N	' $\bar{X}$ ' $\pm$ Ss	f	p
Duygusal	18-24 Yaş Arası	15	31,6 $\pm$ 2,50	0,893	0,449
	25-34 Yaş Arası	19	31,8 $\pm$ 2,23		
	35-44 Yaş Arası	24	30,5 $\pm$ 2,88		
	45 Yaş ve Üzeri	22	30,6 $\pm$ 4,65		
	Toplam	80	31,0 $\pm$ 3,28		
Duyarsızlaşma	18-24 Yaş Arası	15	16,1 $\pm$ 2,72	0,130	0,942
	25-34 Yaş Arası	19	16,4 $\pm$ 2,16		
	35-44 Yaş Arası	24	16,0 $\pm$ 2,39		
	45 Yaş ve Üzeri	22	16,2 $\pm$ 2,77		
	Toplam	80	16,2 $\pm$ 2,47		
Kişisel Başarı	18-24 Yaş Arası	15	28,7 $\pm$ 3,12	1,655	0,184
	25-34 Yaş Arası	19	27,9 $\pm$ 2,83		
	35-44 Yaş Arası	24	27,0 $\pm$ 2,38		
	45 Yaş ve Üzeri	22	26,9 $\pm$ 2,99		
	Toplam	80	27,5 $\pm$ 2,84		

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.12 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 18-24 Yaş, 25-34 Yaş, 35-44 Yaş ve 45 Yaş ve Üzeri sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Medeni Durum	N	' $\bar{X}$ ' $\pm$ Ss	f	t	p
Duygusal	Evli	52	30,2 $\pm$ 2,31	0,696	-,450	0,654
	Bekar	28	30,4 $\pm$ 2,54			
Duyarsızlaşma	Evli	52	15,0 $\pm$ 3,32	2,082	-1,252	0,214
	Bekar	28	15,9 $\pm$ 2,58			
Kişisel Başarı	Evli	52	27,3 $\pm$ 3,41	3,189	-1,549	0,125
	Bekar	28	28,5 $\pm$ 2,84			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.13 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ

Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli ve bekar sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Medeni Durum	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evli	52	31,0 $\pm$ 3,81	4,599	-,328	0,744
	Bekar	28	31,2 $\pm$ 2,02			
Duyarsızlaşma	Evli	52	15,8 $\pm$ 2,55	1,524	-1,665	0,100
	Bekar	28	16,8 $\pm$ 2,22			
Kişisel Başarı	Evli	52	27,2 $\pm$ 2,90	0,363	-1,320	0,191
	Bekar	28	28,1 $\pm$ 2,69			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.14 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli ve bekar sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Çocuk Sahiplik Durumu	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	45	30,3 $\pm$ 2,41	0,085	0,047	0,963
	Hayır	35	30,2 $\pm$ 2,38			
Duyarsızlaşma	Evet	45	15,0 $\pm$ 3,24	0,552	-1,009	0,316
	Hayır	35	15,7 $\pm$ 2,90			
Kişisel Başarı	Evet	45	27,0 $\pm$ 3,41	1,700	-2,133	0,036
	Hayır	35	28,6 $\pm$ 2,87			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.15 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda çocuk sahibi olan (27,0 $\pm$ 3,41) ve çocuk sahibi olmayan (28,6 $\pm$ 2,87) sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.16. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Çocuk Sahiplik Durumu	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	48	30,8 $\pm$ 3,81	3,277	-,874	0,385
	Hayır	32	31,4 $\pm$ 2,27			
Duyarsızlaşma	Evet	48	15,7 $\pm$ 2,69	3,279	-1,832	0,071
	Hayır	32	16,8 $\pm$ 1,99			
Kişisel Başarı	Evet	48	27,4 $\pm$ 2,60	0,746	-,383	0,703
	Hayır	32	27,6 $\pm$ 3,21			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.16 da pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	p
Duygusal	Lise	2	26,0 $\pm$ 2,82	2,550	0,062
	Önlisans	10	30,9 $\pm$ 2,23		
	Lisans	65	30,3 $\pm$ 2,32		
	Lisansüstü	3	30,0 $\pm$ 2,00		
	Toplam	80	30,3 $\pm$ 2,38		
Duyarsızlaşma	Lise	2	15,0 $\pm$ 2,82	1,463	0,231
	Önlisans	10	17,1 $\pm$ 1,91		
	Lisans	65	15,0 $\pm$ 3,22		
	Lisansüstü	3	16,6 $\pm$ 2,30		
	Toplam	80	15,3 $\pm$ 3,09		
Kişisel Başarı	Lise	2	26,5 $\pm$ 0,70	2,245	0,090
	Önlisans	10	28,5 $\pm$ 2,36		
	Lisans	65	27,4 $\pm$ 3,35		
	Lisansüstü	3	32,0 $\pm$ 0,00		
	Toplam	80	27,7 $\pm$ 3,25		

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.17 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal

Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Lise, Önlisans, Lisans ve Lisansüstü eğitime sahip sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Öğrenim Durumu	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	p	Post-hoc
Duygusal	Lise (A)	4	29,5 $\pm$ 3,31	0,889	0,451	
	Önlisans (B)	8	29,8 $\pm$ 4,67			
	Lisans (C)	64	31,2 $\pm$ 3,17			
	Lisansüstü (D)	4	32,2 $\pm$ 1,25			
	Toplam	80	31,0 $\pm$ 3,28			
Duyarsızlaşma	Lise (A)	4	16,7 $\pm$ 2,36	5,153	0,003	C>B*
	Önlisans (B)	8	13,2 $\pm$ 3,73			
	Lisans (C)	64	16,5 $\pm$ 2,07			
	Lisansüstü (D)	4	15,5 $\pm$ 2,38			
	Toplam	80	16,2 $\pm$ 2,47			
Kişisel Başarı	Lise (A)	4	28,2 $\pm$ 2,62	0,347	0,792	
	Önlisans (B)	8	26,7 $\pm$ 3,69			
	Lisans (C)	64	27,6 $\pm$ 2,58			
	Lisansüstü (D)	4	27,0 $\pm$ 5,59			
	Toplam	80	27,5 $\pm$ 2,84			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyut tükenmişliklerine göre karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.18 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Lise, Önlisans, Lisans ve Lisansüstü sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda Lisans mezunu (16,5 $\pm$ 2,07) olan sağlık çalışanları ile Önlisans mezunu (13,2 $\pm$ 3,73) olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.19. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Meslek	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	p
Duygusal	Hemşire	35	30,2 $\pm$ 2,46	0,888	0,416
	Doktor	15	29,6 $\pm$ 2,19		
	Diğer	30	30,6 $\pm$ 2,38		
	Toplam	80	30,3 $\pm$ 2,38		
Duyarsızlaşma	Hemşire	35	15,7 $\pm$ 2,47	1,267	0,287
	Doktor	15	15,8 $\pm$ 3,90		
	Diğer	30	14,6 $\pm$ 3,28		
	Toplam	80	15,3 $\pm$ 3,09		
	Hemşire	35	28,0 $\pm$ 3,08		

Kişisel Başarı	Doktor	15	28,6±3,65
	Diğer	30	26,8±3,15
	Toplam	80	27,7±3,25

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.19 da pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Hemşire, Doktor ve Diğer (Laborant, Ebe vb.) meslek grubunda bulunan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Meslek	N	' $\bar{X}$ '±Ss	f	p
Duygusal	Hemşire	54	31,3±2,80	1,796	0,173
	Doktor	11	31,7±4,85		
	Diğer	15	29,6±3,39		
	Toplam	80	31,0±3,28		
Duyarsızlaşma	Hemşire	54	16,4±2,24	0,699	0,500
	Doktor	11	15,6±3,69		
	Diğer	15	15,8±2,27		
	Toplam	80	16,2±2,47		
Kişisel Başarı	Hemşire	54	27,8±2,60	0,994	0,375
	Doktor	11	26,6±4,29		
	Diğer	15	27,1±2,38		
	Toplam	80	27,5±2,84		

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.20 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Hemşire, Doktor ve Diğer (Laborant, Ebe vb.) meslek grubunda bulunan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Meslek Uygunluğu	N	' $\bar{X}$ ' $\pm$ Ss	f	t	p
Duygusal	Uygun	20	29,10 $\pm$ 2,86	2,785	-2,702	0,008
	Uygun Değil	60	30,70 $\pm$ 2,07			
Duyarsızlaşma	Uygun	20	13,00 $\pm$ 3,47	4,067	-3,752	0,001
	Uygun Değil	60	16,16 $\pm$ 2,53			
Kişisel Başarı	Uygun	20	28,05 $\pm$ 3,92	2,100	0,493	0,624
	Uygun Değil	60	27,63 $\pm$ 3,03			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.21 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Duygusal ve Duyarsızlaşma alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca Duyarsızlaşma alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayan sağlıkçılar arasındaki anlamlı farkın yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.22. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Pandemi Meslek Uygunluğu	N	' $\bar{X}$ ' $\pm$ Ss	f	t	p
Duygusal	Uygun	14	28,00 $\pm$ 4,47	7,519	-3,014	0,009
	Uygun Değil	66	31,72 $\pm$ 2,58			
Duyarsızlaşma	Uygun	14	14,71 $\pm$ 3,70	9,352	-1,761	0,099
	Uygun Değil	66	16,51 $\pm$ 2,03			
Kişisel Başarı	Uygun	14	27,92 $\pm$ 2,99	0,0001	0,564	0,575
	Uygun Değil	66	27,45 $\pm$ 2,82			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.22 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının dahil oldukları mesleği kendine uygun bulma durumu ve tükenmişlik karşılaştırması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun bulan ve uygun bulmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak MTÖ Duygusal alt boyutunda dahil oldukları mesleği kendine uygun

bulan (28,00±4,47) ve uygun bulmayan (31,72±2,58) sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.23. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Tekrar Aynı Mesleği Seçme	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	24	29,04±2,67	1,923	-3,276	0,002
	Hayır	56	30,83±2,04			
Duyarsızlaşma	Evet	24	14,29±4,01	5,448	-1,747	0,091
	Hayır	56	15,83±2,51			
Kişisel Başarı	Evet	24	28,33±3,86	4,205	0,964	0,341
	Hayır	56	27,48±2,96			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.23 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak MTÖ Duygusal alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek (29,04±2,67) olan ve tekrar aynı mesleği seçmeyecek olan (30,83±2,04) sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.24. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Tekrar Aynı Mesleği Seçme	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	26	29,84±3,94	6,301	-2,115	0,041
	Hayır	54	31,66±2,76			
Duyarsızlaşma	Evet	26	16,07±3,18	3,211	-,307	0,760
	Hayır	54	16,25±2,08			
Kişisel Başarı	Evet	26	28,57±2,64	0,188	2,386	0,021
	Hayır	54	27,03±2,82			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.24 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak MTÖ Duygusal ve Kişisel

Başarı alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve tekrar aynı mesleği seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.25. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe yılı ve MTÖ alt boyutlarına karşılaştırılması

Değişkenler	Mesleki Yıl	N	$\bar{X}'\pm Ss$	f	p
Duygusal	5 Yıldan Az	16	31,1 $\pm$ 2,71	1,929	0,132
	6-10 Yıl Arası	16	29,9 $\pm$ 2,37		
	11-19 Yıl Arası	29	30,5 $\pm$ 1,88		
	20 Yıl ve Üzeri	19	29,4 $\pm$ 2,61		
	Toplam	80	30,3 $\pm$ 2,38		
Duyarsızlaşma	5 Yıldan Az	16	16,1 $\pm$ 2,63	1,687	0,177
	6-10 Yıl Arası	16	15,2 $\pm$ 2,62		
	11-19 Yıl Arası	29	15,8 $\pm$ 2,67		
	20 Yıl ve Üzeri	19	14,1 $\pm$ 4,10		
	Toplam	80	15,3 $\pm$ 3,09		
Kişisel Başarı	5 Yıldan Az	16	28,7 $\pm$ 2,26	0,705	0,552
	6-10 Yıl Arası	16	27,6 $\pm$ 3,66		
	11-19 Yıl Arası	29	27,5 $\pm$ 3,27		
	20 Yıl ve Üzeri	19	27,2 $\pm$ 3,62		
	Toplam	80	27,7 $\pm$ 3,25		

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe yılı ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.25 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe yılı ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 5 yıldan az, 6-10 yıl, 11-19 yıl ve 20 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Mesleki Yıl	N	'X'±Ss	f	p
Duygusal	5 Yıldan Az	16	31,5±2,36	0,636	0,594
	6-10 Yıl Arası	23	31,6±2,42		
	11-19 Yıl Arası	25	30,4±2,83		
	20 Yıl ve Üzeri	16	30,7±5,33		
	Toplam	80	31,0±3,28		
Duyarsızlaşma	5 Yıldan Az	16	16,4±2,68	0,713	0,547
	6-10 Yıl Arası	23	16,5±2,06		
	11-19 Yıl Arası	25	16,2±2,34		
	20 Yıl ve Üzeri	16	15,4±3,03		
	Toplam	80	16,2±2,47		
Kişisel Başarı	5 Yıldan Az	16	28,5±2,87	1,415	0,245
	6-10 Yıl Arası	23	27,8±2,72		
	11-19 Yıl Arası	25	27,1±2,54		
	20 Yıl ve Üzeri	16	26,6±3,30		
	Toplam	80	27,5±2,84		

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.26 da pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının mesleki tecrübe yılı ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 5 yıldan az, 6-10 yıl, 11-19 yıl ve 20 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.27. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Haftalık Çalışma Süresi	N	'X'±Ss	f	p
Duygusal	40 Saat ve Altı	4	29,7±2,06	0,331	0,719
	41-72 Saat Arası	58	30,4±2,30		
	73 saat ve üzeri	18	30,0±2,76		
	Toplam	80	30,3±2,38		
Duyarsızlaşma	40 Saat ve Altı	4	16,2±3,86	0,169	0,845
	41-72 Saat Arası	58	15,3±3,27		
	73 saat ve üzeri	18	15,3±2,42		
	Toplam	80	15,3±3,09		
Kişisel Başarı	40 Saat ve Altı	4	29,2±2,21	0,497	0,610
	41-72 Saat Arası	58	27,7±3,37		
	73 saat ve üzeri	18	27,4±3,12		
	Toplam	80	27,7±3,25		

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.27 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve

tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 40 saat ve altı, 41-72 saat arası, 73 saat ve üzeri haftalık ortalama çalışma süresine sahip sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Haftalık Çalışma Süresi	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	p
Duygusal	40 Saat ve Altı	14	30,7 $\pm$ 2,60	0,637	0,532
	41-72 Saat Arası	38	30,7 $\pm$ 3,86		
	73 saat ve üzeri	28	31,6 $\pm$ 2,71		
	Toplam	80	31,0 $\pm$ 3,28		
Duyarsızlaşma	40 Saat ve Altı	14	16,5 $\pm$ 2,37	0,544	0,583
	41-72 Saat Arası	38	15,8 $\pm$ 2,74		
	73 saat ve üzeri	28	16,4 $\pm$ 2,15		
	Toplam	80	16,2 $\pm$ 2,47		
Kişisel Başarı	40 Saat ve Altı	14	28,2 $\pm$ 1,84	0,613	0,544
	41-72 Saat Arası	38	27,5 $\pm$ 2,77		
	73 saat ve üzeri	28	27,1 $\pm$ 3,33		
	Toplam	80	27,5 $\pm$ 2,84		

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.28 de pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 40 saat ve altı, 41-72 saat arası, 73 saat ve üzeri haftalık ortalama çalışma süresine sahip sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.29. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Covid -19 Temas Olma	N	$\bar{X} \pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	61	30,2 $\pm$ 2,55	3,897	-,362	0,719
	Hayır	19	30,4 $\pm$ 1,77			
Duyarsızlaşma	Evet	61	14,9 $\pm$ 3,19	4,153	-2,908	0,006
	Hayır	19	16,8 $\pm$ 2,26			
Kişisel Başarı	Evet	61	28,2 $\pm$ 3,32	5,663	3,021	0,004
	Hayır	19	26,1 $\pm$ 2,46			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.29 da pandemi bölümünde bulunmayan sağlık

çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal alt boyutunda meslek nedeniyle COVID-19şüpheli/tanlı hasta ile temas olan ve olmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak MTÖ Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutunda meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanlı hasta ile temas olan ve olmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.30. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Alt Değişkenler	Covid -19 Temas Olma	N	$\bar{X}\pm Ss$	f	t	p
Duygusal	Evet	69	31,2 $\pm$ 3,46	2,289	0,970	0,335
	Hayır	11	30,1 $\pm$ 1,66			
Duyarsızlaşma	Evet	69	16,2 $\pm$ 2,59	1,678	0,417	0,678
	Hayır	11	15,9 $\pm$ 1,64			
Kişisel Başarı	Evet	69	27,5 $\pm$ 2,97	2,683	-,010	0,992
	Hayır	11	27,5 $\pm$ 1,91			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için Bağımsız T Testi yapılmıştır. Tablo 4.30 da pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek nedeniyle şüpheli/tanlı hasta ile temas olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli/tanlı hasta ile temas olan ve olmayan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.31. Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Psikolojik Destek	N	Ort $\pm$ Ss	f	p	Post- Hoc
Duygusal	Evet Aldım (A)	18	31,1 $\pm$ 1,82	2,532	0,086	
	Hayır İstemiyorum (B)	58	30,1 $\pm$ 2,49			
	Almayı İstiyorum (C)	4	28,5 $\pm$ 1,73			
	Toplam	80	30,3 $\pm$ 2,38			
Duyarsızlaşma	Evet Aldım (A)	18	17,6 $\pm$ 1,37	9,903	0,001	A>B*
	Hayır İstemiyorum (B)	58	14,5 $\pm$ 3,13			
	Almayı İstiyorum (C)	4	17,7 $\pm$ 2,06			
	Toplam	80	15,3 $\pm$ 3,09			
Kişisel Başarı	Evet Aldım (A)	18	28,6 $\pm$ 3,08	2,930	0,059	
	Hayır İstemiyorum (B)	58	27,2 $\pm$ 3,23			
	Almayı İstiyorum (C)	4	30,5 $\pm$ 2,64			
	Toplam	80	27,7 $\pm$ 3,25			

Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.31 de pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının COVID-19 Pandemi Sürecinde Psikolojik Destek Alma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılması gösterilmektedir. Söz konusu tabloya göre; MTÖ Duygusal ve Kişisel Başarı alt boyutlarında COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alan, psikolojik destek istemeyen ve destek isteyen sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alan ($17,6\pm1,37$) ve COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek istemeyen ($14,5\pm3,13$) sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.32. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Pandemi Psikolojik Destek	N	Ort±Ss	f	p	Post- Hoc
Duygusal	Evet Aldım (A)	16	32,5±3,93	3,046	0,053	
	Hayır İstemiyorum (B)	50	30,4±3,22			
	Almayı İstiyorum (C)	14	31,7±1,97			
	Toplam	80	31,0±3,28			
Duyarsızlaşma	Evet Aldım (A)	16	17,1±1,54	7,188	0,001	A>B* C>B*
	Hayır İstemiyorum (B)	50	15,4±2,66			
	Almayı İstiyorum (C)	14	17,7±1,36			
	Toplam	80	16,2±2,47			
Kişisel Başarı	Evet Aldım (A)	16	27,6±2,72	2,542	0,085	C>B*
	Hayır İstemiyorum (B)	50	27,1±2,97			
	Almayı İstiyorum (C)	14	29,0±2,07			
	Toplam	80	27,5±2,84			

Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi sürecinde psikolojik destek alma durumu ve tükenmişliklerinin karşılaştırılması için ANOVA testi yapılmıştır. Tablo 4.32 de pandemi bölümünde çalışan sağlıkçıların pandemi süresince psikolojik destek alma durumlarıyla MTÖ Alt boyutları olan Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarıları karşılaştırıldığında; Pandemi bölümünde çalışan sağlıkçıların pandemi süresinde psikolojik destek almayla duygusal alt boyut arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında sağlıkçıların pandemi süresinde psikolojik destek almaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda pandemi süresince psikolojik destek alan ($17,1\pm1,54$) sağlıkçıların psikolojik destek istemeyen ($15,4\pm2,66$) sağlıkçılara göre yüksek ortalama elde ettiği görülmektedir. Ayrıca yine Duyarsızlaşma alt boyutunda pandemi süresince

psikolojik destek almak isteyen ($17,7\pm1,36$) sağlıkçıların destek istemeyen sağlıkçılara ($15,4\pm2,66$) göre yüksek ortalama elde edilmiştir. Kişisel başarı alt boyutunda psikolojik destek almak isteyen ($29,0\pm2,07$) sağlıkçıların destek istemeyen sağlıkçılara ($27,6\pm2,72$) göre yüksek puan ortalamasında olduğu saptanmıştır.

H1: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Duygusal alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark yoktur. H2: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duygusal alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark vardır. H3: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark yoktur. H4: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutuna göre tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı fark vardır. H5: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda anlamlı fark yoktur. H6: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulgular karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı ortalamalarında anlamlı fark ortaya çıkmamıştır ($p>0,05$).

H7: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark yoktur. H8: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark vardır. H9: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark yoktur. H10: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırmaları arasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulgular karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve MTÖ alt boyutları karşılaştırılmasında Duygusal ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçıları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda kadın ($26,86\pm3,32$) ve erkek ($28,45\pm3,06$) sağlıkçıları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçıları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

H11: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H12: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık

alışanlarının yaşı ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. H13: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaşı ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H14: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaşı ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulgular karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaşı ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 18-24 Yaşı, 25-34 Yaşı, 35-44 Yaşı ve 45 Yaşı ve üzeri sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının yaşı ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 18-24 yaşı, 25-34 yaşı, 35-44 yaşı ve 45 yaşı ve üzeri sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

H15: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H16: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. H17: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H18: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulguları karşılaştırıldığında Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli ve bekar sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılması MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli ve bekar sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

H19: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının ocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H20: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının ocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. H21: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının ocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H22: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının ocuk sahibi olma durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulgular karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının ocuk sahibi

olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında çocuk sahibi olan ve çocuk sahibi olmayan sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

H23: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H24: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. H25: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H26: Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulgular karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişliklerinin karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Lise, Önlisans, Lisans ve Lisansüstü eğitime sahip sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının öğrenim durumu ve MTÖ alt boyut tükenmişliklerine göre karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Lise, Önlisans, Lisans ve Lisansüstü sağlıkçılar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

H27: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktur. H28: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılmasında anlamlı fark vardır. Araştırma hipotezleri ve bulguları karşılaştırıldığında: Pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Hemşire, Doktor ve Diğer (Laborant, Ebe vb.) meslek grubunda bulunan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının meslek grupları ve MTÖ alt boyutlarına göre tükenmişlik durumlarının karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Hemşire, Doktor ve Diğer (Laborant, Ebe vb.) meslek grubunda bulunan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada İzmir ilindeki COVID-19 pandemi klinikleri ve diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Online (instagram, telegram, whatsapp vb.) ortamdan ulaşılarak google form üzerinden sorular yöneltilen sağlık çalışanlarına demografik bilgileri içeren: Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, meslekte toplam çalışma süresi, pandemi süresince çalışma sistemlerini içeren kişisel bilgi formu yöneltilmiştir. Ayrıca COVID-19 pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde kendisini nasıl hissettiği, çalışırken ruh hali hakkında fikirlere ve çalıştığı süre içerisinde fiziksel ve biyolojik anlamda sağlıklı olup olmadığının araştırılması için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada yer alan katılımcıların %55,6’sını (89 kişi) kadınlardan oluşurken %44,4’ü (71 kişi) erkek sağlıkçılardan oluşmaktadır. Yaş değişkeni göre 18-24 yaş arasında %20,0 (32 kişi), 25-34 yaş arasında %21,3 (34 kişi), 35-44 yaş arasında %33,1 (53 kişi), 45 yaş ve üzeri olan sağlıkçıların ise %25,6 (41 kişi) oranındadır. Katılımcıların medeni durumlarına ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımlarında %65,0’ı (104 kişi) evli, %35,0’ı (93 kişi) ise bekar. Ayrıca %55,6’ı (89 kişi) hemşirelerden oluşurken %16,3’ü (26 kişi) doktorlardan, %28,1’i (45 kişi) diğer (laborant, ebe vb.) sağlıkçılardan oluşmaktadır. Meslekten toplam çalışma süresine göre 5 yıldan az çalışanın %20,0’ı (32 kişi), 6-10 yıl arasında %24,4’ü (39 kişi), 11-19 yıl arasında %33,8’i (54 kişi), 20 yıl ve üzerinde çalışan sağlıkçıların ise %21,9’ü (35 kişi) oluşturduğu görülmektedir. Haftalık ortalama çalışma süresine göre, %11,3 (18 kişi) sağlıkçının 40 saat ve altı, %60,0’ın (96 kişi) 41-72 saat aralığında, %28,8’inin (46 kişi) ise 73 saat ve üzerinde çalıştığı belirtilebilir. Katılımcıların pandemi süresince çalışma sistemine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımlarında, %34,4’ünün (55 kişi) mesai, %60,0’ının (96 kişi) nöbetli\dönüşümlü, %5,6 (9 kişi) idari izinli olarak çalışmıştır. %21,3’ü (34 kişi) mesleği kendine uygun bulurken, %78,8’i mesleği kendine uygun bulmadığı görülmektedir. Katılımcıların %31,3 sağlıkçı (50 kişi) tekrar aynı mesleği seçeceğini belirtirken, %68,8’i (110 kişi) tekrar aynı mesleği seçme durumuna hayır cevabı vermiştir. COVID-19 pandemisine yönelik hastane içi eğitim alma durumuna göre %71,3’ünün (114 kişi) ilgili konuda eğitim aldığı görülürken, %28,8’inin (46 kişi) ise COVID-19 pandemisine yönelik hastane içi eğitim almadığı görülmektedir. %81,3 (130 kişi) sağlıkçının meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli\tanılı hasta ile temas olduğu, %18,8’inin (30 kişi) ise meslek nedeniyle COVID-19 şüpheli\tanılı hasta ile temas olmadığı belirtilmiştir. COVID-19 pandemi süresinde psikolojik destek alma durumunda %21,3’ünü (34 kişi) psikolojik destek aldığı

%67,5'inin (108 kişi) destek istemediği, %11,3'ünün (18 kişi) ise psikolojik destek almak istemektedir.

Yıldız vd. (2018), yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeylerinin incelenmesinde, kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Kutlu (2020), Türkiye'de sağlık çalışanlarının tükenmişliğini cinsiyet değişkeni açısından incelediği meta analitik çalışmasında genel tükenmişlik sonuçlarının "kadınlar erkeklerden daha fazla tükenmiştir" varsayımını destekler nitelikte bulmuş, kadınların duygusal tükenmişlik boyutunu erkeklere göre daha fazla yaşadığını belirtmiştir. Kılıç vd. (2021) COVID-19 pandemi döneminde yaptığı bir çalışmada, kadın sağlıkçıların duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutunda erkek sağlıkçılara göre daha fazla tükenmiş olduğu bulunmuştur. Beyoğlu (2022), yaptığı ilgili çalışmada kadın ile erkekler arasında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutu açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ancak kadın sağlıkçıların kişisel başarı alt boyutunda daha fazla tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmada pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MTÖ Kişisel Başarı alt boyutunda kadın ($26,86\pm3,32$) ve erkek ($28,45\pm3,06$) sağlıkçıları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının cinsiyet ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak alt boyut puanların bakıldığında duygusal ve duyarsızlaşmada kadın sağlıkçıların erkek sağlıkçılara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Cinsiyet değişkeni ve tükenmişlik boyutuna yönelik literatürde yer alan araştırma sonuçları ile bu araştırma sonuçları arasında kısmen benzerlik bulunmaktadır.

Fındık vd. (2011), tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken, kişisel başarı arasında, yaş artıkça kişisel başarı puanı da artmaktadır yönlü pozitif bir ilişki bulunmuştur. Özbayır vd. (2006), yaptığı çalışmada duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ölçekleri arasında yaş grupları açısından anlamlı bir ilişki bulmuştur. Aslan 2005; Erol 2007; Özyurt 2006, yaptığı çalışmalarda yaş ile genç yaştaki sağlıkçıların daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada pandemi bölümündeki sağlık çalışanları ve pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının yaş ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında kadın ve erkek sağlıkçıları

arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak alt boyut puanlarına bakıldığında: Hem pandemi bölümde çalışan hem de pandemi bölümünde çalışmayan sağlıkçılarda genç yaştakilerin daha fazla tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen veri sonuçları ile literatürde yer alan ilgili çalışmaların sonuçları birbirleriyle benzerlik içermektedir.

Şen vd (2007), yaptığı Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu isimli çalışmasında bekar olanların evli olanlara daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirtilmiştir. Ünal vd. (2001), hekimler üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise bekarların evlilere göre MTÖ'nün üç alt boyutunda da daha fazla tükenmişlik yaşadığı ifade edilmiştir. Beyoğlu (2022), bekar araştırma görevlisi doktorların evli olanlara göre duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı alt boyutlarında daha fazla tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Fındık vd. (2011), bekar hemşirelerin tükenmişlik alt boyutlarından, duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamaları evli olan hemşirelere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise pandemi bölümünde bulunmayan ve pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının medeni durum ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli ve bekar sağlıkçılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak hem pandemi bölümündeki hem de pandemi bölümünde olmayan sağlıkçıların bekar olanların evli olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde yer alan ilgili çalışma neticeleri ile bu çalışmada elde edilen sonuç arasında benzerlik bulunmaktadır.

Aydın (2022), Durmuş vd. (2018), Erdağı ve Özer (2015), yaptıkları ilgili çalışmada çalışma şekli ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Fakat Duran (2022), gerçekleştirdiği ilgili araştırmada, çalışma şekillerinden gece mesaisi yapılan nöbet usulü çalışma; tükenmişliğin alt boyutlarından duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik düzeyini yüksek oranda etkilediği, çalışanların yaşam kalitesinde düşüşler yarattığı görülmüştür (Duran, 2022). Dahası Kurçer (2005), Erol (2007), Chatı vd. (2017) yaptıkları çalışmalarda uzun çalışma saatleri ve fazla sayıdaki nöbetlerin tükenmişliği artırıcı yönde etkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada ise pandemi bölümünde bulunmayan ve pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında 40 saat ve altı, 41-72 saat arası, 73 saat ve üzeri haftalık ortalama çalışma süresine sahip sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak alt boyutların puanlarına bakıldığında pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının duygusal

tükenmede 41-72 Saat Arası (30,4±2,30), duyarsızlaşmada 16,2±3,86) ve kişisel başarıda (29,2±2,21) 40 Saat ve Altı çalışanların tükenmişlik puanları en yüksek çıkmıştır. Pandemi bölümündeki sağlık çalışanların ise duygusal tükenmede 73 saat ve üzeri (31,6±2,71) duyarsızlaşma (16,5±2,37) ve kişisel başarı (28,2±1,84) alt boyutlarında 40 Saat ve Altı çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar ile literatürde ver alan araştırmalar arasında sadece pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme alt boyutuna benzerlik olduğu saptanmıştır.

Yüncü ve Yılan (2020), yaptıkları nitel araştırmada, sağlık çalışanlarından doktorlara oranla hemşirelerin daha çok tükenmişlik yaşadıkları belirtmişlerdir. Metin ve Özer (2017), Hemşirelerle ilgili yaptıkları çalışmada tükenmişlik düzeylerinin üç alt boyutta da (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) çok yüksek olduğu belirtilmiştir. Fındık vd. (2011), yaptığı çalışmada hemşirelerin hekimlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını saptamıştır. Bu çalışmada, pandemi bölümünde bulunmayan ve pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının sağlık çalışanlarının meslek grupları ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Duygusal Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Hemşire, Doktor ve Diğer (Laborant, Ebe vb.) meslek grubunda bulunan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarında MTÖ alt boyutlarında duygusal tükenmede diğer (laborant, ebe vb.) (30,6±2,38), duyarsızlaşmada (15,8±3,90) ve kişisel başarıda (28,6±3,65) doktorların daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarında MTÖ alt boyutlarında duygusal tükenmede doktorların (31,7±4,85), duyarsızlaşma (16,4±2,24) ve kişisel başarıda (27,8±2,60) hemşirelerin daha fazla tükenmişlik yaşadıkları veri sonuçlarında elde edilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlar ile literatürde yer alan neticeler arasında pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarından MTÖ duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında benzerlik bulunmaktadır.

Beyoğlu (2022) mesleğini kendi isteği ile seçmeyen sağlıkçıların mesleğini kendi isteği ile seçenlere oranla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık alt boyutunda daha fazla tükenmişlik yaşamakta olduğu bulunmuştur. Ayrıca Ardıç ve Polatçı (2008), Can vd. (2010), Altay vd. (2010) yaptıkları çalışmada mesleğini isteyerek seçmeyen çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında MTÖ Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ancak MTÖ Duygusal alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek ($29,04 \pm 2,67$) olan ve tekrar aynı mesleği seçmeyecek olan ($30,83 \pm 2,04$) sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Pandemi bölümündeki sağlık çalışanlarının tekrar aynı mesleği seçme durumu ve tükenmişlik karşılaştırılmasında ise MTÖ Duyarsızlaşma alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak MTÖ Duygusal ve Kişisel Başarı alt boyutunda tekrar aynı mesleği seçecek olan ve tekrar aynı mesleği seçmeyecek olan sağlık çalışanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Dinibütün (2020), yaptığı bir çalışmada COVID-19 ile mücadelede aktif rol almayan doktorların kişisel başarı alt boyutunda aktif rol alanlara göre daha fazla tükenmiş olduğu, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık alt boyutunda ise anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Wu vd. (2020), Çin’de yaptığı bir çalışmada pandemi ile mücadelede ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarının normal serviste çalışanlara göre daha az tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir. Beyoğlu (2022), COVID-19 ile mücadelede aktif rol alan sağlıkçıların duyarsızlaşma alt boyutunda aktif rol almayanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktayken duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı alt boyutunda anlamlı bir fark elde edilmediği ifade edilmiştir. Bu çalışmada pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının MTÖ Alt Boyutlarına göre karşılaştırılmasında Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının Duygusal, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı ortalamaları arasında anlamlı fark ortaya çıkmamıştır ($p > 0,05$). Alt boyutların ortalamalarını karşılaştırıldığında ise duygusal alt boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanların ortalamasının ($31,07 \pm 3,28$) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanlarının ortalamalarına ($30,30 \pm 2,38$) göre yüksek olduğu görülmektedir. Duyarsızlaşma alt boyutunda da boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanların ortalamasının ($16,20 \pm 2,47$) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanların ortalamalarına ($15,37 \pm 3,09$) göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarı alt boyutunda ise pandemi bölümünde bulunan ($27,53 \pm 2,84$) ve pandemi bölümünde bulunmayan ($27,73 \pm 3,25$) sağlık çalışanlarının ortalamalarının $\bar{x} \pm 0,2$ değerinde pandemi bölümünde bulunmayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanı yüksek çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık konusu bir toplumun her nüfusuna etki eden bir durumdur. Öyle ki ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık sorununun toplumun tüm alanına olumsuz etkisinin olabileceği söylenebilir. Özellikle sağlık çalışanları (hemşire, ebe vb.) salgın hastalıkların ister endemi boyutunda olsun isterse pandemi boyutunda olsun doğrudan\dolaylı olarak etkilenmektedir. Hatta söz konusu durum karşısında sağlık çalışanlarının tükenmişlik hissetmeleride meydana gelebilir. Bu yüzden günümüzde COVID-19 pandemi salgını göz önünde bulundurarak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının araştırılması önem arz etmektedir. Bu araştırmada COVID-19 pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Pandemi bölümünde bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise duygusal alt boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanlarının ortalamasının ($31,07 \pm 3,28$) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanlarının ortalamalarına ($30,30 \pm 2,38$) göre yüksek olduğu saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt boyutunda da boyutunda pandemi bölümünde bulunan sağlık çalışanlarının ortalamasının ($16,20 \pm 2,47$) pandemi bölümünde olmayan sağlık çalışanların ortalamalarına ($15,37 \pm 3,09$) göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarı alt boyutunda ise pandemi bölümünde bulunan ($27,53 \pm 2,84$) ve pandemi bölümünde bulunmayan ($27,73 \pm 3,25$) sağlık çalışanlarının ortalamalarının yüksek olduğu belirtilebilir. sağlık çalışanlarının COVID-19 gibi salgın hastalıklarda gerek müdahale gerekse mücadele anlamında en ön saflarda yer alması fizyolojik ve psikolojik yıpranmalara/tükenmelere sebebiyet vermektedir. Dolayısıyla özellikle ülkemizin sağlık çalışanlarının tam bir iyilik halinde olması/muhafaza edilmesi adına daha fazla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aba, M. (2022). *COVID-19 salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin yordayıcısı olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, algılanan tehdit boyutu ve duygusal emek değişkenlerinin rolünün incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Acar, Z. (2021). *Mülteci ve sığınmacılarla çalışan meslek elemanlarında depresyon düzeyi, stres ve tükenmişlik belirtilerinin psikososyal risk faktörlerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu. (2022, Kasım 19). <http://www.istanbul112.com/makalesevim.doc>
- Açıkel, C. H. (2014). 2014 yılının en büyük salgını: ebola virüs hastalığı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 1(56), 194-197.
- Akdur, R. (1997). *Sıtma eğitim notları*. Sağlık Hizmetleri Yayınları.
- Akdur, R. (2001). *Sıtma koordinatörlüğü*. Türkiye Sigorta Birliği Yayınevi.
- Akol, Ü. (2022). *COVID-19 yoğun bakımda çalışan hekimlerde tükenmişlik sendromunun araştırılması* [Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akten, S. (2007). *Rehber öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi]. Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Alanyalı, L. K. (2006). *Örgütsel stres kaynaklarının iş tatminine olan etkilerinin tükenmişlik ve dinçlik (coşku) etkileri bağlamında incelenmesi: uygulamalı bir araştırma* [Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi]. Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Altay, B., Gönener, D., & Demirkiran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-6.
- Altay, H. (2009). Antakya ve İskenderun otel çalışanlarının tükenmişliği ve iş tatmini üzerine bir araştırma. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(12), 1-17.

- Altıntaş, K. (2002). *Tıbbi parazitoloji*. Kozan Ofset.
- Andrew, N. (2007). *Mahşerin dördüncü atlısı salgın ve bulaşıcı hastalıklar tarihi*. İletişim Yayınları.
- Ardıç, K., & Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği), *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Ardıç, K., & Polatçı, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(32), 21-46.
- Arpacı, S., & Özek, Y. (2019). Finans sektöründe ekonomik kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin örgütsel bağlılığa etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 99-125.
- Aslan, D., Kiper, N., Karaağaoğlu, E., Topal, F., & Güdük, M. (2005). *Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Ayar, M. (2007). *Osmanlı Devleti'nde kolera İstanbul örneği (1892-1995)*. İstanbul Kitapevi.
- Aykıl, G. (2021). Antik Yunan ve Roma'da veba salgını [Yüksek lisans, Ankara Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Bakanlığı, T. S. (2011). *Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi*. Başak Yayıncılık.
- Barutçu, E., & Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), 541-561.
- Basım, H. N., & Şeşen, H. (2006). Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: kamu'da bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 6(2), 15-23.
- Başaran, Ü. (2021). *Badminton antrenörlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

- Başören, M. (2005). *Çeşitli değişkenlere göre rehber öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Karaelmas Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baygın, H. E. (2021). *Psikolojik sermayenin tükenmişlik üzerindeki etkisinde öz şefkatın aracılık rolü* [Yüksek lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Baysal, A. (1995). *Lise ve dengi okul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğe etki eden faktörler* [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bedir, M. (2020). *HIV ile enfekte hastalarda sifiliz seroprevalansı ve insidansı* [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı.
- Bektaş, S. (2021). *Örgütsel stres ve örgütsel tükenmişlik: muhasebe mesleği örneği* [Yüksek lisans tezi, Ufuk Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beyoğlu, E. (2022). *COVID-19 pandemi döneminde bir üniversite hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorların tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler* [Tıpta uzmanlık tezi, Sütçü İmam Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Bilir, N., & Yıldız, A. N. (2004). *İş sağlığı ve güvenliği*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Binnicker, M. J. (2012). Which algorithm should be used to screen for syphilis? *Current Opinion In Infectious Diseases*. 25(1), 79-85.
- Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: an examination of the cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7(2), 162-188.
- Can, H., Güçlü, Y. A., Doğan, S., & Erkaleli, M. B. (2010). Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 20(1), 33-40.
- Candaş, E. N. (2018). *Anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dalında görevli araştırma görevlisi ve uzman hekimlerinde tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik verilerle incelenmesi* [Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi]. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.

- Ceylan, A., & Ulutürk, Y. H. (2006). Rol belirsizliği, rol çatışması, iş tatmini ve performans arasındaki ilişkiler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(1), 48-58.
- Chalise, U., McDonald, J. A., Amatya, A., & Morales, M. (2019). *Seasonal influenza vaccination patterns among pregnant women in New Mexico*. Hisp Health Care Publishers.
- Chati, R., Huet, E., Grimberg, L., Schwarz, L., Tuech, J. J., & Bridoux, V. (2017). Factors associated with burnout among french digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. *American Journal Of Surgery*, 213(4), 754-62.
- Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. (2022, Aralık 10, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- Cruz, J. P., Colet, P. C., Al-otaibi, J. H., Soriano, S. S., Cacho, G. M., & Cruz, C. P. (2016). Validity and reliability assessment of the compliance with standard precautions scale arabic version in saudi nursing students. *Journal of Infection and Public Health*, 9(5), 645-53.
- Çam, O. (1991). *Hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi* [Doktora tezi, Ege Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çavuş, İ. (2019). *Sıtmada tedavi sürecinin real time pcr ile takibi: in vivo modelde* [Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi]. Tıbbi Parazitoloji Ana Bilim Dalı.
- Çelik, T. (2021). *Sağlık kurumlarında tükenmişlik bir kamu hastanesinde araştırma* [Yüksek lisans tezi, Aydın Üniversitesi] Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Çetinkaya, Ö. (2021). *Profesyonel turist rehberlerinin işyaşam dengesi ve tükenmişlik düzeylerinin çalışma motivasyonuna etkisi* [Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çiftçi G., & Sarıışık, M., (2015). *Örgütsel davranışta güncel konular*. Detay Yayınları.
- Çimen, S. (2007). *İlköğretim öğretmenlerinin tükenmişlik yaşantıları ve yeterlik algıları*, [Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Çiper A. (2006). *Tükenmişlik sendromunun hizmet kalitesine etkisi ve çağrı merkezi uygulaması* [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çobanoğlu, F. N. (2021). *Hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve algılanan stres düzeyinin gastrointestinal semptomlar ile ilişkisi* [Tıpta uzmanlık tezi, Medeniyet Üniversitesi]. Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Çokluk, Ö. (1999). *Zihinsel ve işitme engelliler okullarında görev yapan yönetici ve öğretmenlerde tükenmişliğin kestirilmesi* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Dağçınar, S. Ş. (2016). *Küresel sağlık yönetimi, egemenlik ve güvenlik: ebola vakası* [Yüksek lisans tezi, Bilkent Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Daşpunar, G. (2020). *Cumhuriyetin ilk yıllarında salgın hastalıklarla mücadele: sıtma, trahom, frengi ve verem* [Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Deckard, G., Meterko, M., & Field, D. (1994). Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care*, 32(7), 745-754.
- Delibaş, B. M. (2021). *Sağlık Çalışanlarının duygusal emek davranışlarının mesleki tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi* [Uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi]. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Demir, N. (2009). Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerindeki etkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(32), 193-202.
- Demir, N. (2010). Küçülmeye giden işletmelerde geride kalanların yaşadıkları tükenme sendromunun örgüte bağlılık üzerindeki etkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(33), 89-97.
- Demirhan, A. (1982). *Kısa tıp tarihi*. Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Dikenelli, B. E. (2012). *Sifiliz tanısında kemilüminesan yönteminin performans değerlendirmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı.

- Dikmen, A. (2010). *Ankara’da sağlık personelinin mevsimsel ve/veya pandemik A(H1N1) grip aşısı yaptırmayı düşünme ve uygulama sonrasında görülebilecek bazı istenmeyen etkilerin görülme sıklığı* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. Tıp Fakültesi.
- Dinç, K. (2008). *Yardım mesleklerinde tükenmişlik sendromu* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Kaynakları Yönetimi Ve Kariyer Danışmanlığı Anabilim Dalı.
- Dinibütün, S. R. (2020). Factors Associated with burnout among physicians: an evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal Of Healthcare Leadership*, 12(4), 85-94.
- Director-General’s Remarks At The Media Briefing (2019, Şubat, 05). <https://www.who.int/directorgeneral/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncovon-11-february-2020>.
- Doğan, A., & Sığrı, Ü. (2017). Duygusal emek: hemşireler üzerine bir çalışma. *İş ve İnsan Dergisi*, 4(2), 113-126.
- Doğdu, M. (2021). *Sağlık çalışanlarında COVID-19 fobisi ve tükenmişlik ilişkilerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dökmetaş, İ., & Nonveneryal, T. (2017). *Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi*. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Dönmez, Z. M. (2020). *Kal’a-i sultaniyye’de karantina teşkilatı ve kolera ile mücadele*, [Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duran, N. (2022). *COVID-19 pandemisi süresince sağlık çalışanlarında ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili risk faktörlerinin değerdendirilmesi* [Uzmanlık tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi]. Çannakkale.
- Durmuş, M., Gerçek, A., & Çiftçi, N. (2018). Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tükenmişlik düzeylerinin değerdendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2), 279-286.
- Dükel, D. (2021). *Jimnastik antrenörlerinde mesleki yeterlik duygusal emek ve tükenmişlik duygusunun bazı değışkenler açısından incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Dvalishvili, M., Mesxishvili, D., & Butsashvili, M. (2016). Knowledge, attitudes, and practices of healthcare providers in the country of georgia regarding. *İnfluenza Vaccinations For Pregnant Women*, 34, 5907–5911.
- Elisha, A. & Adegboro, B. (2014). Ebola virus diseases african journal of clinical and experimental microbiology. *African Journal of Clinical and Experimental Microbiology*, 117–21.
- Erdağı, S., & Nadiye, Ö. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106.
- Erdoğan, Ö. (2016). *Çalışma hayatında tükenmişlik ve iş doyumu* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi] . Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.
- Erkin, Ö. (2010). *Sağlık çalışanlarının grip aşısı olma durumları ve gripten korunmaya yönelik sağlık inanç modeli ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı.
- Erol, A., Saricicek, A., & Gülseren, S. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(8), 241-247.
- Evren, K. (2020). *Sifiliz tanısında kullanılan algoritmaların değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Fındık, Ü. Y., Erol, Ö., Süt, N., & Motör, D. (2011). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 55-65.
- Global Tuberculosis Report. (2022, Kasım 12). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>
- Göçmen, S. (2021). *Yeraltı kömür madeni çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin maslach tükenmişlik ölçeği ile ölçülmesi* [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

- Gögebakan T. (2021). Tarihteki Diğer Pandemiler: İnsanlık Diğer Ölümcül Salgın Hastalıklardan Nasıl Kurtuldu. (2022, Eylül 16). <https://verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19-veri-analiz-infografik/>.
- Guluzade, A. (2019). *Sağlık çalışanlarında iş stresi ile tükenmişlik ilişkisinin incelenmesi: Ankara'da bir üniversite hastanesi örneği* [Yüksek lisans tezi, Hacı Bayram Veli Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., & Tan, Y. Y. (2020). The Origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (covıd-19) outbreak an update on the status. *Mil Med Res*, 7(1), 11-22.
- Gül, A. (2009). XIX. Yüzyılda Erzincan kazasında salgın hastalıklar (kolera, frengi, çiçek ve kızamık). *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, 16(41), 241-270.
- Gülbayrak, B., & Mavili, A. A. (2020). Kadın ve erkek hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: Ankara örneği. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(2), 413-432.
- Gülhan, S. E. (2019). *İş hayatında stres ve iş tatmini sendromu* [Yüksek lisans tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı.
- Gündüz, B. (2005). İlköğretim öğretmenlerinde tükenmişlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 152-166.
- Hamamcı, R. A. M. (2020). *Irak muhasebe çalışanlarının mesleki tükenmişlik, iş doyumu ve yaşam doyumlarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi]. Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Hasan, S. A., Ahmad, R., & Saeed, S. (2019). Ebola virus: a global public health menace: a narrative review. *Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8(7), 2189-2201.
- Hatun, O., Dicle, A. N., & Demirci, İ. (2020). Koronavirüs salgınının psikolojik yansımaları ve salgınla başa çıkma. *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 531-554.
- Huang, C, Wang, Y, Li X, Ren, L, Zhao, J., & Hu, Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506.

- Işıkkhan, V. (2017). *Stres yönetimi: tükenmişlikten mutluluğa*. Nika Yayınları.
- Izgar, H. (2000). *Okul yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri (burnout), nedenleri ve bazı etken faktörlere göre incelenmesi* [Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi]. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- İnal, F. (2022). *Kurum kültürü ve tükenmişlik sendromu ilişkisi: bilecik defterdarlığı örneği* [Yüksek lisans tezi, Şeyh Edebalı Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(1), 29-32.
- Karadağ, N. (2013). *Tükenmişlik ve iş doyumu: kırklareli devlet hastanesi hemşireleri örneği* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- Kartal, E. D. (2008). Sağlık personelinde profilaksi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 61(3), 215–22.
- Kılıç, O. (2004). *Eskiçağdan yakınçağa genel hatlarıyla dünyada ve osmanlı devleti"nde salgın hastalıklar*. Tarih Şubesi Yayınları.
- Kılıç, O. H. T., Anıl, M., Varol U. & Sofuoğlu Z. (2021). Factors affecting burnout in physicians during COVID-19 pandemic. *Ege Tıp Dergisi*, 60(2), 136-44.
- Kızılcı, S. (2021). *Kabin ekibinin tükenmişlik düzeyinin incelenmesi bir özel havayolu şirketi örneği* [Yüksek lisans tezi, Uşak Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sivil Havacılık Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- Koç, H., & Topaloğlu, M. (2010). *Yönetim Bilimi*. Seçkin Yayıncılık.
- Koç, M. (2019). *Acil yardım, kurtarma ve müdahale personellerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Trabzon ili örneği* [Yüksek lisans tezi, Gümüşhane Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Kojima, N., & Klausne, J. D. (2018). An update on the global epidemiology of syphilis. *Curr Epidemiol*, 5(1), 24–38.
- Kömürcü, A. (2019). *Hitit krallığı'nda veba salgını ve etkileri* [Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi]. Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

- Kurçer, M. A. (2005). Harran Üniversitesi tıp fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3), 10-5.
- Kuszewski, K., & Brydak, L. (2000). The epidemiology and history of influenza. *Biomed & Pharmacother*, 54(4), 188-95.
- Kutanis, R. Ö., & Karakiraz, A. (2013). Akademisyenlerde tükenmişliğin kopenhag tükenmişlik envanteri (cbi) ile ölçülmesi: Bir devlet üniversitesi örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(1), 13-30.
- Kutlu, G. (2020). Türkiye’de sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin cinsiyet değişkeni açısından incelenmesi: meta analitik bir çalışma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 254-269.
- Lester, K. (2011). Plague historians in lab coats, *Past and Present*, 213(1), 267–90.
- Marais, B. J., Gie, R. P., & Schaff, H. S. (2004). The natural history of childhood intratoracic tuberculosis: a critical review of literature from the prechemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis*, 8(2), 392-402.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(1), 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout, how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass Publishers.
- Merdivenci, A. (1984). *Türkiye sivrisinekleri:yurdumuzda varlığı bilinen sivrisineklerin biyo-morfolojisi, biyo-ekolojisi, yayılışı ve sağlık önemleri* [Tıpta uzmanlık tezi, Cerrahpaşa Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Millet, F. M. (2016). *Sağlık çalışanlarına şiddet davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlık çalışanları iş doyumu* [Yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). Critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals. *A Call for Action. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106-113.
- Muralidar, S., Ambi, S. V., Sekaran, S., & Krishnan, U. M. (2020). The emergence of COVID-19 as a global pandemic: understanding the epidemiology, immune

- response and potential therapeutic targets of sars-cov-2. *Biochimie*, 179(22), 85-100.
- Naktiyok, A., & Karabey, C. N. (2005). İşkoliklik ve tükenmişlik sendromu. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(2), 179-198.
- Nikiforuk, A. (2001). *Mahşerin dördüncü atlısı*. İletişim Yayınları.
- Okutan, E. (2010). *Kişilik özelliklerinin tükenmişliğe etkisi: bir örnek olay incelemesi* [Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Olca, D. (2014). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu-tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Nobel Yayınları.
- Oral, L., & Köse, S. (2011). Hekimlerin duygusal emek kullanımı ile iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 463-492.
- Ökmen, V. (2021). *Kamu çalışanlarında tükenmişlik ve iş performansı ilişkisinde denetim odağının rolü bilecik beleyesi örneği* [Yüksek lisans tezi, Şeyh Edebali Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Örmen, U. (1993). *Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama*, [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özışık, L, Başaran, N., & Ünal, S. (2016). Her yönüyle influenza:Türkiye. *İç Hastalıkları Dergisi*, 23(1), 1-11.
- Özkoçak, V., Koç F., & Gültekin, T. (2020). Pandemilere antropolojik bakış: Koronavirüs (covid-19) örneği, *Electronic Turkish Studies*, 15(2), 1183-1195.
- Özmen, Z. (2016). *Maslach tükenmişlik ölçeği açısından hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Öztekin, A. (2021). *Mesleki tükenmişlik ve duygusal zeka arasındaki ilişkilerin sağlık sektöründe araştırılması* [Yüksek lisans tezi, Nişantaşı Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı.
- Özyurt, A., Hayran, O., & Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among turkish physicians. *QJM: An International Journal of Medicine*, 99(3), 161-9.

Pandemik İnfluenza Ulusal Faaliyet Planı. (2022, Eylül 14).

<http://www.saglik.gov.tr/UserFiles/File/UPP.pdf>

Parıldar, H. (2020). Infectious disease outbreaks in history. *J Tepecik Educ Res Hosp*, 30(2), 19–26.

Riley, R., Mills, C., O’grady, F., & Sultan, L. (1962). Infectiousness of air from a tuberculosis ward: ultraviolet irradiation of infected air: comparative infectiousness of different patients. *American Review of Respiratory Disease*, 85(4), 11-25.

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., & Ibáñez-Masero, O. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal Of Clinical Nursing*, 29(22), 4321-4340.

Saçlı, Ç. (2011). *Otel işletmelerinde tükenmişlik sendromu: Konya ili örneği* [Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sağlam, M. (2020). *Gebelerin grip aşısına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi]. Tıp Fakültesi.

Sağlık Bakanlığı (2005). *Bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemi, standart tanı, surveyans ve laboratuvar rehberi*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sağlık Bakanlığı, (2019). Ebola Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetim Rehberi. 2022, Eylül 17) <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoootik-vektorel-hastaliklar-db/zoootik->

Sandıkçı, T. (2021). *Özel okullarda eğitim veren öğretmenlerin duygusal emek gösterimlerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi* [Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Savaş, E. & Tanrıverdi, D, (2010). Knowledge attitudes and anxiety towards influenza a/h1n1 vaccination of healthcare workers in Turkey. *BMC Infect Dis*, 23(10), 281-6.

Semercioğlu, M. S. (2012). Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin iş doyumunu ve örgütsel güven düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bir alan çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 225-238.

- Sezici, E., & Güven, Ö. (2016). Otel işletmelerinde iş görenlerin tükenmişlik düzeylerinin maslach tükenmişlik modeline göre incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 111-132.
- Sılığ, A. (2003). *Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Skeja, A. (2012). *Çalışanların tükenmişlik düzeyi ile iş tatmini arasındaki ilişki ve bir araştırma* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı.
- Smallpox, Weekly Epidemiological Record. 2022, Eylül 19) <https://www.who.int/publications/journals/weekly-epidemiological-record>
- Stages Of Disillusionment In The Helping Professions. (2022, Ekim 23) <https://scihub.tw/https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0192636581065445> **20.**
- Starke, J. R., & Munoz, F. M. (2007). *Tuberculosis mycobacterium tuberculosis*. Saunders.
- Sürgevil, O. (2006). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu, tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Şahin, M. (2019). *Tükenmişlik duygusu ve iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerine etkileri: bankacılık sektöründe bir araştırma* [Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı.
- Şahin, M. K., Aker, S., Şahin, G., & Karabekiroğlu, A. (2020). Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*, 45(6), 1-10.
- Şahin, S. (2019). *Hemşirelerin duygusal emek davranışı ve duygusal zeka düzeyleri* [Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tampa, M, Sarbu, I, Matei, C., Benea, V., & Georgescu, S. R. (2014). Brief history of syphilis. *Journal Of Medicine And Life*, 7(1), 4-10.

- Tetik, S. (2019). Maliye çalışanlarının algılarına göre örgüt kültürü ile tükenmişlik arasındaki ilişki. *Social Sciences Studies Journal*, 5(29), 380-394.
- Topel, M. (2019). *Dahili ve cerrahi bilimler araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu oranlarının karşılaştırılması ve işyeri doyumuyla olan ilişkisinin gösterilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi]. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
- Torun, A. (1995). *Tükenmişlik, aile yapısı ve sosyal destek ilişkileri üzerine bir inceleme* [Doktora tezi, Marmara Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turan, B. (2019). *Sıtma vaka yönetimi rehberi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Tümekaya, S. (1996). *Öğretmenlerde tükenmişlik görülen psikolojik belirtiler ve başa çıkma davranışları* [Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi]. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı. (2022, Ağustos 10) <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/12/T%C3%BCrkiyede-CYBE-%C3%B6nemli-enfeksiyonlar-ve-H%C4%B0V-ile-ilgili-hizmet-ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1.pdf>
- Unat, E. K. (1980). Genel tıp mikrobiyolojisi ve infeksiyon hastalıkları bilimi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları*, 375-376.
- Uysal, E. (2021). *Çocuk evlerinde çalışan bakım elemanlarının iş aile çatışması ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Ünal, G. (2021). *Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıkları, COVID-19 korkuları ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Çağ Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Ünal, S., Karlıdağ, R., & Yoloğlu, S. (2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi, *Klinik Psikiyatri*, 4(2), 113-8.
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., & Hu, S. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 60(1), 60-5.

- Yıldırım, F. (1996). *Banka çalışanlarında iş doyumu ve algılanan rol çatışması ile tükenmişlik arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Bilim Dalı.
- Yıldız A. T. (2019). *Hemşirelerin duygusal emek davranışları ve duygusal emeğe ilişkin görüşlerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız, E. (2012). Mesleki tükenmişlik ve rehber öğretmenler üzerine bir araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(33), 37-61.
- Yılmaz, D. (2017). *Sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: tekirdağ'daki sağlık çalışanları üzerine bir araştırma* [Yüksek lisans tezi, Gelişim Üniversitesi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yumru, M. (2020). COVID-19 and burnout in health workers. *Klinik Psikiyatr Dergisi*, 23(9), 5–6.
- Yurteri, İ. S. (2022). *Uzaktan eğitim süresince sınıf öğretmenlerinin mesleki tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi]. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı
- Yücel G. (2019). *Malatya sancağı'nda kolera salgını* [Yüksek lisans tezi, Hacı Bayram Veli Üniversitesi]. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tarih Ana Bilim Dalı.
- Yüksel, G. (2011). *Ege bölgesindeki tıp fakültelerinin anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dallarında görevli araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisi* [Tıpta uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi]. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı.
- Yüncü, V., & Yılan, Y. (2020). COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: bir durum analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(3), 402-473.
- Zawilińska, B., & Kosz-Vnenchak, M. (2014). General introduction into the ebola virus biology and disease. *Folia Medica Cracoviensia*, 54(3), 57-65.
- Zeynalı, A. (2021). *COVID-19 pandemisinde hekim ve hemşirelerde mobbing ve tükenmişlik: tekirdağ'da bir üniversite hastanesi örneği* [Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi]. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

- Zhang, H., & Zhang, H. (2021). Egress and vertical transmission of sars-cov-2. *Mol Cell Biol*, 13(3), 168-74.
- Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., & Hu, B. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270-283.
- Ziegler, T., & Mamahit, A. (2018). 65 years of influenza surveillance by a world health organization-coordinated global network. *Influenza Other Resp Viruses*, 12(5), 558-565.



EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı/İzni



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU
BAŞVURU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Pandemi Klinikleri İle Diğer Kliniklerde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☒ Anket/Ölçek/Skala Çalışması ☐ Gözlemsel Çalışma ☐ Niteliksel Çalışma ☐ Diğer
	GELEN EVRAK SAYISI ve TARİHİ	
	YÜRÜTÜCÜ/DANISMAN (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Ümit ÇIRAKLI Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
	ARAŞTIRMACILAR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Tuğçe CAM UZUN Yozgat Bozok Üniversitesi YL Öğrencisi
	ARAŞTIRMACILAR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	

KARAR BİLGİLERİ	KARAR NO:34/38	TARİH: 24.06.2022
	Yukarıda bilgileri verilen Etik Komisyonu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik sakınca <u>bulunmadığına</u> karar verilmiştir.	
	Değerlendirme Sonucu	
	☒	Uygundur
	☐	Düzeltilme gereklidir (Açıklayınız) ☐ Düzeltmeleri görmek istiyoruz ☐ Düzeltmeleri görmemize gerek yok
	☐	Uygun değildir (Açıklayınız)
	Açıklama	

ÇALIŞMA ESASI	Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu Yönergesi
----------------------	--

ETİK KOMİSYONU ÜYELERİ

Ek-2 Ölçek Kullanım Onayı/İzni

İZİN BELGESİ

22.08.2022

Sayın Tuğçe CAM UZUN
Yozgat Bozok Üniversitesi
Sosyal Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Yürüteceğiniz "Pandemi klinikleri ile diğer kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bir araştırma" konulu çalışmanızda, Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MBI) kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Canan Ergin
Özyeğin Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Ek-3 Demografik Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Pandemi Klinikleri İle Diğer Kliniklerde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Araştırma

Aşağıda, kişilerin demografik özelliklerini ve ruh durumlarını ifade eden bazı sorular yöneltilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamandır. Bir bilimsel araştırmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

1. 1. Cinsiyetiniz

☐ Kadın

☐ Erkek

2. 2. Yaşınız

☐ 18-24 Yaş Arası

☐ 25-34 Yaş Arası

☐ 35-44 Yaş Arası

☐ 45 Yaş ve Üzeri

3. 3. Medeni Durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

4. 4. Çocuk Sahibi Olma Durumu

☐ Evet

☐ Hayır

5. 5. Öğrenim Durumunuz

☐ Lise

☐ Önlisans

☐ Lisans

☐ Lisansüstü

6. 6. Mesleğiniz

☐ Hemşire

☐ Doktor

☐ Ebe

☐ Laborant

☐ Diğer: _____

7. 7. Mesleği kendinize uygun bulma durumunuz

☐ Uygun

☐ Uygun Değil

8. 8. Tekrar aynı mesleği seçer miydiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

9. 9. Mesleğinizde toplam çalışma süreniz

☐ 5 Yıldan Az

☐ 6-10 Yıl Arası

☐ 11-19 Yıl Arası

☐ 20 Yıl ve Üzeri

10. 10. Haftalık ortalama çalışma süreniz

☐ 40 Saat ve Altı

☐ 41-72 Saat Arası

☐ 73 Saat ve Üzeri

11. 11. Pandemi kliniğinde çalıştınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

12. 12. Pandemi döneminde nasıl çalışıyorsunuz?

- ☐ Mesai
☐ Nöbet- Dönüşümlü
☐ İdari İzinli

13. 13. Covid-19 Pandemisine yönelik hastane içi eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

14. 14. Mesleğiniz nedeniyle covid-19 şüpheli/tanlı hasta ile temasınız oldu mu?

- ☐ Evet
☐ Hayır

15. 15. Covid-19 Pandemi sürecinde psikolojik destek aldınız mı?

- ☐ Evet Aldım
☐ Hayır İstemiyorum
☐ Almayı İstiyorum

16. 16. Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

17. 17. İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

18. 18. Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

19. 19. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

20. 20. Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

21. 21. Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

22. 22. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

23. 23. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

24. 24. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

25. 25. Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.
1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

26. 26. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.
1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

27. 27. Kendimi çok enerjik hissediyorum.
1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

28. 28. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

29. 29. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

30. 30. Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

31. 31. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

32. 32. Hastalarımı rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

33. 33. Hastalarım ile yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

34. 34. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

35. 35. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

36. 36. İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

37. 37. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.

1: Hiçbir Zaman 2: Yılda Birkaç Kez 3: Ayda Birkaç Kez 4: Haftada Birkaç Kez 5:Hergün

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

