

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE DÜZEYİ VE TÜKENMİŞLİK
DURUMU DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. İbrahim GÜNAY

**HALK SAĞLIĞI
UZMANLIK TEZİ**

2022-KIRIKKALE

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
ANKSİYETE DÜZEYİ VE TÜKENMİŞLİK DURUMU DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. İbrahim GÜNAY

**HALK SAĞLIĞI
UZMANLIK TEZİ**

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Meral SAYGUN

2022-KIRIKKALE

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yardımlarını, bilgi ve birikimlerini esirgemeyen Prof. Dr. Meral SAYGUN'a, Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ'a, asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım değerli doktor arkadaşlarıma, beni her konuda cesaretlendiren sevgili eşim Esra ÖZER GÜNAY'a, yaşamım boyunca sevgi ve desteklerini esirgemeyen annem Aysel GÜNAY, babam Osman GÜNAY, ablalarım Seçil NİŞANCI, Ema KARAFİLİKOĞLU ve Leyla GÜNGÜNEŞ'e,

Teşekkür eder, saygı ve sevgilerimi sunarım.

Dr. İbrahim GÜNAY

Kırıkkale 2022

ÖZET

GÜNAY İ., Pandemi döneminde birinci basamak sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyi ve tükenmişlik durumu değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2022.

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgını 11 Mart 2020’de ise pandemi olarak tanımlamıştır. COVID-19 pandemisi küresel düzeyde ülkelerin sağlık hizmetlerinde aksamaya, ekonomik yavaşlamaya neden olmuş insanlar üzerinde de birçok klinik ve psikolojik problemler meydana getirmiştir. Sağlık çalışanları pandeminin başından itibaren salgınla mücadelenin ön saflarında yer almıştır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları bu süreçte, uzun çalışma saatleri, psikolojik problemler, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalanma ve fiziksel ve psikolojik şiddete de sıkça maruz kalmaktadır. Bu çalışmada COVID-19 pandemisinde birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyleri ve tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi ve pandemide aldıkları görevlerin bu durumlar açısından farklılığa neden olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan personelinin %76’sının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler 1 Aralık 2020-1 Mart 2021 tarihleri arasında çalışanlarının görev yaptığı birimlere gidilerek, gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Veri kaynağı olarak 26 sorudan oluşan veri toplama formu, 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği ve 23 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılmıştır. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %50,7’si kadın, % 82,1’i evli ve yaş ortalamaları $41,5 \pm 9,1$ ’dir. Çalışanların %21,6’sı hekim, % 27,0’si hemşire/ebe, % 23,4’ü sağlık memuru, % 13,2’si memur, %5,1’i hizmet personeli ve % 9,7’si diğer meslek gruplarında çalışmaktadır.

Çalışanlarının % 23,9’u COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Ailesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı sıklığı ise % 35,0’dır.

Katılımcılardan %59,4’ünün anksiyetesi olmayıp, %22,8’i hafif düzeyde anksiyete, %11,8’i orta düzeyde anksiyete ve % 6,0’sı şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir.

Pandemi döneminde aktif görev olarak evde hasta takibi/ilaç dağıtımı yapan çalışanların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı sekiz iken, bu görevde çalışmamış olanların beştir. Temaslı/filyasyon ekibinde çalışanların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı on iken, bu görevde çalışmamış olanların beştir. Her iki grupta da fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Pandemi sürecinde aktif görev aldığını belirten çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları aktif görevde yer almayan çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler: Pandemi sürecinin zorluklarına bağlı olarak ön saflarda çalışanlar başta olmak üzere sağlık çalışanlarında ortaya çıkması olası anksiyete bozukluğu ve tükenmişlik sendromu gibi ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi ve ihtiyaç duyanlara psikolojik destek verilmesi son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, COVID-19, Anksiyete, Tükenmişlik

ABSTRACT

GÜNAY İ., Evaluation of anxiety level and burnout in primary health care workers during the pandemic period, Kırıkkale University Faculty of Medicine Department of Public Health Specialization Thesis, Kırıkkale, 2022.

Introduction: The World Health Organization (WHO) defined the COVID-19 outbreak as a pandemic on March 11, 2020. The COVID-19 pandemic has caused disruption in the health services of countries and economic slowdown at the global level, and has created many clinical and psychological problems on people. Healthcare workers have been at the forefront of the fight against the epidemic since the beginning of the pandemic. In addition, health workers are frequently exposed to long working hours, psychological problems, fatigue, professional burnout, stigma, and physical and psychological violence in this process. In this study, it is aimed to evaluate the anxiety levels and burnout status of healthcare professionals working in the primary care during the COVID-19 pandemic and to evaluate whether their duties in the pandemic cause a difference in these situations.

Material and Method: This descriptive study was conducted with the participation of % 76 of the personnel working in primary health care institutions. The data were collected between 1 December 2020 and 1 March 2021 by going to the units where healthcare professionals work and applying a survey under observation. Data collection form consisting of 26 questions, Beck Anxiety Scale consisting of 21 questions and Maslach Burnout Scale consisting of 23 questions were used as data sources. Ethics committee approval was obtained from Kırıkkale University Non-Invasive Research Ethics Committee. SPSS version 20.0 software was used for statistical analysis. Alpha significance level was taken as 0.05.

Results: 50.7% of the participants were women, 82.1% were married, and their mean age was 41.5 ± 9.1 . 21.6% of the employees are physicians, 27.0% nurses/midwives, 23.4% health officers, 13.2% civil servants, 5.1% service personnel and 9.7% He works in other occupational groups.

23.9% of their employees stated that they were diagnosed with COVID-19. The frequency of healthcare workers diagnosed with COVID-19 in their family is 35.0%.

Of the participants, 59.4% did not have anxiety, 22.8% showed mild anxiety, 11.8% showed moderate anxiety and 6.0% showed severe anxiety symptoms.

While the median score on the Beck Anxiety Scale of employees who follow up patients/medicine at home as an active duty during the pandemic period is eight, it is five for those who have not worked in this task. The median Beck Anxiety Scale score of those working in the contact/filamentation team is ten, while those who have not worked in this task are five. The difference in both groups is statistically significant.

The emotional exhaustion and depersonalization scores of the employees who stated that they took an active role in the pandemic process were significantly higher than the employees who did not take active duty.

Conclusion and Recommendations: Depending on the difficulties of the pandemic process, early detection and prevention of mental disorders such as anxiety disorder and burnout syndrome, which may occur in healthcare workers, especially those working on the front lines; It is extremely important to identify risk factors, implement the necessary interventions in the early period, and provide psychological support to those who need it.

Keywords: Health worker, COVID-19, Anxiety, Burnout

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLO DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. COVID -19 Enfeksiyonu Ve Pandemisi	4
2.1.1. Koronavirüs.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Kaynak	5
2.1.4. Bulaşma Yolları	6
2.1.5. Duyarlı Kişiler.....	6
2.1.6. Klinik Özellikler	6
2.1.7. COVID-19 Tanısı	8
2.1.8. Tedavi Yöntemleri	11
2.2. Sağlık Çalışanları	11
2.2.1. Sağlık Çalışanı Tanımı Ve Sınıflandırması	12
2.2.2. Türkiye Ve Dünyada Sağlık Çalışanları İle İlgili İstatistikler	13
2.2.3. Sağlık Sektöründe Çalışma Ortamından Kaynaklı Risk Etmenleri	15
2.3. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	16
2.4. Anksiyete	17
2.4.1. Anksiyete Tanımı.....	17
2.4.2. Anksiyete Tarihçesi	17

2.4.3. Anksiyete Epidemiyolojisi	18
2.4.4. Anksiyete Etiyolojisi.....	18
2.4.5. Anksiyete Sınıflandırılması	19
2.4.6. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete	21
2.5. Tükenmişlik Sendromu.....	23
2.5.1. Tanım	23
2.5.2. Tarihçe	23
2.5.3. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler	24
2.5.4. Maslach Tükenmişlik Modeli	25
2.5.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri	26
2.5.6. Sağlık çalışanlarında Tükenmişlik.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yeri	28
3.2. Araştırma Grubu	28
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	29
3.4. Araştırmanın Tipi	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.5.1. Tanımlayan Değişkenler	29
3.5.2. Tanımlanan Değişkenler	30
3.6. Araştırmanın Gerçekleştirilmesinde Uygulanan Testler	30
3.6.1 Beck Anksiyete Ölçeği.	30
3.6.2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği	30
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.7.1. Veri Toplama Formu.....	31
3.7.2. Beck Anksiyete Ölçeği	31
3.7.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	31
3.8. İnsan Gücü ve Finansman.....	31

3.9. Verilerin Analizi	31
3.10. Etik Konular	32
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	32
3.12. Araştırmanın Güçlü Yanları	32
3.13. Zaman Çizelgesi	33
4.BULGULAR	34
5.TARTIŞMA	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
7.KAYNAKLAR.....	85
8.EKLER.....	97
EK 1. Anket ve ölçekler	97
EK 2. Etik Kurul Onayı	103
EK 3. Sağlık Bakanlığı izni	104
EK 4. Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü izni	105
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	106

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu)

MERS: Middle East Respiratory Syndrome

OSHA: Occupational Safety And Health Administration (Avrupa Komisyonu İş Sağlığı Ve Güvenliği Ajansı)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

ARDS: Akut Solunum Yetmezliği Sendromu

ISCO: International Standard Classification of Occupations, (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması)

OECD: The Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü)

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı)

YAB: Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

VSD: Verem Savaş Dispanseri

ASHİ: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

SS: Standart Sapma

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler	14
Tablo 2. Sağlık Sektöründe Risk Unsurları Sınıflandırması	15
Tablo 3. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri (15.12.2020 – 28.02.2021 Kırıkkale)	35
Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Çalışma Hayatlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	36
Tablo 5. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sigara, Alkol Kullanımı ve Egzersiz Yapma Durumları (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	37
Tablo 6. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Ruhsal Ve Kronik Hastalık Durumu (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	38
Tablo 7. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Kendisinde Ve Ailesinde COVID-19 Tanısı Alma Durumu (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	39
Tablo 8. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Dönemindeki Çalışma Durumlarıyla İlgili Bazı Bilgiler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	40
Tablo 9. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Hakkında Eğitim Ve Bilgileri İle İlgili Bazı Özellikler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	41
Tablo 10. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	43
Tablo 11. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Davranışları İle COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	44
Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	46

Tablo 13. Beck Anksiyete Ölçeği Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Sonuçların Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	47
Tablo 14. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği Puanlama Sistemine Göre Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı, (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	48
Tablo 15. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	50
Tablo 16. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Davranışları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)....	51
Tablo 17. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	52
Tablo 18. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	53
Tablo 19. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Hakkında Kurumunca Eğitim Alma Ve Pandemi Hakkında Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	54
Tablo 20. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	56
Tablo 21. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	57
Tablo 22. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	58
Tablo 23. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	60

Tablo 24. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	61
Tablo 25. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	62
Tablo 26. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	64
Tablo 27. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	65
Tablo 28. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	66
Tablo 29. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Boyutları Puanları arasındaki ilişkilerin Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Koronavirüsün Şematik Yapısı	4
Şekil 2. Bölgelere Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, 2019	14
Şekil 3. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018	15



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgını 30 Ocak 2020’de “uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu” olarak sınıflandırmış, salgının başladığı Çin dışında yaklaşık 200 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart’ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır. Tüm kıtalarda, 31 Mart 2020’ye kadar doğrulanmış COVID-19 vakaları bildirmiştir (1). COVID-19 pandemisi küresel düzeyde ülkelerin sağlık hizmetlerinde aksamaya, ekonomik yavaşlamaya neden olmuş, insanlar üzerinde de birçok klinik ve psikolojik problemler meydana getirmiştir. Sars Cov 2, enfekte damlacıkların solunması veya enfekte damlacıklarla temas yoluyla bulaşan, kuluçka süresi 2-14 gün arasında değişen bir virüstür (2). Çalışmalar yaşlı toplumda ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu ve çocuklarda insidansın daha düşük olduğunu göstermiştir (3). Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak 2020’de başlamış ve 22 Ocak 2020’de T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, ülkemizde resmi olarak ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020’de açıklanmıştır (3).

COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının rolü oldukça kritiktir. Pandeminin başından itibaren salgınla mücadelenin ön saflarında yer aldıklarından, Sars Cov 2 patojeni ile enfekte olma riskleri oldukça yüksektir. Bunun yanı sıra; uzun çalışma saatleri, psikolojik problemler, hastalığı ailelerine ve çevresindekilere bulaştırma korkusu, ailelerinden uzun süre ayrı kalma, hastaları ve meslektaşlarını kaybetme kaygısı ve bütün bu durumların meydana getirdiği stres, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalama, fiziksel ve psikolojik şiddet sağlık çalışanları için karşılaşılan diğer zorluklardan bazılarıdır (4).

T.C Sağlık Bakanı tarafından Nisan 2020’de, “Bir milyon sağlık çalışmamız içinde 7428 kişi enfekte, ortalama vakalarımız içindeki yüzdesi 6,5’e yakın” şeklinde açıklanmış daha sonra COVID-19 ile enfekte olan sağlık çalışanı sayısı Eylül 2020’de 29.865 olarak bildirilmiştir. 12 Eylül 2020 tarihi itibarıyla COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının sayısı 85’e ulaşmıştır. Bunların 41’i (%48.2) hekimdir (5). Bu sayının Ekim 2020 ayında ise 40.000’in üzerine çıktığı, yaşamını yitiren sağlık çalışanı sayısının da 107’ye ulaştığı belirtilmiştir (6). Şubat 2021’de Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca, Türkiye’de COVID-19 ile enfekte sağlık çalışanı sayısının 120 bini geçtiğini, her on COVID-19 hastasından birinin sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. COVID-19 nedeniyle vefat eden sağlık çalışanı sayısı ise 380 olarak açıklanmıştır. Bu verilere göre, o dönemde Türkiye’de

COVID-19 nedeniyle ölen her yetmiş dört kişiden birinin sağlık çalışanı olduğu anlaşılmaktadır. Dünyadaki duruma bakılacak olursa; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık çalışanlarının dünya nüfusunun yüzde üçünü, tüm COVID-19 enfeksiyonlarının ise en az yüzde 14'ünü oluşturduğunu açıklamıştır. Bu verilere göre dünyadaki her yedi COVID-19 hastasının birini sağlık çalışanları oluşturmaktadır (7).

Pandemi ile mücadelede sağlık çalışanlarının yaşayacağı risklerden biri olan anksiyete, içten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (8). Anksiyete bozuklukları yaklaşık olarak her beş kişiden birini etkileyen, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (9). COVID-19 salgını, bu krizin ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının ruh sağlığını önemli ölçüde etkileme potansiyeline sahiptir (4). Bu konuda yapılan bir çalışmada pandemide görev alan sağlık çalışanları için anksiyete düzeyleri, erkekler için %20,9 ve kadınlar için %29,0 olarak bulunmuştur (10). Bir çalışmada SARS salgını sırasında maruz kalma riski yüksek olan sağlık çalışanlarının, depresyon ve anksiyete ölçeği ile değerlendirilmesi sonucu kronik stres değil, aynı zamanda yüksek düzeyde depresyon ve anksiyeteye sahip oldukları gösterilmiştir (11).

Occupational Safety and Health Administration (OSHA, Amerika Birleşik Devletleri İş Sağlığı Ve İş Güvenliği İdaresi) COVID-19 enfeksiyonu riski açısından sağlık çalışanlarını çalışma alanlarına göre çok yüksek ve yüksek risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Aerosolizasyona neden olabilecek işlemleri uygulayanlar (entübasyon, öksürük indüksiyonu, bronkoskopi, ağız-boğaz-burun muayenesi, oftalmolojik muayeneler, santral kateter takılması, nebulizer kullanımı, kardiyopulmoner resüsitasyon, oksijen tedavisi, non-invaziv ventilasyon, bazı dental işlemlerle muayeneler, veya invaziv örnek toplama işlemleri), laboratuvar çalışanları, hasta bakan hekimler, hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanları en yüksek riske sahip gruplar olarak tanımlanmıştır (4). Bu çalışmada da filyasyon ekibinde görevli olan ve gerektiğinde temaslı olanlardan sürüntü alan çalışanlar, TSM'nde kurum çalışanlarına yapılan rutin taramalar ve saha taramaları için görev alanlar ve ASM'nde gerektiğinde kesin ya da olası COVID 19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanları yüksek risk grubunda yer almaktadırlar.

Salgın, sağlık çalışanları ve toplumda bir takım kaygı ve endişeleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle risk grubunda olan kişiler, ülkede ve tüm dünyada gerçekleşen vaka ve ölüm sayılarını gördükçe, kendilerinin de hasta olma ve/veya ölme ihtimalini düşünerek kaygı duygusunu pik seviyede yaşamışlardır. Ölüm kaygısının, sosyal hayatla ilgili de önemli

sonuçları olmuştur (12). İnsanlardaki kaygıların temelinde ise Sars-Cov 2'nin çok hızlı ve kolay bulaşması, bazı hastalarda ağır klinik durumlara yol açması ve bu enfeksiyona bağlı küresel çapta bir çok ölümün meydana gelmesi yer almaktadır (12).

Tüm bu nedenlerden dolayı; COVID-19 pandemisinde birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyleri ve tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi ve pandemide aldıkları görevlerin bu durumlar açısından farklılığa neden olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

1.1.Amaçlar

1.1.1.Kısa Erimli Amaçlar

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin;

- Bazı sosyo-demografik özelliklerini belirlemek,
- COVID-19 enfeksiyonuna yönelik bazı özellikleri (geçirme öyküsü, bilgi durumu gibi.) ve pandemi döneminde çalışma düzenlerini belirlemek,
- Bazı sosyo-demografik özellikleri ve pandemi döneminde çalışma düzenlerine göre COVID-19 geçirme durumunu belirlemek
- Anksiyete düzeylerini belirlemek,
- Tükenmişlik durumlarını belirlemek,
- Pandemi döneminde çalışma şartlarının, kişinin anksiyete düzeyine ve tükenmişlik durumuna göre dağılımlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.1.2.Uzun Erimli Amaçlar

Birinci basamak sağlık kurumlarında;

- Çalışmanın yapılacağı kurum çalışanlarının, pandemi sürecindeki anksiyete ve tükenmişlik durumlarının tespit edilerek, çalışma koşulları, saatleri ve diğer konularının iyileştirilmesi hususunda kurum yöneticilerine önerilerde bulunmak
- COVID-19 pandemisinin birinci basama sağlık çalışanlarındaki anksiyete ve tükenmişlik hakkında literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.
-

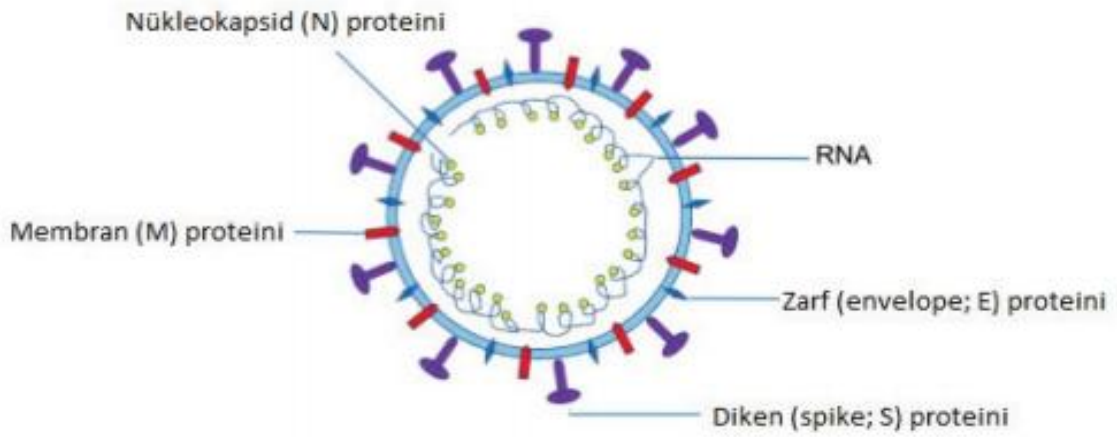
2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID -19 Enfeksiyonu Ve Pandemisi

2.1.1. Koronavirüs

Koronavirüsler, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Pozitif polariteli oldukları için RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermezler, ancak genomlarında bu enzimi kodlarlar. Yüzeylerinde çubuksu uzantıları vardır. Bu çıkıntıların Latince'deki "corona" yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (şekil 1) (3).

Şekil 1. Koronavirüsün şematik yapısı



T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Genel Bilgiler Epidemiyoloji Ve Tanı Rehberi, Sayfa 7-19, 29 Haziran 2020, Ankara

Koronavirüs insanlarda basit soğuk algınlığından ağır akut solunum sendromuna kadar değişik spektrumda hastalığa neden olabilmektedir. İnsan ve hayvanlarda çeşitli derecelerde respiratuvar, enterik, hepatik, nefrotik ve nörolojik tutulumlarla seyreden klinik tablolara neden olabilmektedir (3).

COVID-19'dan sorumlu virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV'unda içinde bulunduğu Betacoronavirus cinsi içindeki Sarbecovirus altcinsinde yer almaktadır. Virüsün yeni isimlendirmesi SARS-CoV-2 olarak kabul edilmiştir (3).

2.1.2.Epidemiyoloji

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde 2019 yılının Aralık ayında nedenleri bilinmeyen 41 pnömoni vakası tespit edilmiştir. Epidemiyolojik analizlere göre, pnömoni

görülen 30 kişinin Huanan Deniz Ürünleri Toptancıları Pazarında çalışan ya da ilgili olan bireyler olduğu saptanmıştır. Bu bireylerde ateş, öksürük, myalji ve yorgunluk gibi şikayetlerle başlayan klinik tablo 15 kişide yoğun bakım ihtiyacı doğurmuş ve sonuç olarak 6 hastanın ölümüyle sonuçlanmıştır (13). 7 Ocak 2020’de, insanlarda pnömoniye neden olan yeni bir koronavirüs tanımlanmış ve DSÖ tarafından resmi adı 2019’daki yeni koronavirüs olan 2019-nCoV olarak belirlenmiştir (14).

İlk importe vaka olarak 13 Ocak 2020’de Tayland’dan 61 yaşındaki Çinli bir kadının COVID-19 taşıdığı bildirilmiştir. Bu tarihten sonra importe vaka bildiren ülkelerin sayısı giderek arttığı gibi Şubat ayı sonlarında yerli bulaşın yaşandığı ülkeler ortaya çıkmaya başlamış–ve 2020 yılının Mart ayına gelindiğinde Çin’de salgının hızı yavaşlarken, İran, Güney Kore ve İtalya’da COVID-19 vakalarında ve bu enfeksiyona bağlı ölümlerde artış görülmüştür. Daha sonra sırasıyla Avrupa, Kuzey Amerika ve Güney Amerika’da ciddi vaka artışları görülmüştür. Mayıs 2020 başı itibari ile hemen hemen dünyadaki tüm ülkelere olgu bildirimi yapılmıştır. 7 Ocak 2020’de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir virüs olarak tanımlanan koronavirüse bağlı hasta sayısı bu tarihten sonra hızla artmış, sağlık çalışanlarında da hastalık sık olarak görülmeye başlamış, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle hastalık hızla yayılmıştır (3).

Ülkemizde ilk COVID-19 vakası resmi olarak 11 Mart 2020’de bildirilmiştir. İlerleyen süreçte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de vaka sayılarında artış görülmüştür (3).

Önceki yıllarda yine koronavirüs türlerinin neden olduğu SARS salgınında %11, MERS-CoV’da %35-50 arasında olan fatalite hızı, DSÖ’nün Çin Halk Cumhuriyeti’ne ait COVID-19 raporuna göre %3,8 olarak açıklanmıştır. Ülkemizde 2 Mayıs 2020 tarihinde açıklanan verilere göre bu hız %2,6’dır (3).

2.1.3. Kaynak

SARS-CoV-2 genomunun; bir yarasa etkeni CoV RaTG13 ile %96,2, SARS-CoV ile %79,5 aynı olduğu ve SARS-CoV-2’nin tıpkı SARS-CoV virüsünde olduğu gibi angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) reseptörüne bağlanarak insanları enfekte ettiği bilinmektedir (15). Virüs genom çalışmaları ve analizlere göre SARS-CoV-2’nin yarasalarda doğal olarak bulunduğu, aracı konaklar vasıtasıyla insana bulaştığına işaret etmektedir. Başka bir çalışmada ise muhtemel aracı konak olarak pangolinler suçlanmış ve SARS-CoV-2 genomuna %8,5-%92,4 benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır (16). SARS-CoV-2’nin vahşi hayvan-insan teması nedeni ile gerçekleştiği söylene de rezervuarı hala araştırılmaktadır. SARS-CoV-2

için tespit edilmiş tüm kanıtlar, virüsün zoonotik bir kaynağı olduğunu işaret etmektedir. SARS-CoV-2 insandan insana bulaş özelliği kazanmasından sonra asıl kaynak semptomatik/aseptomatik COVID-19 pozitif kişiler olmuştur (3).

2.1.4. Bulaşma Yolları

Aseptomatik kişilerin ve asıl olarak semptomatik kişilerin solunum yollarından çıkan aerosollarla, damlacık yoluyla veya direkt olarak temas en önemli bulaş yoludur (17). SARS-CoV-2'nin solunum yolu ile bulaşması ana bulaşma yolu olmasına rağmen tek bulaşın bu yolla sınırlı olmadığı, göz mukozasının da virüsün vücuda girmesi için bir yol olabileceği öne sürülmüştür (18). Ayrıca yapılan bazı araştırmalarda, COVID-19 hastalarının dışkı örneklerinde, gastrointestinal sistemde, tükürükte ve idrarında SARS-CoV-2 tespit edilmiştir (19). Hastalığın medyan inkübasyon periyodu 4-5 gün olup enfeksiyonların %99'u 2 ile 14. gün aralığında ortaya çıkmıştır (20). Yapılan araştırmalar bulaştırmanın semptomların başlamasından sonraki ilk 3 gün içinde en yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir (21).

2.1.5. Duyarlı Kişiler

COVID-19 enfeksiyonuna karşı tüm yaş grupları duyarlı olmakla beraber birçok ülkede bildirilen vakalara göre hastalığa en fazla 20 ile 59 yaş arasında ki bireyler yakalanmaktadır (22). Çalışmalar hastaların yaklaşık %25-50'sinde altta yatan bir hastalık olduğunu, komorbiditesi olan hastaların (60 yaş ve üzerindeki kişiler, erkekler, hipertansiyon, kalp, akciğer ve böbrek hastalığı, obezite ve kanser gibi) ciddi hastalık açısından risk grubunda olduğuna işaret etmektedir (23).

2.1.6. Klinik Özellikler

COVID-19 enfeksiyonu aseptomatik hastalıktan mekanik ventilasyon ihtiyacı duyulan ağır solunum yetmezliğine kadar değişkenlik gösteren klinik bir spektruma neden olmaktadır. Ağır vakalarda multi organ yetmezliği, sepsis, septik şok gibi ölüme sebebiyet veren durumlara kadar hastalık ilerleyebilmektedir (24). Yayınlanan bazı araştırmalara göre COVID-19 enfeksiyonu hastaların %70'inde aseptomatik ya da çok hafif semptomlarla geçerken, %30'nunda ateş, öksürük ile başlayıp solunum yetmezliği gibi semptomlara yol açtığı ve bu gruptaki hastaların bir kısmında yoğun bakım ihtiyacı doğurduğu görülmüştür (24).

SARS-CoV-2 testi pozitif ancak semptomu olmayan kişiler asemptomatik hasta olarak kabul edilmektedir.

Semptomatik COVID-19 hastalarında ise hastalığın diğer üst solunum yolları hastalıklarından veya pnömonilerden ayıracak spesifik bir bulgusu yoktur. Enfeksiyonun neden olduğu en sık görülen ciddi hastalık şekli pnömoni ve sonrasında gelişen multi organ yetmezliğidir. COVID-19 enfeksiyonuna bağlı gelişen pnömoni ateş, öksürük, nefes darlığı, ileri vakalarda solunum sıkıntısı ve akciğer radyolojisinde bilateral infiltrasyonlar ile karakterizedir (13). Özellikle tat ve koku kaybı COVID-19 enfeksiyonunda belirgin olsa da tanı koydurucu spesifik bir bulgu değildir. Ancak ateş, öksürük gibi soğuk algınlığı semptomlarının ortaya çıkmasından sonra bir hafta içinde gelişen nefes darlığı COVID-19 enfeksiyonu akla getirmelidir (25). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan 373.883 vakanın analiz edildiği bir çalışmaya göre hastalarda görülen semptomların sıklığı şu şekildedir: (26)

Ateş	%43
Öksürük	%50
Dispne	%29
Koku alamama	%10
Tat alamama	%10
Boğaz kuruluğu	%20
Miyalji	%36
Baş ağrısı	%34
Rinore	%10
Bulantı-Kusma	%12
Diyare	%19

Çalışmanın sonucuna göre özellikle ateş her zaman rastlanan bir semptom değildir. Yatan hastalarda bile ateş yüksekliği her zaman görülmemektedir. En sık görülen semptom ise hastaların ancak yarısında görülen öksürüktür (26).

Birçok araştırma bizlere gösteriyor ki COVID-19 hastalarında klinik durum hafif, orta, şiddetli ve hızlı ilerleyen fulminan hastalığa kadar çok çeşitli durumlar gözlenebilmektedir (27). Yaşlılar, erkekler ve hipertansiyon, KOAH gibi obstruktif akciğer hastalığı, diyabet, kardiyovasküler hastalık, böbrek yetmezliği, malignite gibi komorbiditesi olan kişilerde hastalık hızla akut solunum sıkıntısı sendromuna, septik şoka, ciddi metabolik asidoza ve

damar içi trombozlara dönüşerek ölüme yol açabilmektedir (28). Yine bazı araştırmalara göre, hastalık özellikle yaşlı erkek bireylerde, akciğerlerde şiddetli alveolar hasara ve akabinde solunum yetmezliğine (ARDS) neden olma olasılığı daha yüksektir (29). Bazı hasta alt grubunda, enfeksiyon ilk haftanın sonuna gelindiğinde pnömoni, solunum yetmezliği (ARDS) ve sonucunda ölüme ilerleyebilir. Bunun nedeni olarak, IL2, IL7, IL10, GCSF, IP-10, MCP1, MIP1A ve TNF α dahil olmak üzere proinflatuar sitokinlerin aşırı ve orantısız artışı suçlanmaktadır (30).

2.1.7. COVID-19 Tanısı

SARS-CoV-2 virüsünün çok hızlı yayılma yeteneğine ve bu durumun sonucu olarak tüm dünyayı etkilemesi nedeniyle sensitivitesi ve spesifitesi yüksek tanı yöntemlerinin olması pandemi ile mücadele için çok önemlidir. Hastalığın tanısını koymak için çeşitli yöntemlere başvurulmaktadır. Hemen her yöntem klinik uyum ile birlikte tanı koymaya yardımcı olmaktadır. Hastalığın tanısını koymak için en sık başvuru yöntemlerinden bazıları şunlardır:

2.1.7.1. RT-PCR

COVID-19' un altın standart tanı yöntemi, burun ve boğaz sürüntü örneklemede veya diğer solunum yolu örneklerinden gerçek zamanlı PCR ile nükleik asit tespiti (28). DSÖ yayınladığı rehberlerinde, test yapabilme kapasitesi yeterli ülkelere COVID-19 enfeksiyonundan şüphelenilen tüm vakalara test yapılmasını önermektedir. Ayrıca DSÖ üst solunum yolundan alınan örneklerle, RT-PCR ile test edilmesini önermektedir. DSÖ klinik bulguların COVID-19 enfeksiyonu işaret ettiği fakat üst solunum yolundan alınan örneklerin negatif olduğu durumlarda alt solunum yolundan örnek alınmasını önermektedir (31). SARS-CoV-2 virüsü için yapılan RT-PCR testinin spesifitesi yüksektir (32). Ancak kullanılan test kitinin markasına göre yanlış negatiflik yüzdelерinin %5 ile %40 arasında olabileceğini gösteren çalışmalar vardır (33,34).

2.1.7.2. Antikor Testleri

Kanda enfeksiyona yönelik oluşmuş antikorların saptanması için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu kullanılan yöntemlerden biri lateral flow immunassey-hızlı antikor testleridir. Bu test kanda SARS-CoV-2'ye karşı oluşan IgM ve IgG antikorlarını 15 dakika içinde saptayabilmektedir. Bu antikor saptamaya yönelik olan test PCR yöntemi ile kesin tanı

konulmuş hastalarda denenmesi ile sensitivite %88,6, spesifite %90,6 bulunmuştur (35).

Başka bir antikor testi olan Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), en sık tercih edilen, serumda antikor saptanmasına yönelik ucuz bir tanı yöntemidir. Bir çalışmada SARS-CoV-2'nin yapısal S1 proteinine karşı gelişen IgG ve IgA'nın spesifitesi %91,9 ve %73,0 olarak bulunmuştur (36).

2.1.7.3. Labaratuvar Testleri

PCR testi ile pozitif olduğu kesinleşmiş hastaların labaratuvar sonuçlarında en sık; yükselmiş D-Dimer, CRP, yüksek kardiyak belirteçler, lenfopeni, lökopeni, trombositopeni, düşük albümin ile böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma tespit edilmiştir (37).

COVID-19 ile enfekte hastaların yarıya yakınında düşük beyaz küre (WBC) sayısı ve lenfopeni veya artmış aktive tromboplastin zamanı (APTT) ile trombositopeni olduğu saptanmıştır. Neredeyse tüm hastalarda C-reaktif protein (CRP) seviyeleri yüksek bulunmakta, fakat prokalsitonin (PCT) konsantrasyonlarının normal değerlerde olduğu gözlenmektedir (38). Hastaların bazılarında serum ferritin seviyelerinin de yükseldiği bildirilmiştir (38). CRP seviyesi ile hastalığın şiddeti ve kötü ilerleme ihtimali doğru orantılı olarak ilişkilendirilmektedir (39). CD4 ve CD8 lenfositlerinde, hastalığın erken dönemlerinde belirgin bir azalma saptanabilir. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda interlökin (IL) 2, IL-7, IL-10, GCSF (granülosit koloni uyarıcı faktör), IP-10 (interferon gama kaynaklı protein 10), MCP1 (monosit kemotaktik protein 1), MIP1A (makrofaj inflamatuvar protein alfa) ve TNF- α (tümör nekrozis faktörü- α) gibi inflamatuvar sitokinlerin çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Kritik hastalarda, amilaz ve D-dimer seviyeleri önemli ölçüde yükselir (39).

2.1.7.4. Radyolojik Yöntemler

Radyolojik görüntüleme tetkikleri COVID-19 enfeksiyonu olan bireylere tanı koymak adına en sık kullanılan ve en değerli yöntemlerden biridir. Akciğer grafisi COVID-19 enfeksiyonu düşünülen hastalarda ilk başvuru olan görüntüleme yöntemi olup özellikle akciğerle ilgili şikayetleri olan ve pnömonisi olan hastaların tanısında ve şikayetleri açıklayabilecek diğer durumların ekarte edilmesinde önemli bir yöntemdir. COVID-19 pnömonisinde göğüs grafisinin duyarlılığının araştırıldığı bir çalışmada göğüs grafisinin duyarlılığının hastalığın başlangıcından sonra zaman ilerledikçe arttığı gösterilmiştir. Duyarlılık 2. günde %55 iken 11. günden sonra %79'a çıkmaktadır ve seri göğüs grafiğinde

tanısal kesinlik akciğer tomografisine yakın bulunmuştur. Göğüs grafisi oldukça ucuz, pratik, kolay ulaşılabilir ve radyasyon dozunun diğer yöntemlere göre çok daha düşük olması bunlara ek olarak kolay dezenfekte edilebilen bir yapıda olması gibi nedenler göğüs grafisini hastalık tanısında cazip bir yöntem haline getirmektedir. Fakat hafif semptomlu ve hastalığın henüz erken evresinde olan hastalarda yalancı negatiflik oranının yüksek olması nedeniyle göğüs grafisi önerilmemektedir. COVID-19 pnömonisinde çekilen göğüs grafisinde en sık multifokal, periferik interstisyel ve alveolar opasiteler ortaya çıkmaktadır. Belirgin olmayan buzlu cam opasitelerinin akciğer grafisi ile tanınması ise mümkün değildir (40, 41).

En sık kullanılan diğer görüntüleme yöntemi bilgisayarlı tomografidir (BT). Enfeksiyonda görülen en sık BT bulguları özellikle her iki akciğerde de periferik ve bazal kısımlarda daha fazla olma üzere buzlu cam opasiteleri, konsolidasyonlar veya bunların kombinasyonudur. Buzlu cam opasiteleri bronkovasküler yapının korunduğu artmış atenuasyon alanlarıdır ve akciğerle ilgili birçok patolojide karşımıza çıkabilmektedir COVID-19 pnömonisi için özgül değildir. Bu nedenle bilgisayarlı tomografilerin hastalık tanısında duyarlılığı %97 olarak yüksek bir değer bulunmuşsa da özgüllüğü oldukça düşüktür ve hastalığın kesin tanısını koymada önerilmez. RT-PCR altın standart tanı yöntemi kabul edildiğinde BT'nin duyarlılığı %97, özgüllüğü %25 olarak bulunmuştur. (42). Akciğer tomografisi hastalığın şiddetinin ve olası komplikasyonların gösterilmesinde başvurulacak değerli bir yöntemdir (43). Hastalığın erken evresinde göğüs grafisinde görülemeyen infiltrasyonları bilgisayarlı tomografi saptayabilir bu durum hastalığın erken fark edilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir (44). Ancak asemptomatik veya hafif şikayetleri olan her hastada bilgisayarlı tomografinin kullanılması mümkün olmamaktadır. Buna ek olarak her hastanede bulunmaması, radyasyon dozunun yüksek olması, pahalı bir yöntem olması ve dezenfeksiyon işlemi için gereken bekleme süresinin uzun olması bilgisayarlı tomografinin dezavantajları olarak sayılabilir. Özellikle yoğun bakımda yatan akciğer tutulumu kritik seviyede olan ağır hastalarda tekrarlayan BT çekimlerin neden olduğu kümülatif doz ve gebeler ile çocuklar için radyasyon alımından kaçınmanın zorunlu olması durumu önem kazanmaktadır (45). Düşük doz BT çalışmalarının COVID-19 hastalarında buzlu cam opasiteleri ve konsolidasyonları saptayabildiği ancak amfizem gibi bazı pulmoner bulguları atlayabileceği bildirilmiştir (46).

2.1.8. Tedavi Yöntemleri

Günümüzde ağır tablolara neden olabilen COVID-19 enfeksiyonunun tedavisi için tam etkili bir ilaç yoktur (38). Hafif COVID-19 vakalarında izolasyon, antipiretik, analjezik ilaçlarla semptomları ortadan kaldırmaya yönelik tedavi önerilmektedir. COVID-19'a bağlı pnömoni tedavisinde ise DSÖ'nün önerdiği güncel ilaçlar; Favipiravir, Tocilizumab, Interferon- β -1a, plazma terapisi gibi immunomodülatörlerdir (47). Tüm bu destek ve ilaç tedavilerine rağmen SARS-COV-2'ye yönelik hedef tedavi halen bulunmamaktadır. Tedavi asıl olarak destekleyici ve semptomatiktir (47).

Hastalığa bağlı pnömonide antiviral ajanlar sıklıkla kullanılmaktadır. En sık kullanılan antiviral ajan olan Favipiravir (FPV)'dir. Favipiravir COVID-19 pnomonisi olan hastaların tedavisinde, her biri 200 mg olan tabletlerden 1. gün 2*8 yükleme dozunda, 2-5. günlerde 2*3 olacak şekilde oral yoldan kullanılır. Bununla birlikte favipiravirin hayvan deneylerinde teratojen olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle hamile kadınlarda kontraendikedir ve bu hasta grubunda kullanılamaz (48).

Kortikosteroidler, COVID-19 hastalarında kullanımları ile ilgili endişelere rağmen, yardımcı tedavi olarak kullanılabilirler. Bir kortikosteroid ilaç olan metilprednizolon, şiddetli ve sistemik inflamasyonu baskılayıcı etkilere sahiptir, toplumdan kazanılmış pnömonilerde şiddetli akciğer hasarını önlemek için yaygın olarak kullanılmaktadır (48).

Tedavide kullanılan diğer bir seçenek plazma tedavisidir. Enfeksiyonu daha önce geçirmiş ve kanında SARS-COV-2'ye karşı antikor oluşturmuş bireylerin plazmalarından elde edilen bu antikorlar, patojenlere doğrudan bağlanarak ve onları nötralize ederek veya antikora bağlı hücrel sitotoksiste (ADCC), komplemana bağlı sitotoksiste veya fagositoz dahil olmak üzere dolaylı immün yanıtları aktive ederek enfeksiyonun ortadan kaldırılmasına yönelik etki yapar (49).

2.2. Sağlık Çalışanları

2.2.1. Sağlık Çalışanı Tanımı Ve Sınıflandırması

DSÖ sağlık çalışanlarını; “Temel faaliyetleri sağlığı geliştirmeyi amaçlayan kişilerdir. Doktorlar, hemşireler, eczacılar, laboratuvar teknisyenleri gibi sağlık hizmetleri sağlayan kişileri ve mali memurlar, aşçılar, sürücüler ve temizleyiciler gibi yönetim ve destek çalışanlarını içermektedir.” biçiminde tanımlamaktadır. Sağlık çalışanlarının alt sektörleri arasında yalnızca acil sağlık bakımı tesislerinde çalışanlar değil, aynı zamanda uzun süreli bakım, toplum temelli bakım ve evde bakım hizmetlerinde çalışanlar da bulunmaktadır, tüm

bunlara ek olarak; sağlık çalışanları kayıt dışı sektörde bakım hizmetlerinde çalışanları da içermektedir (50).

International Standard Classification of Occupations, ISCO (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması)-08'e göre sağlık emek gücü beş başlıkta sınıflandırılmaktadır (50):

1. Sağlık profesyonelleri. Bu grupta 14 meslek grubu yer almaktadır: Genel pratisyen hekim, uzman hekim, ebe, hemşire, diş hekim, eczacı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp profesyonelleri.
2. Yardımcı sağlık alışanları. Bu grupta 16 meslek grubu yer almaktadır: Tıbbi görüntüleme ve terapötik donanım teknisyeni, tıbbi ve patoloji laboratuvar teknisyeni, eczacı teknisyeni ve yardımcısı, tıbbi ve diş protez teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı.
3. Sağlık hizmetlerinde kişisel bakım alışanları. Bu grupta  meslek grubuna yer verilmiştir: Sağlık bakım yardımcısı, eve dayalı kişisel bakım çalışanı, sağlık hizmetlerinde sınıflandırılmayan kişisel bakım alışanları.
4. Sağlık yönetimi ve destek personeli. Bu grupta 13 meslek grubu yer almaktadır: Sağlık hizmeti yöneticisi, sınıflandırılmayan sağlık hizmeti yöneticisi, yaşam bilimi uzmanı, sosyal destek ve danışmanlık profesyoneli, tıbbi sekreter.
5. Sınıflandırılmayan sağlık hizmeti sağlayıcıları. İki meslek grubunu içermektedir: Silahlı kuvvetlerin meslekleri, herhangi bir yerde sınıflandırılmayan diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları

Tıp Doktoru: Eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alan, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapan ve olası komplikasyonların nlenmesi için çalışan kişidir (51).

Hemşire-Ebe: Ebe, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlayan, doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemini yapan kişidir (51).

Hemşire, bireyleri, hastalıklardan korunma yolları konusunda bilgilendiren, beden veya ruh sağlığının bozulması halinde hekim tarafından verilen tedaviyi uygulayan, hasta bakımını planlayan, uygulayan, denetleyen ve izleyen kişidir (51).

Diş Hekimi: Diş sağlığının korunması, diş ve ağız boşluğu hastalıklarının tedavisi için gerekli çalışmaları yapan kişidir (51).

Eczacı: İlaç hammaddeleri ile ilaç ve ilaç müstahzarlarının araştırılmasını, tasarımı, geliştirilmesini, üretimini, kalite kontrolünü ve tanıtımını yapan, kalite güvencesini sağlayan, ilaç ve müstahzarların ruhsatlandırılmasını, dağıtımını, depolanmasını ve korunmasını sağlayan kişidir (51).

Tıbbi Ve Patoloji Laboratuvarı Personeli: Laboratuvar araç-gereçlerini kullanarak hekim tarafından istenilen deney, test ve analizleri yapan, bulgularını rapor haline getirerek onaya sunan kişidir (51).

Fizyoterapi Personeli: Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlayıp uygulayan, hastalık durumlarında; hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapan kişidir (51).

Toplum Sağlığı Çalışanları: Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirip, sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumlu kişilerdir (51).

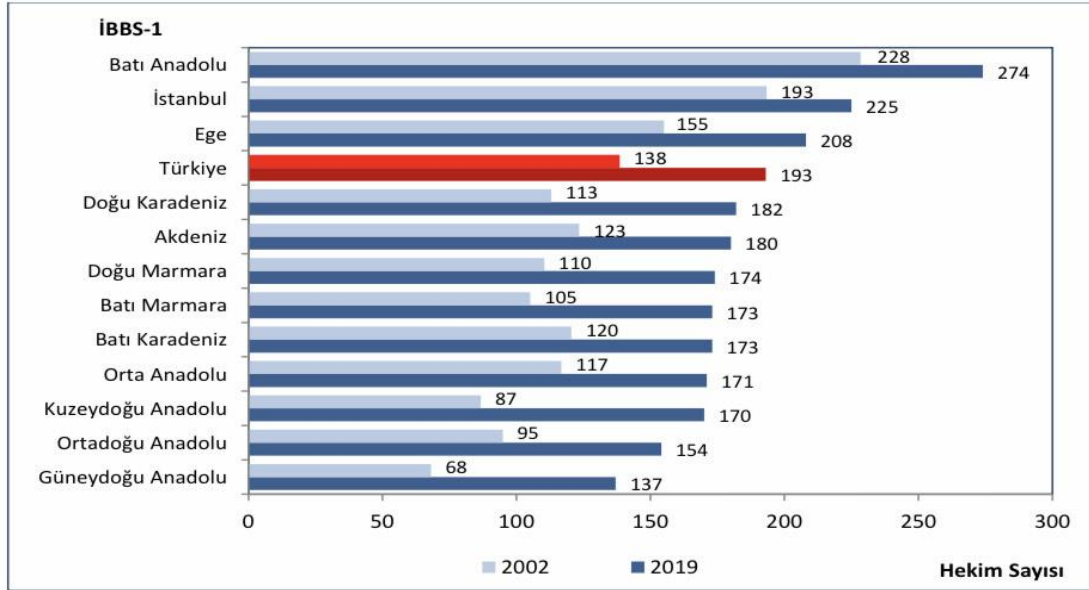
2.2.2. Türkiye Ve Dünyada Sağlık Çalışanları İle İlgili İstatistikler

Türkiye’de sağlık çalışanı sayısı cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sürekli bir artış göstermiştir. Buna rağmen Türkiye günümüzde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısında 193 hekim ile OECD ülkeleri arasında en son sırada yer almaktadır. Hemşire, ebe, eczacı gibi diğer sağlık çalışanlarında da durum benzerdir. Türkiye’de sağlık çalışanlarının 100.000 kişilik nüfus ortalamasına göre dağılımında ülke içinde homojenlik göstermemekte, bölgelere göre farklılıklar izlenmektedir. Batı Anadolu ve İstanbul gibi yerlerde hekim ve diğer sağlık çalışanları yoğunluğu, Güneydoğu, Kuzeydoğu ve Doğu Anadolu’ya göre daha fazladır (52).

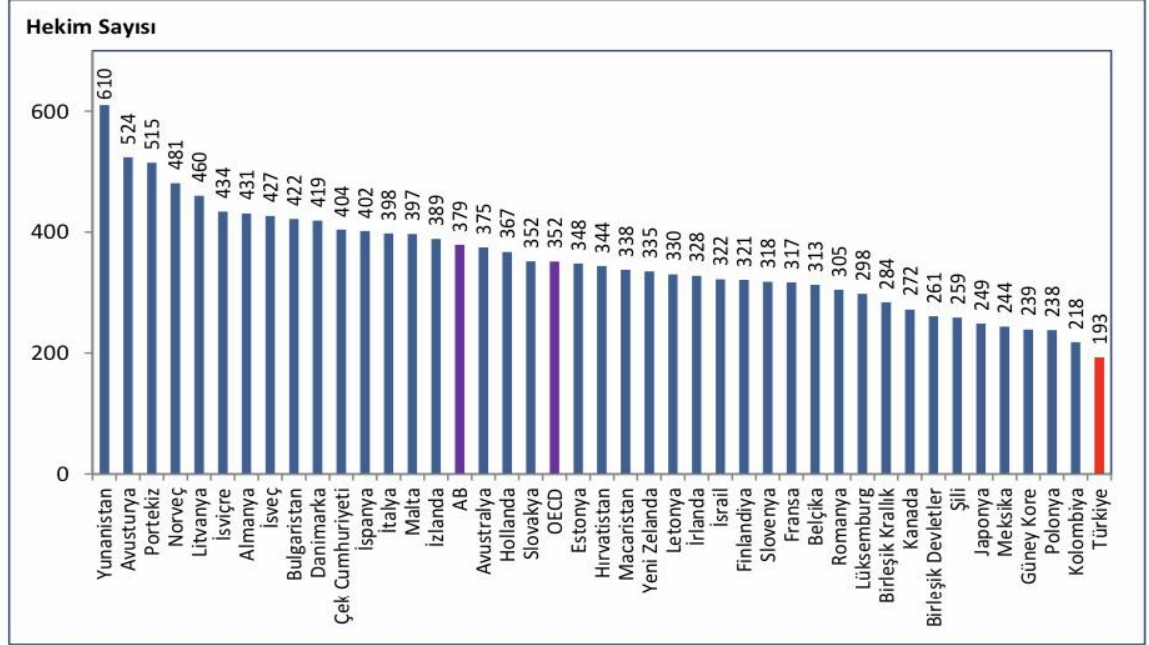
Tablo 1. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler (52)

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
Uzman Hekim	45.457	77.622	78.620	80.951	82.894	85.199
Pratisyen Hekim	30.900	41.794	43.058	44.649	44.053	46.843
Asistan Hekim	15.592	21.843	23.149	24.397	26.181	28.768
Toplam Hekim	91.949	141.259	144.827	149.997	153.128	160.810
Toplam Diş Hekimi	16.371	24.834	26.674	27.889	30.615	32.925
Eczacı	22.289	27.530	27.864	28.512	32.032	33.841
Hemşire	72.393	152.803	152.952	166.142	190.499	198.103
Ebe	41.479	53.086	52.456	53.741	56.351	55.972
Diğer Sağlık Personeli	50.106	145.943	144.609	155.417	177.409	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	311.337	321.952	339.241	376.367	369.660
Toplam Personel	378.551	856.792	871.334	920.939	1.016.401	1.033.767

Şekil 2. Bölgelere Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, 2019 (52)



Şekil 3. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2018
(52)



2.2.3. Sağlık Sektöründe Çalışma Ortamından Kaynaklı Tehlike Ve Risk Etmenleri

İş sağlığı ve güvenliği disiplininde tehlike ve risk etmenleri işyerlerinde risk değerlendirmesi ile belirlenmektedir. Sağlık sektöründe risk unsurları; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikolojik olarak sınıflandırılmaktadır (53).

Tablo 2. Sağlık Sektöründe Risk Unsurları Sınıflandırması (53)

RİSKLER	ÖRNEKLER
BİYOLOJİK	Hasta kişilerden direkt temas, solunum yolu veya vücut sıvıları aracılığı ile bulaşan bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler.
FİZİKSEL	Radyasyon, aydınlatma, gürültü, düşük ve yüksek sıcaklıklar gibi doku hasarına sebep olan çevresel etkenlerin yol açtığı risklerdir.
ERGONOMİK	Kazalara, yaralanmalara, gerginliğe ya da rahatsızlığa yol açan veya bunların oluşumunu destekleyen risklerdir.
KİMYASAL	İlaçlar, laboratuvar kimyasalları, dezenfektan ve sterilizanlar, gazlar vücut sistemleri üzerinde zehirli ya da tahriş edici etki oluştururlar.
PSİKOSOSYAL	Strese, duygulanımsal gerginliğe, kişisel ve ya kişiler arası sorunlara yol açan çalışma çevresine bağlı risk etkenleridir.

2.3. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur (54).

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşümün önemli unsurlarından biri olan aile hekimliği, 2010 yılından beri ülkemiz genelinde uygulanmakta olup, Aile Sağlığı Merkezleri’nde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmektedir (54).

Toplum Sağlığı Merkezleri ve bağlı birimlerce, bölgesindeki topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyerek bunların düzeltilmesi ve/veya önlenmesi için çalışmalar yürütülmektedir. Toplum Sağlığı Merkezleri, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşlarıdır (54).

Aile hekimliği ile aşılama, gebe, lohusa, bebek ve çocuk takipleri, yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalar (kanseri kronik hastalıklar, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) ile desteklenmekte, sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici hizmetlerin sunulmasını sağlamak amaçlanmıştır (54).

Pandemi sürecinde ise birinci basamak sağlık kurumları mevcut görevlerine ek olarak temaslı takibi, fiyasyon çalışmaları ve COVID-19 aşılama hizmetlerini de yürütmektedir.

Temaslı takibi, hasta kişiler ile bulaş açısından yüksek risk oluşturacak şekilde yakın temasta bulunmuş ve hastalanma riski bulunan kişilerin salgında karantina altına alınmasıdır. Karantina enfeksiyon etkenine maruz kalmış ve hasta olma olasılığı olan kişilerin, etkenin en uzun kuluçka süresi kadar insanlarla yakın temas kurmayacak bir yerde ayrı tutulması ve hareketlerinin kısıtlanmasıdır. Damlacık yolu ile bulaşan COVID-19 salgınının yayılımının önüne geçmek için temaslı tespiti ve takibi halk sağlığı açısından vazgeçilmez bir uygulamadır. Öncelikle hasta olduğu tespit edilen kişiler hastane ortamında veya evde, en uzun bulaştırıcılık süresi kadar izolasyona alınacak ve bu süreçte hasta bireyle teması olan

kişiler tespit edilmeye çalışılacaktır. Ülkemizde uygulanan 14 Ocak 2022 tarihli Sağlık Bakanlığının COVID-19 Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon Rehberi'ne göre kesin veya olası COVID-19 enfeksiyonu hastası kişi ile damlacık izolasyonu önlemleri olmadan yakın temas eden kişiler son 3 ayda enfeksiyonu geçirmemiş yada hatırlatma doz COVID 19 aşılarını olmamış iseler 7 gün ev karantinasına alınmaktadır. Karantina sürecinde belirli aralıklarla aranarak semptom sorgusu yapılmakta ve gerekli olursa ev ziyareti yapılmaktadır (55). Sars cov-2 virüsünün yapısı gereği sık mutasyona uğrayarak karakterinin değişmesi yeni varyantların oluşmasına ve buna bağlı olarak hastalığın epidemiyolojik özelliklerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığının belli aralıklarla yayınladığı rehberlere göre hastalığın karantina süreleri ve kriterleri değişebilmektedir.

Filyasyon bulaşıcı hastalıklar görüldüğünde koruma ve kontrol önlemlerinin alınması amacı ile kaynağın tespiti ve temaslıların belirlenmesi için yapılan bütün çalışmalardır. Kısaca filyasyon; vaka bildiriminden sonra kaynağa ve etkene yönelik saha çalışmasıdır. Bulaşıcı hastalıklarda yayılmayı önlemek için hastalığa yakalanmış kişiler ve temas eden bireyleri değerlendirme salgın sürecinin kontrolü açısından kilit role sahiptir. COVID-19'a karşı oluşturulan temaslı takibi ve filyasyon ekipleri sayesinde sahada izolasyon ve karantina önlemleri hızlı bir şekilde alınabilmektedir (56).

2.4. Anksiyete

2.4.1. Tanım

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (8).

2.4.2. Tarihçe

Tarihin en eski dönemlerinden beri anksiyete pek çok bilim insanı ve hekimin dikkatini çeken bir durum olmuştur. Hippocrates anksiyeteyi, paronoya, mani, histeri gibi belirtilerden oluşan beyin kaynaklı bir hastalık olarak ifade etmiştir (57).

Freud ise anksiyeteyi korkudan ayırmış; korkunun gerçek bir tehdit ile ortaya çıktığını, anksiyetenin ise bireyin içsel sıkıntılarına karşı geliştirilen bir tepki olduğunu savunmuştur. Freud, anksiyeteyi fiziksel ve ruhsal belirtileri ile beraber “anksiyete nevrozu” olarak tanımlamıştır. Ayrıca histeri gibi geleneksel nevrozların psikolojik oluştuğu, anksiyete nevrozunun ise organik kaynaklı oluştuğunu ileri sürmektedir (57).

Anksiyete kelimesinin etimolojisine inildiğinde “boğazını sıkamak, sıkıca bastırmak” anlamına gelen Hint-Germen kökenli “angh” sözcüğünden türetildiği tahmin edilmektedir. Anksiyetenin yazılı kayıtlarda ilk rastlanıldığı yer ise MÖ 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır (57).

2.4.3. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları genel olarak toplumda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca sadece yetişkinler de kalmayıp benzer şekilde, çocuk ve ergenlerde de en sık görülen psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluklarıdır (8). Dünyada çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda anksiyetenin bir bireyde yaşamının bir bölümünde görülme sıklığında benzer yüzdeler saptanmıştır. ABD’de yapılan bir çalışmada toplumda anksiyete prevalansı %20,0 dolaylarında bulunmuştur (58). Çeşitli çalışmalarda da anksiyetenin bir alt tipi olan yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık %10,2 olarak bulunmuştur (59). Dünyada, yaygın anksiyete bozukluğunun sıklığı üzerine yapılan geniş kapsamlı araştırmalarda, 45-55 yaş grubunda yaygın anksiyete bozukluğunun daha sık görüldüğü, yaygın anksiyete bozukluğunun en az görüldüğü yaş grubu ise 15-24 olarak tespit edilmiştir. Anksiyete kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Ülkemizde de yaygın anksiyete bozukluğu görülen bireylerin sıklığı diğer ülkelerin verilerine yakındır (59). Türkiye Bağımlılık Risk Profili Ve Ruh Sağlığı Haritası 2019 Proje Sonuç Raporu’na göre Türkiye anksiyete belirti puan ortalaması %9,9’dur. Özellikle ülkemizin Güneydoğu Anadolu bölgesinde yer alan Gaziantep, Kilis, Adıyaman, Siirt, Mardin, Batman illerinde anksiyete sıklığı en fazlayken, Sinop, Kastamonu ve Çankırı illerinde yaşayanlar diğer illere

göre daha az anksiyete puanına sahiptir. Kırıkkale ilinin anksiyete puan ortalaması ise %10 olarak belirtilmiştir (60).

2.4.4. Etyoloji

Anksiyete bozuklukları genelde tek bir nedene bağlı olmayıp, genetik ve çevresel etmenlerin bir arada olduğu nedenlerden ötürü ortaya çıkmaktadır. Bireyin genetik yapısı, ailesinde anksiyete bozuklu olan bireyin varlığı, sosyal çevresi, mizacı, yetiştiği ortam ve çevresel yapı gibi birçok faktör anksiyete oluşumunda etkili olabilmektedir (61). Bunların dışında bireyde başka psikiyatrik bir bozukluğun olması veya organik tıbbi bir neden de anksiyetenin ortaya çıkmasında tetikleyici olabilmektedir. Anksiyeteye neden olan organik bozukluklar arasında genelde; hiperadrenokortisizm, hipertiroidi, feokromasitoma, gibi endokrinolojik patolojiler olsa da birçok hastalık anksiyetenin nedeni olabilmektedir (8).

2.4.5. DSM-5’de Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5’de anksiyete bozuklukları:

- Panik bozukluğu
- Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
- Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu (YAB)
- Agorafobi
- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (Mutizm)
- Özgül fobi
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğu (diğer tanımlanmış veya tanımlanmamış kaygı bozukluğu)
- Maddenin veya ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (62).

DSM-4’te anksiyete bozuklukları sınıflandırmasında yer alan obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu DSM-5’te bu gruptan çıkarılıp başka bölümde sınıflandırılmıştır (62).

2.4.5.1. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu en sık görülen anksiyete bozukluklarından olup, temel özelliği tekrarlayıcı nitelikte beklenmedik panik ataklarıdır. Panik ataklar genelde aniden başlar ve 10 dakika içerisinde en üst seviyeye ulaşacak şekilde giderek şiddetlenir. Ataklar yaklaşık 15-20

dakika sürer. Ataklarda çoğunlukla bir tehlike beklentisi, ölüm korkusu ve kaçma dürtüsü bulunur (63).

2.4.5.2. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal fobi)

Sosyal fobi kişinin başkalarının değerlendirilmesi mümkün olan birden çok ortamdaki sürekli korkma ve bu ortamlardan olabildiğince kaçınma davranışları gösterme halidir. Sosyal fobiye sebep olan durumlar; tanımadık insanlarla karşılaşma, karşılıklı konuşma durumu, yemek yerken gözlenme, kalabalık önünde konuşma yapma ve buna benzer durumlar sonucunda aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşmek gibi sürekli endişe duyma durumu olarak tanımlanabilir (64).

2.4.5.3. Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu (YAB)

Yaygın anksiyete bozukluğu, en az altı ay boyunca süren, bir takım olaylar ve faaliyetler ile ilişkin olarak hemen her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gergin bir bekleyiş olmasıdır. Kişinin kontrol edemediği bu duruma ayrıca, huzursuzluk, heyecanlanmak, kolayca yorulmak, dikkatini toparlayamamak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bir takım psikolojik belirtiler de eşlik eder (67). Yaygın anksiyete bozukluğunun, psikolojik semptomlarının yanında somatik semptomları da bulunmaktadır. Bunlar titreme, çarpıntı, sıcak veya soğuk basması, nefes almada zorluk, ağızda kuruluk, göğüs ağrısı, yutma zorluğu, mide rahatsızlıkları gibi sempatik sistem etkisinin baskın olduğu semptomlardır (59).

2.4.5.4. Agorafobi

Kişinin beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağının ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceğini ya da kaçmanın zor olabileceğini (ya da sıkıntı doğurabileceği) düşündüğü asansör, köprü üzeri, otobüs, kalabalık ortamlar, uçak yolculuğu ve tek başına ev dışında olmak gibi ortamlardan ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma olarak tanımlanmaktadır. Agorafobi genelde panik bozukluğu olan bireylerde görülür (66).

2.4.5.5. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğu genellikle çocukluk ya da ergenlik döneminde görülen anksiyete bozukluklarından biridir. Çocuğun bağlandığı kişi ya da kişilerin başına kötü bir durum geleceği korkusunun neden olduğu ve bu kişilerden ayrı kalmak istememesine neden olan, en az 4 hafta süren, tekrarlayıcı özellikte bir anksiyete bozukluğudur (67). Ayrılma kaygısı olan çocuklar; karamsar, içine kapanık, canavar-hırsız gibi konularda korkuları olan ve zaman zaman saldırganlaşabilen çocuklardır (68).

2.4.5.6. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici konuşmazlık çocukluk çağında başlayan, kız çocuklarında daha sık görülen evde beraber yaşadığı bireylerle normal konuşabilme yetisinin olduğu bilinen çocuğun, okul gibi başka sosyal ortamlarda konuşmaması veya konuşamaması şeklinde kendini gösteren anksiyete bozukluğudur (69).

2.4.5.7. Özgül Fobi

Kişinin bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşadığı endişe duygusu korku olarak tanımlanmaktadır. Korku normal bir duygudur ve organizmanın tehlikeden korunmasını sağlayacak tedbirleri almasını sağlayan bir savunma mekanizmasıdır. Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması fobi olarak isimlendirilir. Özgül fobi ise, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (70).

2.4.5.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Kişinin sahip olduğu organik bir hastalığın (bazı endokrin hastalıklar, malignite gibi), yaygın kaygı ve panik atak semptomlarının gelişmesine neden olduğu durumdur (71).

2.4.5.9. Başka Türü Adlandırılmayan Kaygı Bozukluğu (Diğer Tanımlanmış Veya Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu)

Anksiyete alt tipleri içerisinde tanımlanan hiçbir grup içerisinde adlandırılmayan ve temel kaygı semptomlarının eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklardır (71).

2.4.5.10. Maddenin Veya İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Herhangi bir ilaç ya da Amfetamin, kafein, kenevir gibi madde alımı sonrasında, kaygı ya da panik atak semptomlarının ortaya çıktığı kaygı bozukluğudur (71).

2.4.6. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete

Sağlık çalışanlarının çalışma şartları ve ortamı gereğince fiziksel ve psikososyal şiddete maruz kalma riski oldukça yüksektir. Özellikle son yıllarda çok daha fazla karşılaşılan sağlıkta şiddetin bir sonucu olarak mesleki stres sağlık çalışanlarında bir anksiyete nedeni haline gelmiştir (72). Yapılan bazı araştırmalar, sağlık çalışanlarının iş yerinde fiziksel ve psikososyal şiddete maruz kalma riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (73). Nitekim ülkemizde 12.944 sağlık çalışanının dahil edildiği bir çalışmada sağlık çalışanlarının %44,7'si son bir yılda şiddete uğradığını

belirtmiştir (74). Bütün bu durumlara ek olarak sağlık çalışanlarının uzun mesai saatleri, zor çalışma koşulları ve insan sağlığını doğrudan ilgilendiren bir pozisyonda çalışıyor olmalarının getirdiği vicdani yük, sorumluluklarını ve bunlara bağlı iş streslerini daha da katlamaktadır (75).

Pandemi döneminde sağlık kurumlarının hasta yükleri bir hayli artmış bunun sonucu olarakta sağlık çalışanlarının iş yükleri artmıştır. Birçok sağlık çalışanı COVID-19 hastalarına sağlık hizmeti sunmuş ve çok kolay bulaşabilen bu virüs ile enfekte olma tehlikesiyle yüz yüze kalmışlardır. Pandemi dönemi ile birlikte artan iş yükü, çalışma şartlarının zorlaşması ve COVID-19 hastalığına yakalanma riski sağlık çalışanlarında zaten stresli olan iş hayatlarını daha da stresli hale getirmiş ve birçok çalışanda yoğun anksiyete yaşanmasına neden olmuştur (76). Türkiye’de pandemi döneminde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve sıkıntı seviyelerinin anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır. Depresif belirtilerin ise pandemide ön saflarda çalışanlar arasında ikinci hat çalışanlarına göre anlamlı derecede daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (76). Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının COVID-19 birimlerinde haftalık çalışma saatleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş çalışma saati artan sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (77). Pandemi sırasında sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının değişmesi ve iş yüklerinin artması anksiyete düzeylerinin yükselmesine neden olmaktadır. Çalışma saatlerinin fazla olması ve iş yükünün artması sağlık çalışanlarının dinlenmesine, kendilerine ve ailelerine yeterince zaman ayırmasına engel olmakta ve COVID-19 hastaları ile yoğun temasın hastalığa karşı kaygı düzeylerinin arttığı düşünülmektedir (77).

Pandemi döneminde hemen her ülkede sağlık çalışanların iş yükü artmış ve küresel çapta sağlık çalışanları en ön safta coronavirüse karşı savaşır duruma gelmiştir. Salgının başladığı ülke olan Çin’de 2285 sağlık çalışanı üzerinde bir çalışma yapılmış ve özellikle hemşirelerde, ön safta çalışan ve kadın olan sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyon sıklığının çok arttığı saptanmıştır (78).

İtalya’da pandemi ile mücadelede ön saflarda çalışan 1411, geri planda çalışan 1295 sağlık çalışanı dahil edilerek yapılan bir çalışmada ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarında %28,3, geri planda çalışan sağlık çalışanlarında %19,9 sıklığında depresyon belirtileri tespit edilmiştir. Anksiyete belirtileri ise, geri planda çalışan sağlık çalışanları için %18,0 ve ön saflarda çalışanları için %20,5 düzeyinde yaygınlık gösterdiği saptanmıştır. Geri planda

alışan sağlık alışanlarında ve n safda çalışan sağlık çalışanları için uykusuzluk sıklıkları ise sırasıyla %6,5 ve %9,9 olarak saptanmıştır (79).

2.5. Tükenmişlik Sendromu

2.5.1.Tanım

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından öne sürülmüş ve yüksek miktarda strese maruz kalan kişilerde başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin i kaynaklarında tükenme olarak tanımlanmıştır (80).

Tükenmişlik kelimesinin İngilizce'deki karşılığı olan “burnout” kelimesinin kökeni araştırıldığında, bu kelimenin anlamının mumun yanarak ateşini tüketmesi olduğu anlaşılmaktadır. Bu kelime insanlar için enerjinin azalmasını ifade eder ve tükenmişlik yaşayan bireylerin üretkenlik kapasitelerinin azalacağı belirtilmek istenir (81).

2.5.2. Tarihçe

Tükenmişlik sendromu kavramını ilk ortaya atan Herbert Freudenberger'in bu kavramın fikir babası olduğu yaygın şekilde kabul edilmektedir. 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından yayımlanan “personel tükenmişliği” isimli makalede tükenmişlik sendromuna dair birçok şey Freudenberger tarafından ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Yine aynı dönemlerde sağlık çalışanları üzerinde çalışmalar yapan Christina Maslach'da tükenmişlik terimini tanımlamıştır. Maslach ve çalışma arkadaşları tükenmişlik teriminin psikolojide yeni bir durum olduğunu belirtmişlerdir (82).

Tükenmişlik terimi, Maslach tarafından özellikle insanlarla uğraşan meslek gruplarının bir sorunu olarak değerlendirilmiş ve tükenmişlik terimi “insanlarla çalışan kişilerde oluşan duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve bireysel başarıda düşme ile karakterize bir sendrom” olarak tanımlanmıştır. Ancak ilerleyen yıllarda araştırmacılar, tükenmişlik durumunun yalnızca insanlarla çalışan meslek gruplarında oluşmadığını; mühendisler, işçiler ve problem çözme veya danışmanlık hizmetleri gerektiren mesleklerde de tükenmişlik durumuyla karşılaşıldığını fark etmiştir. Bunun neticesinde Maslach tükenmişliği “kişinin işini değersiz görmesi ve kendi kapasitesi konusunda şüpheye düşmesiyle karakterize bir tükenme durumu” olarak ifade etmiştir. Nihayetinde tükenmişlik

terimi kaynaklarda “kişinin psikolojik olarak tükenmesine yol açan fiziksel kaynakların boşaltılması” olarak yerini almıştır (81).

2.5.3. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler arasında hem bireysel hem de çevresel faktörler vardır. Genellikle tükenmişlik durumunun ortaya çıkmasında her ikisi de birlikte neden olmaktadır (83).

2.5.3.1. Çevresel faktörler

Tükenmişlik sendromuna neden olabilen çevresel faktörler kişinin kendi karakter yapısı ve iç dünyasıyla ilişkili olmayan, genellikle çalıştığı ortamdan kaynaklanan nedenlerdir. Bir bireyin iş hayatında karşılaştığı eşitsizlikler, mobbing uygulamaları, demokratik olmayan iş düzeni, ödüllendirmelerin ve eleştirilerin tutarsız olması, çalışanların işi ile ilgili belirsizlikler, kişinin iş güvencesine sahip olduğunu hissedememesi, başarılı olan çalışanların hak ettiği değeri görmemesi, çalışanların yeterli dinlenme olanaklarına sahip olmaması, yöneticilerin çalışanların gereksinimi ile ilgilenmemesi, iş yükünün fazla olması, sürekli aynı işi yapma, uzun ve yorucu çalışma saatleri vb. gibi durumlar iş hayatında tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasını tetikleyen başlıca çevresel faktörlerdir (83).

2.5.3.2. Bireysel faktörler

Bireysel faktörler kişinin kendi kişiliğinden ve iç dünyasından kaynaklanan nedenlerdir. Maslach, tükenmişlik durumunun her insanda her durumda oluşmadığını, bireyin kişisel yapısının genel yapıyı etkilediğini savunmuştur (84). Bazı kişiler olumsuz faktörlerden çok az etkilenirken, bazı kişiler ise benzer durumları çok daha önemli algılayabilir ve birey stres etkenlerinden gereğinden fazla etkilenebilir. Sonuç olarak bir bireyin: cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, kişisel beklentilerinin yüksek oluşu, A tipi kişilik özelliklerine sahip olması (dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma), özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres nedenlerinin çok olması gibi faktörler kişisel neden olarak sayılabilir (83).

Cinsiyetle ilgili olarak, çalışmalar kadınların kişisel başarı hislerinin daha düşük olduğunu, çocuğu olan ve çalışan kadınların daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koymaktadır (85). Erkeklerin ise kadınlara göre duyarsızlaşma puanları daha yüksektir.

Toplumlarda erkeklere biçilen ve birçok erkek tarafından bastırılmış olan güçlü durma, kolay incinmeme, duygusal olmama gibi duygular bu durumun nedeni olarak gösterilebilir (86).

Tükenmişlik sendromu ile ilgili en ilişkili bireysel faktörlerden biri yaştır. Birçok çalışmaya göre yirmili yaşlarındaki bireylerin, otuzlu ve kırklı yaşlardaki bireylere göre tükenmişlik sendromu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (87).

Kişilerin medeni durumları da tükenmişlik durumlarına etki eden faktörlerden biridir. Buna göre bekârların ve boşanmış olan kişilerin tükenmişlik puanları evli olanlara göre daha yüksektir (88). Kişinin çocuk sahibi olmaması da tükenmişlik durumu için risk teşkil eden bir başka neden olarak gösterilmektedir (84).

Eğitim seviyesi ile tükenmişlik sendromu arasında birçok çalışma da kuvvetli bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan kişiler doğal olarak daha çok sorumluluk ve yükümlülük gerektiren işlerle meşgul olmakta ve bu sorumluluğun ve gayretin neticesinde işlerinden yüksek beklentiye girmektedir (88). Bu yüksek beklentinin karşılığı yeterince tatmin edici bir şekilde sonlanmadığı takdirde bireyde işle ilgili gayretinin karşılığını alamadığı düşüncesi hakim olmaya başlar ve durum tekrarlandıkça tükenmişlik sendromu ile sonlanabilir (84).

2.5.4. Maslach Tükenmişlik Modeli

Günümüzde en çok kabul edilen tükenmişlik modeli Maslach tükenmişlik modelidir. Maslach tarafından ortaya atılan bu modele göre tükenmişlik sendromu “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda azalma” olarak üç alt boyutta değerlendirilmektedir (89).

Maslach tükenmişlik modeli alt boyutlarından duygusal tükenme, bireye iş hayatında aşırı yüklenilmesi ve bunun neticesinde bireyde ortaya çıkan iş hayatında kendisini zorlama ve beklentileri karşılayamamaya bağlı tüketilmiş olma duygusu olarak tanımlanır. Duygusal tükenme özellikle insanlarla yüz yüze, yoğun ve sürekli olarak çalışılan meslek gruplarında daha sık görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun en önemli ve başlangıç boyutudur (90).

Duyarsızlaşma bireyin iş ortamında hizmet verdikleri insanlara karşı, duygusuz biçimde katı, ilgisiz, sert ve soğuk davranışlar sergilemesidir. Duyarsızlaşma duygusal tükenme görülen bireylerde daha sonra ortaya çıkan bir durumdur ve aslında duygusal tükenmeye karşı oluşan bir davranış biçimidir (91). Maslach duyarsızlaşmayı “bireyin hizmet

verdiği kişilerden uzaklaşmak istemesi ve bu nedenle katı hatta insancıl olmayan problemleri bir yanıt” olarak tanımlanmıştır (92).

Kişisel başarı eksikliği; bireyin kendisini yetersiz ve başarısız olarak değerlendirme durumudur. Bu düşünce bireyin iş hayatıyla ilgili, kimsenin kendisini sevmediği, işinde yeteri kadar başarılı olamadığı için başkalarına yük olduğu, üretkenlik gösteremediği gibi düşüncelere kapılmasını ve sonuç olarak sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, benlik saygısında azalma, özgüven eksikliği ve kişiler arası anlaşmazlık gibi iş hayatını olumsuz etkileyecek birçok soruna neden olmaktadır (92).

2.5.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik sendromunun belirtileri genellikle bir işe yeni başlayanlarda, daha önce psikiyatrik öyküsü olmayan bireylerde daha sık görülür. İş hayatından kaynaklanan duygusal stres, iş ile ilgili yaşanan hayal kırıklığı ve akabinde iş ortamına uyum sağlamakta zorlanma, iş arkadaşlarına ve hizmet verdiği insanlara karşı olumsuz davranışlar tükenmişlik sendromunun başlangıç belirtileridir (93). Tükenmişlik sendromunda hem psikolojik hem de fiziksel bir çok semptom görülebilir. Bu semptomlardan en sık görülenleri şunlardır (94,95).

Psikolojik semptomlar		Fiziksel semptomlar
Anksiyete	Öfke kontrol problemi	Bitkinlik
Sinir	Alınganlık	Yorgunluk
Korku	Yalnız kalma isteği	Uykusuzluk
Hayal kırıklığı	İş saatlerine uyumsuzluk	Kas gerginliği
Mutsuzluk	Odaklanma güçlükleri	Baş ağrısı
Umutsuzluk	Unutkanlık	Sindirim sistemi yakınmaları
Yetersizlik hissi	Çaresizlik	

2.5.6. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Avrupa İş Güvenliği ve Sağlığı Ajansının araştırmasına göre, iş kaynaklı olarak ortaya çıkan en sık sağlık problemi kas-iskelet sistemi ile ilgili hastalıklar olup daha sonra en sık rastlanan şikayetler ise anksiyete, stres, sinirlilik, yorgunluk, bitkinlik, ve uyku sorunları olduğu anlaşılmakta, iş ortamında fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan çalışanların maruz kalmayanlara göre daha fazla sağlık şikayetlerinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (96). Özellikle son yıllarda en fazla şiddete maruz kalan meslek gruplarından biri de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının bu duruma ek olarak ağır çalışma şartları, uzun ve yorucu

geçen mesai saatleri, nöbet usulü çalışma düzenleri ve sorumluluk yükü yüksek işle uğraşmaları sağlık çalışanlarında ve özellikle doktorlarda tükenmişlik durumunun sık görülmesine neden olmaktadır (97). Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre tükenmişlik sendromuna daha sık rastlandığını, iş yükü ve sorumluluğu daha fazla ve insanların daha çok başvurduğu branşlarda çalışan doktorların diğer branşlarda çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmektedir (98).

Pandemi döneminde sağlık kurumlarının özellikle COVID-19 ile enfekte hastalara hizmet veren birimlerinin hasta yükleri bir hayli artmış, pandemi döneminde zaman zaman hastanelerin özellikle yoğun bakım servislerinin kapasitelerinin aşılması durumu ortaya çıkmıştır. Bunun sonucu olarakta sağlık çalışanlarının iş yükleri ve çalışma tempoları artmıştır. Birçok sağlık çalışanı COVID-19 hastalarına sağlık hizmeti sunmuş ve çok kolay bulaşabilen bu virüs ile enfekte olma tehlikesiyle yüz yüze kalmışlardır. Pandemi dönemi ile birlikte artan iş yükü, çalışma şartlarının zorlaşması ve COVID- 19 hastalığına yakalanma riski sağlık çalışanlarında zaten yoğun iş yükü ile geçen iş hayatlarını daha da yoğun hale getirmiş ve birçok sağlık çalışanında tükenmişlik yaşanmasına ya da tükenmişlik düzeylerinin artmasına neden olmuştur. COVID-19 hastalarıyla en çok yakın temas kuran sağlık çalışanı hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada özellikle yoğun bakımda ve COVID-19 hastalarıyla yakın temas kurulan birimlerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeylerinin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (99). Türkiye’de bir hastanede pandemi döneminde yoğun bakımda çalışan hekim, asistan hekim ve hemşireler üzerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada üç grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin yükseldiğini, kişisel başarı düzeylerinin ise düştüğünü saptanmıştır (100). İspanya’da salgın ile mücadele eden 1422 sağlık çalışanı üzerinden yapılan başka bir çalışmada ise çalışanların %41,1’inin kendisini duygusal olarak tükenmiş olarak hissettiği saptanmıştır (101).

Sonuç olarak doktorlar ve diğer sağlık çalışanları yüksek tükenmişlik riski ile karşı karşıyadır ve bu durum sağlık hizmetlerini de potansiyel olarak olumsuz etkilemektedir (102). Sağlık hizmeti veren doktorlar ve sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik durumu sağlık hizmetinin ve tedavinin kalitesini, hasta memnuniyetini ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyecektir (103). Sağlık çalışanlarının yaptığı işin ciddiyeti ve ehemmiyeti düşünüldüğünde, yüksek tükenmişlik riski ile karşı karşıya olan sağlık çalışanlarına daha huzurlu ve verimli çalışabilecekleri bir iş ortamı ve daha uygun mesai saatleri sağlanmalı, çalışanların moral ve motivasyonlarını artıracak uygulamalar hayata geçirilmelidir.

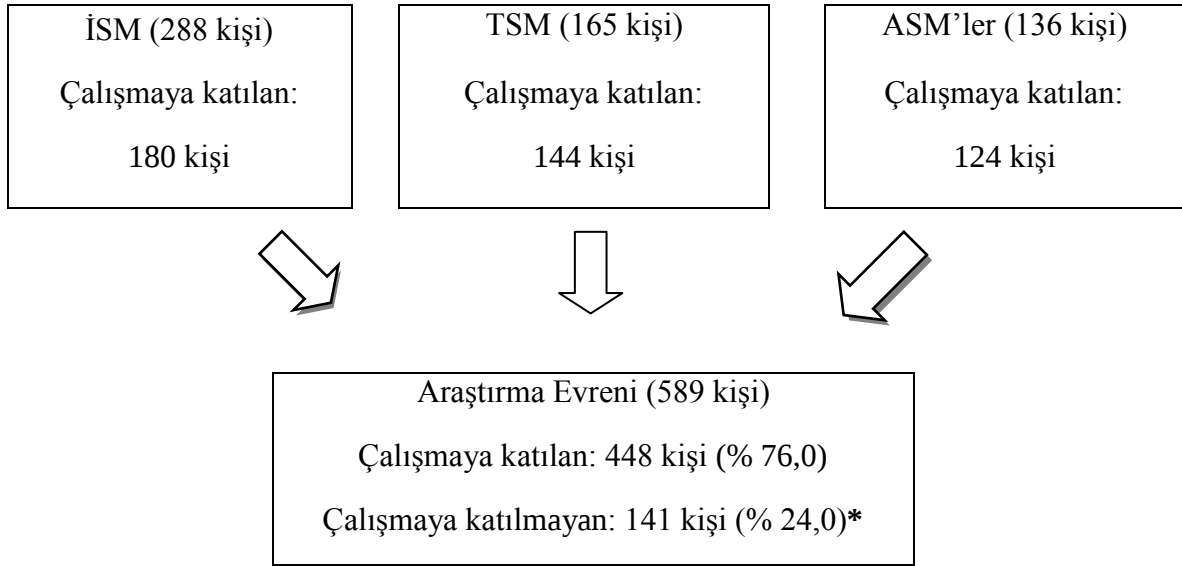
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma COVID-19 pandemisi süresince Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü ve Kırıkkale Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile Kırıkkale ili merkez ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde gerçekleştirilmiştir. Kırıkkale İç Anadolu Bölgesinde yer alan 276.000 nüfuslu bir şehirdir. 1941 yılında belediye statüsüne, 21 Haziran 1989 yılında ise Ankara'dan ayrılarak il statüsüne kavuşmuştur. 8 ilçesi bulunmaktadır. Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü 2019 yılında taşındığı yeni yerleşkesinde bünyesinde bulunan Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Kamu Hastaneleri Birliği Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve Destek Hizmetleri Başkanlıkları ile birlikte hizmet vermektedir. Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı; Bulaşıcı Hastalıklar birimi, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi ve Toplum Sağlığı Birimi, Kamu Hastaneleri Birliği Başkanlığı'na bağlı; Hastane Hizmetleri Birimi, Verimlilik Ve Kalite Yönetimi Birimi, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı; Sağlık Hizmetleri birimi, Kamu Sağlık Tesisleri Birimi ve Acil Ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi, Destek Hizmetleri Başkanlığı'na bağlı Mali Hizmetler Birimi, Atama Birimi, Özlük İşleri Birimi ve İdari Hizmetler Birimi bulunmaktadır. Kırıkkale Merkez Toplum Sağlığı Merkezi bünyesinde bulundurduğu birimleri ile birinci basamakta yürütülen koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir. Bunun yanı sıra TSM; bünyesinde kurulan fiyasyon ekipleriyle pandemi döneminde oldukça kritik görevlerin yürütüldüğü birinci basamak sağlık kurumu olarak öne çıkmaktadır. Kırıkkale ili merkez ilçesinde 23 adet Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. ASM'lerinde de birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülmektedir.

3.2. Araştırma Grubu

Araştırma grubunu Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü, Kırıkkale Merkez Toplum Sağlığı Merkezi ve Kırıkkale ili merkez ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapmakta olan 589 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan 288 çalışanın 180'i, Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışan 165 çalışanın 144'ü ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev alan 136 hekim ile hemşire/ebe'nin 124'ü çalışmaya katılmıştır.



* Esnek mesai, kurumlar arası görevlendirme, gebelik izni, ücretsiz izin vb. nedenlerle bazı çalışanlara ulaşılammıştır

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü ile Kırıkkale merkez TSM'nde 01.12.2020 ile 28.02.2021 tarihleri arasında çalışıyor olmak
- Kırıkkale ili merkez ilçesindeki ASM'lerde aile hekimi ve hemşire/ebe olarak çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Tanımlayan Değişkenler

Sağlık çalışanlarının demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, meslek), pandemi döneminden önce ve pandemi döneminde çalıştığı birim, pandemi döneminde aktif görev alma durumu, yaptığı görev ve çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı ile egzersiz yapma durumu, ruhsal ve kronik hastalıklarının varlığı, kendisinde ve ailesinde COVID-19 tanısı alma durumu, COVID-19 pandemisi hakkında bilgi edindiği kaynaklar ile pandemi hakkında bilgi düzeyini değerlendirme durumudur.

3.5.2. Tanımlanan Değişkenler

Beck Anksiyete Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği sonuçlarıdır.

3.6. Araştırmanın Gerçekleştirilmesinde Uygulanan Testler

3.6.1. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin son 7 günde yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amaçlayan, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Beck, Epstein, Brown ve Steer (104) tarafından geliştirilen bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy, Şahin ve Erkmen (105) tarafından yapılmıştır. Her madde için “hiç”, “hafif derece”, “orta derece” ve “ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ila 3 arasında değişen puanlar verilir. Ölçek puan aralığı 0-63 tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Alınan puan anksiyete durumları için 0-7 arasında minimal düzeyde, 8-15 arası hafif düzeyde, 16-25 arası orta düzeyde, 26-63 arası şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmiştir.

3.6.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (106). Türkçe uyarlaması Ergin (107), geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çam (108) tarafından yapılmıştır. Ölçek, tükenmişliği duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı hissi (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmekte ve her bir soru beş basamaklı olmak üzere toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 soru “duygusal tükenme” (DT), (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 soru “duyarsızlaşma” (D) ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 soru “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanlamaların hesaplanmasında kullanılır. Duygusal tükenme alt ölçeği; dokuz maddeden oluşur ve iş hayatında aşırı yüklenmiş kişilerin tüketilmiş olma duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma alt ölçeği; beş maddeden oluşur, kişinin hizmet verdiği insanlara karşı katı, soğuk, ilgisiz ve duygudan yoksun bir şekilde davranmasını ifade eder. Kişisel başarı alt ölçeği; sekiz maddeden oluşur ve yaptığı iş ile ilgili kendisini yeterli, başarılı görme duygularını tanımlar. DT ve D alt ölçekleri puanlarının yüksek olması tükenmişliği ifade ediyorken, KB alt ölçeğindeki maddelerin düşük olması tükenmişlik lehinedir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayıları "Duygusal tükenme" (DT) için 0.83, "Duyarsızlaşma" (D) için 0.72, "Kişisel başarı" (KB) için 0.72 olarak belirlenmiştir (109). Bu ölçekte yer alan

maddeler hiçbir zaman 0, her zaman 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır. Buna göre, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve kişisel başarı için 0-32 arasında değişmektedir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

3.7.1. Veri Toplama Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatürden yararlanarak hazırlanan, sağlık çalışanlarının demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, meslek), sağlık davranışı ve sağlık durumuyla ilgili bazı özellikler (sigara ve alkol kullanımı ile egzersiz yapma durumu, ruhsal ve kronik hastalıklarının varlığı, kendisinde ve ailesinde COVID-19 tanısı alma durumu), pandemi döneminden önce ve pandemi döneminde çalıştığı birim, pandemi döneminde aktif görev alma durumu, yaptığı görev ve çalışma süresi, COVID-19 pandemisi hakkında bilgi edindiği kaynaklar ile pandemi hakkında bilgi düzeyini sorgulayan 26 soru, 21 soruluk Beck Anksiyete Ölçeği ve 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. (EK 1).

3.7.2. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama formu, katılımcılara 15.12.2020-28.02.2021 tarihleri arasında çalıştıkları kurum ve birimlere gidilerek araştırmacı tarafından gözlem altında uygulanmıştır.

3.8. İnsan Gücü ve Finansman

Araştırmada, ulaşım ve fotokopi masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın insan gücünü araştırmacı oluşturmaktadır.

3.9. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak, sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, ortanca, çeyreklikler, en küçük ve en büyük değer olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin, iki grup arasındaki karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup arasındaki karşılaştırmasında Kruskal Wallis H (post hoc Dunn's testi) testi

kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasında Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3.10. Etik Konular

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.12.2020 tarih, 2020/13 toplantı sayısı ve 2020.11.23 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır (EK 2). Çalışma COVID-19 temalı olduğu için çalışma öncesi Sağlık Bakanlığından izin alınmıştır (EK 3). Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden de yazılı izin alınmıştır (EK 4). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Katılımcılara, anket ve ölçeklere ait sonuçların bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı belirtilmiş, anket ve ölçekler uygulanmadan önce onam için, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) okutulup imzalatılmıştır (EK 5).

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Veri toplama formu ve ölçekler beraber uygulandığı için bazı katılımcılar tarafından uzun bulunması ve veri toplama formunu doldururken aceleci davranılması veya katılımın reddedilmesi,
- Pandemi döneminde esnek mesai uygulanmasından ve bazı çalışanların mevcut birimlerinden farklı yerlerde (temaslı-filyasyon ekibi gibi) çalışıyor olmasından dolayı bazı katılımcılara ulaşamaması.
- Pandemi döneminde kurumlar arasında görevlendirmeler sıkça yapıldığı için bazı çalışanlara ulaşamaması.

3.12. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete konusunda yapılan araştırmaların büyük bir kısmı ikinci ve üçünü basamak sağlık kuruluşlarında yapılmış olup, bu çalışma birinci basamakta yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir.
- Ayrıca bu tarihe kadar, literatürde birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının COVID-19 dönemindeki görev dağılımlarının anksiyete ve tükenmişlik düzeyine etkisini araştıran, detaylı olarak inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır.

- Pandemi döneminde yapılan çalışmaların birçoğunda veriler çevrim içi olarak toplanmış olup diğer birçok çalışmanın aksine bu çalışmada veriler gözlem altında toplanmıştır. Bu nedenle evrenin büyük bir çoğunluğuna ulaşılmış olması da araştırmanın güçlü yanlarından biridir.

3.13. Zaman Çizelgesi

Konu seçimi ve literatür taranması:	01.06.2020 - 31.08.2020
Araştırma önerisinin hazırlanması:	01.09.2020 - 31.10.2020
Araştırma önerisinin sunumu:	01.11.2020 - 10.11.2020
Gerekli izinlerin alınması:	25.11.2020 - 10.12.2020
Verilerin toplanması:	11.12.2020 - 28.02.2021
Verilerin analizi:	01.03.2021 - 31.03.2021
Tez yazımı:	01.04.2021 - 28.02.2022
Tez savunması:	19.04.2022

4. BULGULAR

Araştırma evrenini pandemi süresince Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü ve Kırıkkale Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) 'nde görev yapmakta olan hekim, hemşire ve diğer çalışanlar ile Kırıkkale ili merkez ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde görev yapmakta olan aile hekimleri ve hemşire/ebelerden oluşan toplam 589 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme, anket ve ölçeklerin eksik ya da yanlış doldurulması ve esnek mesai, kurumlar arası görevlendirme, gebelik izni, ücretsiz izin vb. nedenlerle bazı çalışanlara ulaşılamaması sebebiyle çalışmaya 448 (%76,0) çalışan katılmıştır.

4.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Çalışmaya katılan 448 çalışanın %50,7'si (n=227) kadındır. Yaş ortalaması 41,5±9,1'dir (en küçük: 18,0; en büyük 65,0; ortanca: 41,0; birinci çeyrek: 35,0; üçüncü çeyrek: 47,0). Çalışanların % 82,1'i (n=368) evli olduğunu belirtmiştir.

Çalışanlarının % 1,3'ü (n=6) ilkokul, % 2,5'i (n=11) ortaokul, % 16,5'i (n=74) lise, % 72,5'i (n=325) önlisans/lisans ve %7,1'i (n=32) lisans üstü/doktora mezunudur.

Çalışanlarının % 3,1'i (n=14) 3000 tl ya da daha az, % 5,8'i (n=26) 3001-4000 tl, % 40,8'i (n=183) 4001-5000 tl, % 38,8'i (n=174) 5001-10000 tl ve % 11,4'ü (n=51) 10001 tl ve üzeri aylık gelire sahiptir.

Sağlık çalışanlarının % 18,1'i (n=81) evde 65 yaş üstü ya da kronik hastalığı olan bir bireyle beraber yaşadığını belirtmiştir.

Sosyodemografik özellikler ile ilgili bilgiler Tablo 3 ve Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri
(15.12.2020 – 28.02.2021 Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	227	50,7
	Erkek	221	49,3
Yaş	≤30	61	13,6
	31-40	146	32,6
	≥41	241	53,8
Medeni Durum	Evli	368	82,1
	Bekar	80	17,9
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	6	1,3
	Ortaokul mezunu	11	2,5
	Lise mezunu	74	16,5
	Önlisans / Lisans mezunu	325	72,5
	Lisans üstü / Doktora mezunu	32	7,1
Aylık Gelir	3000 tl ya da daha az	14	3,1
	3001 - 4000 tl	26	5,8
	4001 - 5000 tl	183	40,8
	5001 - 10000 tl	174	38,8
	10001 tl ve üzeri	51	11,4
Evde 65 Yaş Üstü ya da Kronik Hastalığı Olan Bireyle	Yaşayan	81	18,1
	Yaşamayan	367	81,9
Toplam		448	100,0

Mesleklerine göre, katılımcıların %2,0'si (n=9) uzman hekim, %19,6'sı (n=88) pratisyen hekim, % 27,0'si (n=121) hemşire/ebe, % 23,4'ü (n=105) sağlık memuru, % 13,2'si (n=59) memur, %5,1'i (n=23) hizmet personeli ve % 9,7'si (n=43) (diş hekimi, diyetisyen, psikolog, eczacı, tekniker, işçi, şoför, tıbbi teknolog, avukat) gibi meslek gruplarında çalışmaktadır.

Katılımcıların % 5,1'i (n=23) 1 yıldan az, % 3,8'i (n=17) 1-3 yıl, % 3,8'i (n=17) 3-5 yıl, % 11,4'ü (n=51) 5-10 yıl ve % 75,9'u (n=340) 10 yıl üstü meslekte toplam çalışma süresi saptanmıştır.

Pandemi döneminden önce sağlık çalışanlarının % 44,4'ü (n=199) İl Sağlık Müdürlüğü'nde, % 19,0'u (n=85) TSM'de, % 25,7'si (n=115) ASM'de ve % 11,8'i (n=49) diğer (VSD, Ağız ve Diş Sağlığı merkezi, 112 ASHİ, kamu hastanesi) kurumlarda görev yapmaktadır.

Görev yaptıkları en son birimdeki çalışma sürelerine göre, katılımcıların % 10,5'i (n=47) 1 ay – 1 yıl, % 17,9'u (n=80) 1 – 3 yıl, % 14,5'i (n=65) 3 – 5 yıl, % 23,2'si (n=104) 5 – 10 yıl ve % 33,9'u (n=152) 10 yıl üstü görev yapmaktadır.

Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Çalışma Hayatlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Meslek	Uzman hekim	9	2,0
	Pratisyen hekim	88	19,6
	Hemşire / Ebe	121	27,0
	Sağlık memuru	105	23,4
	Memur	59	13,2
	Hizmet personeli	23	5,1
	Diğer (diş hekimi, diyetisyen, psikolog, eczacı, tekniker, işçi, şoför, avukat)	43	9,7
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl	23	5,1
	1 yıl – 3 yıl	17	3,8
	3 yıl – 5 yıl	17	3,8
	5 yıl – 10 yıl	51	11,4
	10 yıl ve üstü	340	75,9
Pandemi Döneminden Önce Çalışmakta Olduğu Kurum	İl Sağlık Müdürlüğü	199	44,4
	Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	85	19,0
	Aile Sağlığı Merkezi	115	25,7
	Diğer	49	11,8
En Son Çalıştığı Birimdeki Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl	47	10,5
	1 yıl – 3 yıl	80	17,9
	3 yıl – 5 yıl	65	14,5
	5 yıl – 10 yıl	104	23,2
	10 yıl ve üstü	152	33,9
Toplam		448	100,0

4.2. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sağlık Davranışları Ve Sağlık Durumuyla İlgili Bazı Özellikler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Katılımcıların % 66,1'i (n=296) sigara kullanmadığını, % 2,7'si (n=12) COVID-19 salgını başladıktan sonra sigara kullanmaya başladığını, % 24,6'sı (n=110) sigara kullanımında bir değişiklik olmadığını, % 2,1'i (n=14) sigara kullanımının azaldığını ve % 3,6'sı (n=16) ise salgın ile birlikte sigara kullanımının arttığını belirtmiştir.

Alkol kullanımına göre, katılımcıların %89,3'ü (n=400) alkol kullanmadığını, %3,1'i (n=14) COVID-19 salgını başladıktan sonra alkol kullanmaya başladığını, %6,9'u (n=31) alkol kullanımında bir değişiklik olmadığını, %0,4'i (n=2) alkol kullanımının azaldığını ve %0,2'si (n=1) ise salgın ile birlikte alkol kullanımının arttığını belirtmiştir.

Katılımcılarının % 10,7'si (n=48) her gün ya da sık sık; % 51,8'i (n=232) arada sırada egzersiz yaparken, % 37,5'i (n=168) hiç egzersiz yapmadığını ifade etmiştir.

Katılımcılarının bazı sağlık davranışları ile ilgili bilgileri Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sigara, Alkol Kullanımı ve Egzersiz Yapma Durumları (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sigara, Alkol Kullanımı ve Egzersiz Yapma Durumları		n	%
Sigara	Kullanmıyorum	296	66,1
	Kullanmıyordum. COVID-19 salgını başladıktan sonra kullanmaya başladım	12	2,7
	Sigara kullanımında bir değişiklik olmadı	110	24,6
	Sigara kullanım azaldı	14	3,1
	Sigara kullanımım arttı	16	3,6
Alkol	Kullanmıyorum	400	89,3
	Kullanmıyordum. COVID-19 salgını başladıktan sonra kullanmaya başladım	14	3,1
	Alkol kullanımında bir değişiklik olmadı	31	6,9
	Alkol kullanım azaldı	2	0,4
	Alkol kullanımım arttı	1	0,2
Egzersiz	Her gün ya da sık sık egzersiz yaparım	48	10,7
	Arada sırada egzersiz yaparım	232	51,8
	Hiç egzersiz yapmam	168	37,5
Toplam		448	100,0

Sağlık çalışanlarının % 92,4'ü (n=414) ilaç kullanmayı gerektirecek ruhsal bir hastalığının olmadığını belirtirken; % 1,3'ü (n=6) salgın öncesi dönemde ruhsal hastalık geçirdiğini fakat şu anda ruhsal yönden hastalığının olmadığını, % 3,6'sı (n=15) salgın öncesinde de var olan ruhsal hastalığının halen devam ettiğini ve % 2,7'si (n=12) ise salgın öncesinde ruhsal bir hastalığı yokken salgın döneminde ruhsal hastalık yaşadığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının % 20,5'i (n=92) COVID-19 için riskli sayılan kronik bir hastalığı olduğunu; % 79,5'i (n=356) ise kronik bir hastalıklarının olmadığını ifade etmişlerdir.

Kronik hastalığı olan katılımcıların % 5,1'i (n=23) akciğer hastalığı (koah, astım vb.), %8,3'ü (n=37) hipertansiyon, % 3,8'i (n=17) kalp hastalığı, % 7,1'i (n=32) diyabet, % 0,2'si (n=1) böbrek yetmezliği, % 0,4'ü (n=2) kanser ve % 2,3'ü (n=12) (obezite, anemi, ülseratif kolit ve uyku apne sendromu) bazı kronik hastalığının olduğunu belirtmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının bazı sağlık durumları ile ilgili bilgiler Tablo 6 ve Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 6. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Ruhsal Ve Kronik Hastalık Durumu (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Ruhsal Ve Kronik Hastalık Varlığı Durumu		n	%
Ruhsal Hastalık Varlığı	Hayır	414	92,4
	Salgın öncesi ruhsal hastalık geçirdim, şuanda ruhsal yönden bir hastalığım yok	6	1,3
	Salgın öncesi ruhsal hastalık geçirdim, hastalığım halen devam ediyor	16	3,6
	Salgın öncesi ruhsal hastalığım yoktu, salgın sonrası ruhsal hastalık yaşıyorum	12	2,7
Kronik Hastalığı	Olan	92	20,5
	Olmayan	356	79,5
Kronik Hastalık	Akciğer Hastalığı	23	5,1
	Hipertansiyon	37	8,3
	Kalp hastalığı	17	3,8
	Diyabet	32	7,1
	Böbrek yetmezliği	1	0,2
	Kanser	2	0,4
	Diğer	12	2,3

Katılımcılarının % 23,9'u (n=107) COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Ailesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı ise % 35,0'dir.

Tablo 7. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Kendisinde Ve Ailesinde COVID-19 Tanısı Alma Durumu (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Kendisinde Ve Ailesinde COVID-19 Tanısı Alma Durumu		n	%
COVID-19 Tanısı	Alan	107	23,9
	Almayan	341	76,1
Ailesinde COVID-19 Tanısı	Alan	157	35,0
	Almayan	291	65,0
Toplam		448	100,0

4.3. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Dönemindeki Çalışma Durumlarıyla İlgili Bazı Bilgiler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının % 40,2'si (n=180) İl Sağlık Müdürlüğü'nde, % 29,9'u (n=134) Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde, % 27,7'si (n=124) Aile Sağlığı Merkezi'nde ve % 2,2'si (n=10) Tüberküloz Birimi'nde çalışmaktadır.

Katılımcıların % 62,1'i (n=278) pandemide aktif görev aldığını; % 37,9'u (n=170) ise aktif görev almadığını belirtmiştir. Mart 2020 – 1 Aralık 2020 tarihleri arasındaki dokuz aylık dönemde aktif görev alanların % 23,0'ü (n=103) 9 ay boyunca sürekli görev aldığını, % 15,9'u (n=71) 5-8 ay ve % 23,3'ü (n=104) 1-4 ay arası görev aldığını belirtmiştir. Anketin doldurulma anında aktif görev almaya devam edenlerin oranı % 51,1 (n=229) iken, anketin doldurulduğu dönemde aktif görev almayanların oranı % 48,9'dur (n=219).

Pandemi döneminde aktif görev alan katılımcıların % 13,8'i (n=62) evde hasta takibi/ilaç dağıtımı, % 19,9'u (n=89) temaslı/filyasyon ekibi, % 5,8'i (n=26) rutin taramalar, % 9,4'ü (n=42) istatistik/organizasyon/koordinasyon ve % 39,7'si (n=178) ise telefonla hasta takibi gibi görevler aldığını belirtmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının pandemi dönemindeki çalışma durumlarıyla ilgili bilgiler Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Dönemindeki Çalışma Durumlarıyla İlgili Bazı Bilgiler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Dönemindeki Çalışma Durumları(n=448)		n	%
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü	180	40,2
	Merkez Toplum Sağlığı Merkezi	144	32,1
	Aile Sağlığı Merkezi	124	27,7
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan	278	62,1
	Yapmayan	170	37,9
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay	104	23,3
	5 - 8 ay	71	15,9
	9 ay	103	23,0
Anket Doldurulduğu Dönemde Aktif Görev	Yapan	229	51,1
	Yapmayan	221	48,9
Pandemi Döneminde Yapılan Aktif Görev(n ≠ 448)*	Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	62	13,8
	Temaslı / Filyasyon ekibi	89	19,9
	Rutin taramalar	26	5,8
	İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	42	9,4
	Telefonla hasta takibi	178	39,7
	Diğer	7	1,6
Toplam		448	100,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.4. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Hakkında Eğitim Ve Bilgileri İle İlgili Bazı Özellikler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

COVID-19 enfeksiyonu ve pandemi süreciyle ilgili kurumu tarafından herhangi bir eğitim / bilgilendirme aldığını belirten katılımcı sıklığı % 54,9 (n=246)'dur. Katılımcılar COVID-19 enfeksiyonu ve pandemi süreciyle ilgili bilgi almak için; %62,1'i (n=278) Sağlık Bakanlığı (COVID-19 rehberi gibi), % 42,4'ü (n=190) kurumunun ilgili birimleri, % 26,1'i

(n=117) bilimsel yayınlar, % 63,6'sı (n=285) sosyal medya-internet-tv ve % 1,2'si (n=6) diğer (doktor arkadaşlardan, arkadaş çevresinden) kaynaklara başvurduğunu ifade etmiştir.

COVID-19 enfeksiyonu ve pandemisi hakkında bilgi düzeyini; katılımcıların % 45,5'i (n=204) yeterli, % 50,4'ü (n=226) kısmen yeterli ve % 4,1'i (n=18) yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının pandemi hakkında eğitim ve bilgileri ile ilgili bazı özellikler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Hakkında Eğitim Ve Bilgileri İle İlgili Bazı Özellikler (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Hakkında Eğitim Ve Bilgileri İle İlgili Bazı Özellikler (n=448)		n	%
COVID-19 Pandemisi Hakkında Eğitim	Alan	246	54,9
	Almayan	202	45,1
COVID-19 Pandemisi Hakkında Bilgi Almak İçin Başvurulan Kaynaklar (n=448)*	Sağlık Bakanlığı (COVID-19 rehberi gibi)	278	62,1
	Kurumunun ilgili birimleri	190	42,4
	Bilimsel yayınlar	117	26,1
	Sosyal medya / İnternet / TV	285	63,6
	Diğer	6	1,2
COVID-19 Pandemisi Hakkında Bilgi Düzeyi	Yeterli	204	45,5
	Kısmen yeterli	226	50,4
	Yetersiz	18	4,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

4.5. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Bazı Sağlık Davranışları Ve Pandemi Döneminde Çalışma Durumlarının COVID-19 Tanısı Alma Durumlarına Göre Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Katılımcılardan, kadınların % 24,2'si (n=55) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, erkeklerin %23,5'i (n=52) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Cinsiyete göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,862). 30 yaş ve altında COVID-19 tanısı alma %18,0 iken, 31-40 yaş arasında %23,3 ve 40 yaş üzerinde % 25,7'dir. Yaşa göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,443). Evli olanların % 24,7'si (n=91) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, bekarların %20'si (n=52) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Medeni duruma göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,369). İlkokul mezunu olanların %50,0'si (n=3) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, ortaokul mezunu olanların %36,4'ü (n=4), lise mezunu olanların %21,6'sı (n=16), lisans mezunu olanların %23,7'si (n=77) ve lisansüstü mezunu olanların %21,9'u (n=7) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Eğitim duruma göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,379). Meslek gruplarına göre; hekim olarak çalışanların % 15,2'si (n=16) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, hekim dışı sağlık personelinin %26,5'i (n=62) idari ve hizmet personelinin ise %26,6'sı (n=29) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Meslek gruplarına göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,060). Evde 65 yaş üstü ya da kronik hastalığı olan bir bireyle birlikte yaşadığını ifade edenlerin %16'sı (n=13) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, bu duruma sahip olmayanların %25,6'sı (n=94) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Evde 65 yaş üstü ya da kronik hastalığı olan bir bireyle birlikte yaşama durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,068).

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının bazı sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık davranışları ve pandemi döneminde çalışma durumları ile COVID-19 tanısı alma durumlarının karşılaştırılması Tablo 10, Tablo 11 ve Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 10. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri İle COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellik (n=448)		COVID-19 Tanısı				p değeri (Ki-kare)
		Alan		Almayan		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	55	24,2	172	75,8	p=0,862
	Erkek	52	23,5	169	76,5	
Yaş Grupları	30 yaş ve altı	11	18,0	50	82,0	p=0,443
	31 – 40 yaş	34	23,3	112	76,7	
	41 yaş ve üzeri	62	25,7	179	74,3	
Medeni Durum	Evli	91	24,7	277	75,3	p=0,369
	Bekar	16	20,0	64	80,0	
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	3	50,0	3	50,0	p=0,379
	Ortaokul mezunu	4	36,4	7	63,6	
	Lise mezunu	16	21,6	58	78,3	
	Önlisans / Lisans mezunu	77	23,7	248	76,3	
	Lisans üstü / Doktora mezunu	7	21,9	25	78,1	
Meslek Grupları	Hekim	16	15,2	89	84,8	p=0,060
	Hekim dışı sağlık personeli	62	26,5	172	73,5	
	İdari ve hizmet personeli	29	26,6	80	73,4	
Evde 65 Yaş Üstü ya da Kronik Hastalığı Olan Bireyle	Yaşayan	13	16,0	68	84,0	p=0,068
	Yaşamayan	94	25,6	273	74,4	

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre COVID-19 tanısı alma durumları değerlendirildiğinde; sigara içenlerin % 15,8'i (n=24) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, sigara içmeyenlerin %28'i (n=83) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Sigara içmeyenlerin COVID-19 tanısı almanın, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,004). Alkol kullananların %26,7'si (n=8) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, alkol kullanmayanların %24,8'i (n=99) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Alkol kullanımına göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır (p=0,215). Düzenli egzersiz yapanların % 14,6'sı (n=7) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, ara sıra egzersiz yapanların %25'i (n=58) ve hiç egzersiz yapmayanların ise %25'i (n=42) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Egzersiz yapma durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,278).

Tablo 11. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Davranışları İle COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sigara, Alkol Kullanımı ve Egzersiz Yapma Durumları (n=448)		COVID-19 Tanısı				p değeri (Ki-kare)
		Alan		Almayan		
		n	%	n	%	
Sigara	Kullanan	24	15,8	128	84,2	p=0,004
	Kullanmayan	83	28,0	213	72,0	
Alkol	Kullanan	8	16,7	40	83,3	p=0,215
	Kullanmayan	99	24,8	301	75,2	
Egzersiz yapma	Her gün ya da sık sık	7	14,6	41	85,4	p=0,278
	Arada sırada	58	25,0	174	75,0	
	Hiçbir zaman	42	25,0	126	75,0	

Pandemi döneminde İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanların % 31,1'i (n=56) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışanların %21,5'i (n=31) ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışanların ise %16,1'i (n=20) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde çalışılan yer ile COVID-19 tanısı alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,008). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası, yeni alfa değeri 0,017 olarak bulunmuştur. Buna göre İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların, Aile sağlığı merkezi'nde çalışan katılımcılara göre daha fazla COVID-19 tanısı aldıkları saptanmıştır (p=0.003). Katılımcılardan pandemi döneminde aktif görev alanların %20,1'i (n=56) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, aktif görev almayanların %30'u (n=51) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde aktif görev alma ile COVID-19 tanısı alma durumları karşılaştırıldığında; aktif görev almayanlarda COVID-19 tanısı almanın, aktif görev alanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,018). Pandemi döneminde aktif görev alma süresi 1-4 ay olanlarda COVID-19 tanısı alma %23,4 (n=25) iken, 5-8 ay arasında %19,7 (n=14) ve 9 ay üzerinde aktif görev alanlarda % 16,5 (n=17) dir.

Pandemi döneminde aktif görev alma süresine göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.461$). Evde hasta takibi / ilaç dağıtımı yapanların % 17,7'si ($n=11$) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, yapmayanların %24,9'u ($n=96$) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Evde hasta takibi / ilaç dağıtımı yapma durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.222$), Temaslı / filyasyon ekibinde çalışanların %21,3'ü ($n=19$) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, çalışmayanların %24,5'i ($n=88$) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Temaslı / filyasyon ekibinde çalışma durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.531$), rutin taramalarda görev alanların %23,1'i ($n=6$) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, görev almayanların %23,9'u ($n=101$) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Rutin taramalarda görev alma durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.921$). İstatistik / organizasyon / koordinasyon görevlerinde bulunanların %31'i ($n=13$) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, görev almayanların %23,2'si ($n=94$) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. İstatistik / organizasyon / koordinasyon gibi görevlerde bulunma durumuna göre COVID-19 tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.259$). Telefonla hasta takibi yapanların % 18,5'i ($n=33$) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, yapmayanların %27,4'ü ($n=74$) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Telefonla hasta takibi yapmayanlarda COVID-19 tanısı almanın, yapanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0.031$).

Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumlarına Göre COVID-19 Tanısı Alma Durumlarının Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Döneminde Çalışma Durumları (n=448)		COVID-19 Tanısı				p değeri (Ki-kare)
		Alan		Almayan		
		n	%	n	%	
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü	56	31,1	124	68,9	p=0,008
	Merkez TSM	31	21,5	113	78,5	
	Aile Sağlığı Merkezi	20	16,1	104	83,9	
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan	56	20,1	222	79,9	p=0,018
	Yapmayan	51	30,0	119	70,0	
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay	25	23,4	82	76,6	p=0,461
	5 - 8 ay	14	19,7	57	80,3	
	9 ay	17	16,5	86	83,5	
Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	Yapan	11	17,7	51	82,3	p=0,222
	Yapmayan	96	24,9	290	75,1	
Temaslı / Filyasyon ekibi	Yapan	19	21,3	70	78,7	p=0,531
	Yapmayan	88	24,5	271	75,5	
Rutin taramalar	Yapan	6	23,1	20	76,9	p=0,921
	Yapmayan	101	23,9	321	76,1	
İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	Yapan	13	31,0	29	69,0	p=0,259
	Yapmayan	94	23,2	312	76,8	
Telefonla hasta takibi	Yapan	33	18,5	145	81,5	p=0,031
	Yapmayan	74	27,4	196	72,6	

4.6. Beck Anksiyete Ölçeği Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Sonuçların Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık çalışanlarının Beck anksiyete ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $8,4 \pm 9,6$ 'dır (ortanca:5,0; birinci çeyrek: 1,0; üçüncü çeyrek: 12,0; en küçük: 0; en büyük:56).

Maslach duygusal tükenme alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $13,3 \pm 7,9$ 'dur (ortanca:13,0; birinci çeyrek: 7,2; üçüncü çeyrek: 19,0; en küçük: 0; en büyük:35).

Maslach duyarsızlaşma alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $3,3 \pm 3,5$ 'dir (ortanca:2,0; birinci çeyrek: 0,0; üçüncü çeyrek: 5,0; en küçük: 0; en büyük:18).

Maslach kişisel başarı alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $21,8 \pm 6,1$ 'dir (ortanca:22,0; birinci çeyrek: 18,0; üçüncü çeyrek: 27,0; en küçük: 3; en büyük:32).

Sağlık çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile ilgili bazı bilgileri Tablo 13 ve Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 13. Beck Anksiyete Ölçeği Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Sonuçların Dağılımı (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (1Ç-3Ç)	EK-EB
Beck anksiyete ölçeği (n=448)	$8,4 \pm 9,6$	5,0 (1,0-12,0)	0-56
Maslach duygusal tükenme (n=360)*	$13,3 \pm 7,9$	13,0 (7,2-19,0)	0-35
Maslach duyarsızlaşma (n=360)*	$3,3 \pm 3,5$	2,0 (0,0-5,0)	0-18
Maslach kişisel başarı (n=360)*	$21,8 \pm 6,1$	22,0 (18,0-27,0)	3-32

Açıklama: Standart sapma (SS), birinci çeyrek (1Ç), üçüncü çeyrek (3Ç), en küçük (EK), en büyük (EB) olarak kullanılmıştır.

*Maslach tükenmişlik ölçeği hasta bakımı/takibi yapmayan 88 çalışana uygulanmamıştır.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarına göre, %59,4'ünün anksiyetesi olmayıp, %22,8'inin hafif düzeyde anksiyete, %11,8'inin orta düzeyde anksiyete ve %6,0'sının şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 14. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği Puanlama Sistemine Göre Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı, (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Anksiyete Düzeyi	n	%
Anksiyete yok	266	59,4
Hafif düzeyde anksiyete belirtileri	102	22,8
Orta düzeyde anksiyete belirtileri	53	11,8
Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri	27	6,0
Toplam	448	100,0

4.5. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Bazı Sağlık Davranışları Ve Durumları, Pandemi Döneminde Çalışma, Pandemi Hakkında Eğitim Alma Ve Pandemi Hakkında Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre Beck Anksiyete Puanı arasındaki ilişkide kadınların aldıkları puanlar erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışanların aylık geliriyle anksiyete düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,005 yeni alfa değerine göre, 4000 – 5000 tl arası gelire sahip katılımcıların, 10000 tl ve üzeri gelire sahip katılımcılara göre daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları saptanmıştır ($p=0,004$). Meslek gruplarına göre Beck Anksiyete puanı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p=0,029$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası, 0,017 yeni alfa değerinde hekim dışı sağlık personelinin aldıkları puanlar, hekimlerin aldıkları Beck Anksiyete puanına

göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,014$). Yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve evde 65 yaş üstü ya da kronik hastalığı olan bireyle yaşama durumu ile Beck Anksiyete puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,057$), ($p=0,283$), ($p=0,381$), ($p=0,886$), ($p=0,206$).

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık davranışları ve durumları, pandemi döneminde çalışma, pandemi hakkında eğitim alma ve pandemi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirme durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18 ve Tablo 19’da verilmiştir.



Tablo 15. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler (n=448)		Beck Anksiyete Ölçeği Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Cinsiyet	Kadın Erkek	8 (0 – 53) 3 (0 – 56)	p<0.001*
Yaş Grupları	≤30 31-40 ≥41	5 (0 – 35) 6 (0 – 56) 4 (0 – 53)	p=0,057**
Medeni Durum	Evli Bekar	5 (0 – 56) 5 (0 – 35)	p=0,283*
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu Önlisans / Lisans mezunu Lisans üstü / Doktora mezunu	9 (0 – 13) 4 (0 – 53) 6 (0 – 45) 5 (0 – 56) 3 (0 – 36)	p=0,381**
Aylık Gelir	3000 tl ya da daha az 3001 - 4000 tl 4001 - 5000 tl 5001 - 10000 tl 10001 tl ve üzeri	9 (0 – 21) 7 (0 – 41) 6 (0 – 56) 4 (0 – 50) 3 (0 – 24)	p=0,037**
Meslek Grupları	Hekim Hekim dışı sağlık personeli İdari ve hizmet personeli	4 (0 – 56) 6 (0 – 45) 4 (0 – 53)	p=0,029**
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl 1 yıl – 3 yıl 3 yıl – 5 yıl 5 yıl – 10 yıl 10 yıl ve üstü	6 (0 – 22) 5 (0 – 31) 5 (0 – 31) 4 (0 – 56) 5 (0 – 53)	p=0,886**
Evde 65 Yaş Üstü ya da Kronik Hastalığı Olan Bireyle	Yaşayan Yaşamayan	7 (0 – 56) 5 (0 – 53)	p=0,206*

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile Beck Anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre alkol kullananlarda kullanmayanlara göre anksiyete düzeyi daha yüksektir ($p=0,038$). Sigara içme ve egzersiz yapma ile Beck Anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,569$), ($p=0,267$).

Tablo 16. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Davranışlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık Davranışları (n=448)		Beck Anksiyete Ölçeği Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Sigara	Kullanan	5 (0 – 50)	$p=0,569^*$
	Kullanmayan	5 (0 – 56)	
Alkol	Kullanan	8 (0 – 56)	$p=0,038^*$
	Kullanmayan	5 (0 – 53)	
Egzersiz yapma	Her gün ya da sık sık	4 (0 – 56)	$p=0,267^{**}$
	Arada sırada	5 (0 – 53)	
	Hiçbir zaman	6 (0 – 41)	

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının bazı sağlık durumları ile Beck Anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre ruhsal hastalık öyküsü bulunanlarda, bulunmayanlara göre anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan katılımcılarda da olmayanlara göre anksiyete düzeyi yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Ailede COVID-19 tanısı alma durumu ile Beck Anksiyete puanı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Ailesinde COVID-19 tanısı alan birey olan katılımcıların anksiyete düzeyi daha yüksektir ($p=0,044$). Çalışanın kendisinin COVID-19 tanısı alma durumu ile Beck Anksiyete puanı arasındaki ilişkide ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0,135$).

Tablo 17. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık Durumu (n=448)		Beck Anksiyete Ölçeği Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri (Mann-Whitney U Testi)
Ruhsal Hastalık	Olan Olmayan	13 (1 – 53) 5 (0 – 56)	p<0.001
Kronik Hastalık	Olan Olmayan	8 (0 – 56) 4 (0 – 53)	p=0,005
COVID-19 Tanısı	Alan Almayan	6 (0 – 53) 5 (0 – 56)	p=0,135
Ailede COVID-19 Tanısı	Alan Almayan	10 (0 – 56) 5 (0 – 50)	p=0,044

Pandemi döneminde çalışma durumları ile Beck Anksiyete puanları karşılaştırıldığında çalışılan yere göre anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,022). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası, 0,008 yeni alfa değerinde Toplum Sağlığı Merkezi personelinin aldıkları puanlar, İl Sağlık Müdürlüğü personelinin Beck Anksiyete puanına göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,005). Pandemi döneminde aktif görev yapan katılımcıların yapmayanlara göre anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur (p=0,016). Aktif görevin süresi (p=0,362) ve anket doldurulduğu dönemde aktif görev yapıyor olmak (p=0,070) ile Beck Anksiyete puanı arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Evde hasta takibi / ilaç dağıtımı (p=0.022) ve temaslı / filyasyon ekibi (p<0,001)'nde görev alan katılımcıların, almayanlara göre anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Rutin taramalar (p=0,251), istatistik/organizasyon/koordinasyon (p=0,990) ve telefonla hasta takibi (p=0,834) gibi görev alanlarda almayanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumlarına Göre Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Döneminde Çalışma Durumları (n=448)		Beck Anksiyete Ölçeği Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü Merkez TSM Aile Sağlığı Merkezi	4 (0 – 53) 7 (0 – 56) 5 (0 – 50)	p=0,022**
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	6 (0 – 56) 4 (0 – 45)	p=0,016*
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay 5 - 8 ay 9 ay	7 (0 – 53) 8 (0 – 56) 5 (0 – 50)	p=0,362**
Anket Doldurulduğu Dönemde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	6 (0 – 56) 4 (0 – 53)	p=0,070*
Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	Yapan Yapmayan	8 (0 – 56) 5 (0 – 50)	p=0,002*
Temaslı / Filyasyon ekibi	Yapan Yapmayan	10 (0 – 56) 5 (0 – 50)	p<0.001*
Rutin Taramalar	Yapan Yapmayan	8 (0 – 29) 5 (0 – 56)	p=0,251*
İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	Yapan Yapmayan	5 (0 – 56) 5 (0 – 53)	p=0,990*
Telefonla hasta takibi	Yapan Yapmayan	5 (0 – 56) 5 (0 – 53)	p=0,834*

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu ve pandemi süreci hakkında kurumları tarafından eğitim almaları ve pandemi hakkında bilgi düzeyleri ile Beck Anksiyete puanları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0,972$), ($p=0,103$).

Tablo 19. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Hakkında Kurumunca Eğitim Alma Ve Pandemi Hakkında Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumları İle Beck Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Hakkında Kurumunca Eğitim Alma Ve Pandemi Hakkında Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumları (n=448)		Beck Anksiyete Ölçeği Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Pandemi Hakkında Eğitim	Alan Almayan	5 (0 – 56) 5 (0 – 53)	$p=0,972^*$
Pandemi Hakkında Bilgi Düzeyini	Yeterli Kısmen yeterli Yetersiz	4 (0 – 56) 5 (0 – 45) 12 (0 – 53)	$p=0,103^{**}$

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

4.6. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Bazı Sağlık Durumları Ve Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre kadınların erkeklere göre duygusal tükenme puanlarının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal tükenme puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,004$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre 30 yaş ve altı katılımcıların, 31 – 40 yaş ve 41 yaş ve üstü katılımcılara göre duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,002$), ($p=0,001$). Bekar olanların evli olanlara göre duygusal tükenme puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$). Meslek gruplarına göre yapılan analizde gruplar arasında anlamlı fark

bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre, idari ve hizmet personelinin hem hekim hem de hekim dışı sağlık personeli grubuna göre duygusal tükenme puanı daha az olduğu saptanmıştır ($p<0,001$), ($p<0,001$). Toplam çalışma yılına göre duygusal tükenme puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$). Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,005 yeni alfa değerine göre farkın 1 yıldan az çalışanlarla, 10 yıl üstü çalışma süresine sahip gruplar arasından kaynaklandığı saptanmıştır. 1 yıldan az çalışanlarda duygusal tükenme puanları daha yüksektir ($p=0,003$). Çalışanlarının eğitim durumu ve aylık gelirleri ile duygusal tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,225$), ($p=0,649$).

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık durumları ve pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler Tablo 20, Tablo 21 ve Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 20. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler (n=360)		Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Cinsiyet	Kadın Erkek	14 (0 – 34) 11 (0 – 35)	p=0.001*
Yaş Grupları	≤30 31-40 ≥41	16 (4 – 33) 12 (0 – 34) 12 (0 – 35)	p=0,004**
Medeni Durum	Evli Bekar	12 (0 – 35) 16 (0 – 33)	p=0,002*
Eğitim Durumu	Ortaokul mezunu Lise mezunu Önlisans / Lisans mezunu Lisans üstü / Doktora mezunu	5,5 (1 – 10) 11,5 (0 – 32) 13 (0 – 35) 13 (1 – 26)	p=0,225**
Aylık Gelir	3000 tl ya da daha az 3001 - 4000 tl 4001 - 5000 tl 5001 - 10000 tl 10001 tl ve üzeri	17,5 (7 – 23) 12,5 (1 – 31) 12 (0 – 33) 13 (0 – 34) 12,5 (0 – 35)	p=0,649**
Meslek Grupları	Hekim Hekim dışı sağlık personeli İdari ve hizmet personeli	14 (0 – 35) 13 (0 – 34) 7 (0 – 23)	P<0,001**
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl 1 yıl – 3 yıl 3 yıl – 5 yıl 5 yıl – 10 yıl 10 yıl ve üstü	18 (9 – 26) 19 (8 – 33) 13 (4 – 29) 12 (1 – 26) 12 (0 – 35)	p=0,003**

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarından COVID-19 tanısı almayanlarda, tanı alanlara göre duygusal tükenme puanları istatistiksek olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,004). Ruhsal hastalık varlığı ve kronik hastalık varlığı ile duygusal tükenme puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,081), (p=0,215).

Tablo 21. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık Durumu (n=360)		Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri (Mann-Whitney U Testi)
Ruhsal Hastalık	Olan Olmayan	14 (6 – 29) 13 (0 – 35)	p=0.081
Kronik Hastalık	Olan Olmayan	14,5 (0 – 35) 12 (0 – 34)	p=0,215
COVID-19 Tanısı	Alan Almayan	10 (0 – 32) 14 (0 – 35)	p=0,004

Katılımcıların pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre katılımcıların pandemi döneminde çalıştıkları yere göre duygusal tükenme puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre Toplum Sağlığı Merkezi'nde ve Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışanların İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanlara göre duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,001$), ($p<0,001$). Hem pandemi döneminde aktif görev alan katılımcıların hem de anket doldurduğu dönemde aktif görev alanların, almayanlara göre duygusal tükenme puanları yüksek saptanmıştır ($p<0,001$), ($p<0,001$). Aktif görevin süresi ile duygusal tükenme puanı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,183$). Evde hasta takibi /ilaç dağıtımı, temaslı / filyasyon ekibi ve telefonla hasta takibi gibi görevlerde çalışanların, çalışmayanlara göre duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$), ($p=0,023$), ($p=0,003$). Rutin taramalar ve istatistik / organizasyon / koordinasyon görevinde çalışanlar ile çalışmayanlar arasında duygusal tükenme puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,674$), ($p=0,673$).

Tablo 22. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Döneminde Çalışma Durumları(n=360)		Duygusal Tükenme Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü Merkez TSM Aile Sağlığı Merkezi	9 (0 – 29) 13 (0 – 33) 14 (0 – 35)	p<0,001**
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	14 (0 – 35) 9 (0 – 34)	p<0,001*
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay 5 - 8 ay 9 ay	14 (0 – 33) 12,5 (0 – 31) 15 (0 – 35)	p=0,183**
Anket Doldurulduğu Dönemde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	15 (0 – 35) 10 (0 – 34)	p<0,001*
Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	Yapan Yapmayan	15,5 (0 – 33) 12 (0 – 35)	p=0,001*
Temaslı / Filyasyon ekibi	Yapan Yapmayan	14 (0 – 33) 12 (0 – 35)	p=0.023*
Rutin Taramalar	Yapan Yapmayan	13,5 (0 – 24) 13 (0 – 35)	p=0,674*
İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	Yapan Yapmayan	11,5 (0 – 29) 13 (0 – 35)	p=0,673*
Telefonla hasta takibi	Yapan Yapmayan	14 (0 – 35) 12 (0 – 34)	p=0,003*

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

4.7. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Bazı Sağlık Durumları Ve Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Cinsiyete göre duyarsızlaşma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p=0,986$). Katılımcıların yaş gruplarına göre duyarsızlaşma puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre 30 yaş ve altı katılımcıların, 31 – 40 yaş ve 41 yaş ve üstü katılımcılara göre duyarsızlaşma puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,001$), ($p<0,001$). Bekar olanların evli olanlara göre duyarsızlaşma puanları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Meslek gruplarına göre yapılan analizde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre, hekim grubunun hem idari ve hizmet personeli hem de hekim dışı sağlık personeli grubuna göre duyarsızlaşma puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,008$), ($p<0,001$). Toplam çalışma yılına göre duyarsızlaşma puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,005 yeni alfa değerine göre farkın 1 – 3 yıl çalışma süresine sahip olanlarla, 5 – 10 yıl ve 10 yıl üstü çalışma süresine sahip gruplar arasından kaynaklandığı saptanmıştır. 1-3 yıl arası çalışma süresine sahip katılımcıların 5-10 yıl ve 10 yıl üstü çalışma süresine sahip katılımcılara göre duyarsızlaşma puanları daha yüksektir ($p=0,001$), ($p<0,001$). Katılımcıların eğitim durumu ve aylık gelirleri ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,225$), ($p=0,649$).

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık durumları ve pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler Tablo 23, Tablo 24 ve Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 23. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler (n=360)		Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Cinsiyet	Kadın Erkek	3 (0 – 17) 2 (0 – 18)	p=0.986*
Yaş Grupları	≤30 31-40 ≥41	4 (0 – 14) 2 (0 – 18) 2 (0 – 18)	p<0,001**
Medeni Durum	Evli Bekar	2 (0 – 18) 4 (0 – 14)	p=0,004*
Eğitim Durumu	Ortaokul mezunu Lise mezunu Önlisans / Lisans mezunu Lisans üstü / Doktora mezunu	1 (0 – 2) 2 (0 – 17) 2 (0 – 18) 4 (0 – 18)	p=0,216**
Aylık Gelir	3000 tl ya da daha az 3001 - 4000 tl 4001 - 5000 tl 5001 - 10000 tl 10001 tl ve üzeri	2,5 (1 – 4) 3 (0 – 8) 2 (0 – 17) 3 (0 – 14) 3 (0 – 18)	p=0,278**
Meslek Grupları	Hekim Hekim dışı sağlık personeli İdari ve hizmet personeli	4 (0 – 18) 2 (0 – 17) 1 (0 – 10)	p<0,001**
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl 1 yıl – 3 yıl 3 yıl – 5 yıl 5 yıl – 10 yıl 10 yıl ve üstü	5 (0 – 11) 7 (2 – 14) 3 (0 – 11) 3 (0 – 13) 2 (0 – 18)	p<0,001**

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Katılımcılardan COVID-19 tanısı almayanlarda, tanı alanlara göre duyarsızlaşma puanları istatistiksek olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,022). Ruhsal hastalık varlığı ve kronik hastalık varlığı ile duygusal tükenme puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,709), (p=0,936).

Tablo 24. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık Durumu (n=360)		Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri (Mann-Whitney U Testi)
Ruhsal Hastalık	Olan Olmayan	2 (0 – 13) 2 (0 – 18)	p=0.709
Kronik Hastalık	Olan Olmayan	2 (0 – 15) 2,5 (0 – 18)	p=0,936
COVID-19 Tanısı	Alan Almayan	2 (0 – 18) 3 (0 – 18)	p=0,022

Katılımcıların pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre katılımcıların pandemi döneminde çalıştıkları yere göre duyarsızlaşma puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,007$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre Toplum Sağlığı Merkezi'nde ve Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışanların İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanlara göre duyarsızlaşma puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,004$), ($p=0,007$). Hem pandemi döneminde aktif görev alan katılımcıların hem de anket doldurduğu dönemde aktif görev alanların, almayanlara göre duyarsızlaşma puanları yüksek saptanmıştır ($p<0,001$), ($p=0,002$). Aktif görevin süresi ile duyarsızlaşma puanı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,514$). Evde hasta takibi /ilaç dağıtımı, temaslı / filyasyon ekibi ve istatistik / organizasyon / koordinasyon gibi görevlerde çalışanların, çalışmayanlara göre duyarsızlaşma puanları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$), ($p=0,005$), ($p=0,023$). Rutin taramalar ve telefonla hasta takibi görevinde çalışanlar ile çalışmayanlar arasında duyarsızlaşma puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,622$), ($p=0,229$).

Tablo 25. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Döneminde Çalışma Durumları (n=360)		Duyarsızlaşma Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü Merkez TSM Aile Sağlığı Merkezi	2 (0 – 11) 3 (0 – 17) 3 (0 – 18)	p=0,007**
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	3 (0 – 18) 1 (0 – 17)	p<0,001*
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay 5 - 8 ay 9 ay	3 (0 – 14) 2,5 (0 – 18) 3 (0 – 18)	p=0,514**
Anket Doldurulduğu Dönemde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	3 (0 – 18) 2 (0 – 17)	p=0,002*
Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	Yapan Yapmayan	4 (0 – 14) 2 (0 – 18)	p<0,001*
Temaslı / Filyasyon ekibi	Yapan Yapmayan	3 (0 – 14) 2 (0 – 18)	p=0,005*
Rutin Taramalar	Yapan Yapmayan	3 (0 – 11) 2 (0 – 18)	p=0,622*
İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	Yapan Yapmayan	4 (0 – 14) 2 (0 – 18)	p=0,023*
Telefonla hasta takibi	Yapan Yapmayan	3 (0 – 18) 2 (0 – 17)	p=0,229*

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

4.8. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri, Bazı Sağlık Durumları Ve Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre cinsiyet grubunda kadınların erkeklere göre kişisel başarı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,048$). Katılımcıların yaş gruplarına ve medeni durumlarına göre kişisel başarı puanları arasında fark saptanmamıştır ($p=0,086$), ($p=0,057$). Katılımcıların eğitim durumlarına göre, kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,025$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası farkın ortaokul ve doktora / lisansüstü grupları arasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ortaokul mezunlarında kişisel başarı puanları daha düşüktür ($p=0,019$). Aylık gelirlerine göre yapılan analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,005 yeni alfa değerine göre, 4001-5000 tl ile 10000 tl üstü gelire sahip gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. 10000 tl üzeri aylık gelire sahip katılımcılarda kişisel başarı puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Meslek gruplarına göre yapılan analizde de gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre, idari ve hizmet personeli grubunun hem hekim hem de hekim dışı sağlık personeli grubuna göre kişisel başarı puanı daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$), ($p=0,003$). Katılımcıların toplam çalışma yılına göre kişisel başarı puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,265$).

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık durumları ve pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puanlarının karşılaştırılmasına ait bilgiler Tablo 26, Tablo 27 ve Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 26. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sosyodemografik Özellikler (n=360)		Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Cinsiyet	Kadın Erkek	23 (7 – 32) 21 (3 – 32)	p=0.048*
Yaş Grupları	≤30 31-40 ≥41	20 (8 – 32) 23 (7 – 32) 22 (3 – 32)	p=0,086**
Medeni Durum	Evli Bekar	22 (4 – 32) 21 (3 – 32)	p=0,057*
Eğitim Durumu	Ortaokul mezunu Lise mezunu Önlisans / Lisans mezunu Lisans üstü / Doktora mezunu	10 (10 – 10) 20 (3 – 31) 22 (4 – 32) 22 (13 – 32)	p=0,025**
Aylık Gelir	3000 tl ya da daha az 3001 - 4000 tl 4001 - 5000 tl 5001 - 10000 tl 10001 tl ve üzeri	26,5 (22 – 29) 23 (12 – 26) 21 (3 – 32) 22 (4 – 32) 25 (10 – 32)	p=0,01**
Meslek Grupları	Hekim Hekim dışı sağlık personeli İdari ve hizmet personeli	23 (8 – 32) 22 (4 – 32) 18 (3 – 31)	p=0,005**
Meslekte Toplam Çalışma Süresi	1 ay – 1 yıl 1 yıl – 3 yıl 3 yıl – 5 yıl 5 yıl – 10 yıl 10 yıl ve üstü	23 (11 – 29) 21 (13 – 27) 21,5 (8 – 30) 22 (9 – 32) 22 (3 – 32)	p=0,265**

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

Katılımcıların bazı sağlık durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; ruhsal hastalık varlığı, kronik hastalık varlığı ve COVID-19 tanısı alma durumu ile kişisel başarı puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,331), (p=0,8), (p=0,875).

Tablo 27. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Bazı Sağlık Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Sağlık Durumu (n=360)		Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri (Mann-Whitney U Testi)
Ruhsal Hastalık	Olan Olmayan	20 (8 – 32) 22 (3 – 32)	p=0.331
Kronik Hastalık	Olan Olmayan	22 (8 – 32) 22 (3 – 32)	p=0,8
COVID-19 Tanısı	Alan Almayan	22 (3 – 32) 22 (4 – 32)	p=0,875

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının pandemi döneminde çalışma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre katılımcıların pandemi döneminde çalıştıkları yere göre kişisel başarı puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışanların Toplum Sağlığı Merkezi'nde ve İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanlara göre kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,001$), ($p<0,001$). Pandemi döneminde aktif görev alan katılımcılarla, almayanlar arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0,149$). Anket doldurduğu dönemde aktif görev alanların almayanlara göre kişisel başarı puanları yüksek saptanmıştır ($p=0,002$). Aktif görevin süresi ile kişisel başarı puanı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrası 0,017 yeni alfa değerine göre 1-4 ay çalışanların, 5-8 ay çalışanlara ve 9 ay yani sürekli olarak aktif görev alanlara göre kişisel başarı puanı düşük bulunmuştur ($p=0,002$), ($p<0,001$). Evde hasta takibi /ilaç dağıtımı, temaslı / filyasyon ekibi ve istatistik / organizasyon / koordinasyon gibi görevlerde çalışmayanların, çalışanlara göre kişisel başarı puanları yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,037$), ($p=0,012$), ($p=0,029$). Telefonla hasta takibi görevinde çalışanların çalışmayanlara göre kişisel başarı puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksektir ($p=0,001$). Rutin

taramalar görevinde bulunanlar ile bulunmayanlar arasındaki kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,705$).

Tablo 28. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Pandemi Döneminde Çalışma Durumları İle Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanlarının Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Pandemi Döneminde Çalışma Durumları (n=360)		Kişisel Başarı Alt Boyutu Puanı Median, (Min. - Maks.)	p değeri
Pandemi Döneminde Çalışılan Yer	İl Sağlık Müdürlüğü Merkez TSM Aile Sağlığı Merkezi	21 (3 – 32) 21 (8 – 32) 24 (7 – 32)	p<0,001**
Pandemi Döneminde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	22 (4 – 32) 22 (3 – 32)	p=149*
Pandemi Döneminde Aktif Görev Süresi (n=278)	1 - 4 ay 5 - 8 ay 9 ay	20 (4 – 32) 22 (11 – 32) 24 (8 – 32)	p<0,001**
Anket Doldurulduğu Dönemde Aktif Görev	Yapan Yapmayan	23 (8 – 32) 21 (3 – 32)	p=0,002*
Evde hasta takibi / İlaç dağıtımı	Yapan Yapmayan	22,5 (8 – 32) 20,5 (3 – 32)	p=0,037*
Temaslı / Filyasyon ekibi	Yapan Yapmayan	21 (4 – 32) 23 (3 – 32)	p=0,012*
Rutin Taramalar	Yapan Yapmayan	23,5 (4 – 31) 22 (3 – 32)	p=0,705*
İstatistik / Organizasyon / Koordinasyon	Yapan Yapmayan	20 (8 – 32) 22 (3 – 32)	p=0,029*
Telefonla hasta takibi	Yapan Yapmayan	23 (8 – 32) 21 (3 – 32)	p=0,001*

* Mann-Whitney U Testi, ** Kruskal-Wallis Testi

4.9. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Puanları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Boyutları Puanları arasındaki ilişkilerin Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların birbirleri ile ilişkileri analiz edilmiştir. Buna göre, Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile; duygusal tükenme alt boyutu puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=0,454$, $p<0,001$), Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile; duyarsızlaşma alt boyutu puanı arasında pozitif yönde düşük ve ya önemsiz düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=0,258$, $p<0,001$), Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile; kişisel başarı alt boyutu puanı arasında negatif yönde düşük ve ya önemsiz düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=-0,217$, $p<0,001$), duygusal tükenme alt boyutu puanı ile; duyarsızlaşma alt boyutu puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=0,576$, $p<0,001$), duygusal tükenme alt boyutu puanı ile; kişisel başarı alt boyutu puanı arasında negatif yönde düşük ve ya önemsiz düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=-0,168$, $p=0,001$) ve duyarsızlaşma alt boyutu puanı ile; kişisel başarı alt boyutu puanı arasında negatif yönde düşük ve ya önemsiz düzeyde anlamlı bir korelasyon ($r=-0,180$, $p=0,001$) saptanmıştır.

Birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği puanları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutları puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesine ait bilgiler Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Puanları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Alt Boyutları Puanları arasındaki ilişkilerin Değerlendirilmesi (15.12.2020 – 28.02.2021, Kırıkkale)

Ölçekler (n=360)	Beck Anksiyete Ölçeği	Duygusal Tükenme Alt Boyutu	Duyarsızlaşma Alt Boyutu	Kişisel Başarı Alt Boyutu
Beck Anksiyete Ölçeği	-	r=0,454* p<0,001	r=0,258* p<0,001	r=-0,217* p<0,001
Duygusal Tükenme Alt Boyutu	r=0,454* p<0,001	-	r=0,576* p<0,001	r=-0,168* p=0,001
Duyarsızlaşma Alt Boyutu	r=0,258* p<0,001	r=0,576* p<0,001	-	r=-0,180* p=0,001
Kişisel Başarı Alt Boyutu	r =-0,217* p<0,001	r=-0,168* p=0,001	r=-0,180* p=0,001	-

* Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı r ile ifade edilmektedir; 0,05-0,30 değerleri düşük veya önemsiz korelasyonu; 0,30-0,40 değerleri düşük orta derecede korelasyonu; 0,40-0,60 değerleri orta derecede korelasyonu; 0,60-0,70 değerleri iyi derecede korelasyonu; 0,70-0,75 değerleri çok iyi derecede korelasyonu; 0,75-1,00 değerleri mükemmel korelasyonu göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü ve Kırıkkale Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile Kırıkkale ili merkez ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde çalışan birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının, pandemi döneminde anksiyete düzeyleri ve tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $41,5 \pm 9,1$ yıl olup, katılımcıların yarısından fazlası 41 yaş ve üzerindedir. Burdur'da 554 sağlık çalışanında ve İzmir'de 137 sağlık çalışanında, devlet hastanesi örneklerinde yapılan araştırmalarda, bu çalışmadan farklı olarak büyük çoğunluk 31- 40 yaş arası tespit edilmiştir (110,111). Bu durum çalışmanın yapıldığı ASM, TSM ve İl Sağlık Müdürlüğü gibi kurumlarda özellikle hizmet puanı yüksek olan nispeten daha tecrübeli çalışanların görev alması ve bu kurumlara yeni mezun sağlık çalışanlarının daha az atanması ile ilişkili olabilir. Nitekim çalışmaya katılan çalışanların % 75,9'unun mesleki deneyimi 10 yıl üzerindedir. Mesleki deneyim yılı 0-5 yıl arasında olan çalışanların sıklığı ise sadece %12,7'dir.

Çalışmaya katılanların %50,7'si kadındır. Araştırmada kadın çalışan sayısının daha fazla olması hususunda, dünya geneline bakıldığında sağlık alanında kadın istihdamı %70'lerde iken, Türkiye'de % 60 kadın istihdam düzeyleri sağlanmış olup, bu çalışma kadın istihdam ağırlığı açısından dünyanın ve ülkemizin gerisinde kalmakla beraber kadın çalışanın daha fazla olması konusunda dünya ve ülke geneline benzer profil sergilemektedir (112). Çalışmaya katılan çalışanlarının görev pozisyonlarına bakıldığında %21,6'sı doktor olup %50,4'ü hemşire, ebe veya sağlık memurudur.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kurumunda çalışanların COVID-19 tanısı alma durumları sorgulanmış ve tüm kurumlarda çalışanların hastalığa yakalanma sıklığı %23,9 olarak bulunmuştur. Şubat 2021'de Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca, Türkiye'de COVID-19 ile enfekte sağlık çalışanı sayısının 120 bini geçtiğini, her on COVID-19 hastasından birinin sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. Türkiye'deki sağlık çalışanı sayısı düşünüldüğünde, o dönemde sağlık çalışanlarında pozitifliğin yaklaşık olarak %11-12 düzeylerinde olduğu anlaşılmaktadır. Aynı dönemde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 438 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada sağlık çalışanlarında COVID-19'a yakalanma sıklığı %10,3 olarak bulunmuştur (113). Folgueira ve ark. İspanya'da bir hastanede 578 sağlık çalışanı ile yaptıkları prevelans araştırmasında ise pozitiflik sıklığını %11,2 olarak tespit etmişlerdir. (114). Bu çalışmada veriler 2021 yılının Ocak ve Şubat aylarında toplanmış olup, çalışanların hastalığa yakalanma sıklıklarının ortalaması %23,9 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada

Çalışanların pozitiflik yzdelерinin Türkiye ve dünyadaki hastanede çalışan sağlık çalışanlarına göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum bize, hastanede çalışan sağlık alışanların COVID-19 hastalarına direk bakım vermeleri ve hastane ortamında bulaş riski açısından daha yüksek risk altında olduklarını düşündükleri için, kişisel koruyucu ekipmanları (KKE) daha yaygın ve daha doğru kullandıklarını düşündürmüştür.

Birinci basamak sağlık kurumu alışanlarında sigara içme durumlarına göre COVID-19 tanısı alma durumları değerlendirilmiş ve sigara içenlerin %15,8'i (n=24) COVID-19 geçirdiğini belirtirken, sigara içmeyenlerin %28'i (n=83) COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Sigara içmeyenlerde COVID-19 tanısı almanın, sigara içenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,004). Din ve Mandıracıoğlu'nun bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nde sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada önceden sigara içip sonradan bırakmış olanların COVID-19 geçirmiş olma sıklığı %26,1 ve istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur (113). Zhang ve ark. Çin'in Wuhan şehrinde COVID-19 enfeksiyonlu hastaların klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada COVID-19 sıklığının daha önceden sigara içip bırakanlarda, hala sigara içenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (115). Bununla birlikte, Vardavas ve Nikitara'nın çalışmasının yayınlanmış verilerinden, sigara içenlerin ciddi COVID-19 semptomlarına sahip olma olasılığının 1,4 kat ve yoğun bakım ünitesine yatırılma olasılığının yaklaşık 2,4 kat daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (116). Liu ve ark. Çin'de COVID-19 tanısı almış 78 hastada yaptıkları araştırmada sigara içmeyenlerin içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha çabuk iyileşme gösterdiğini saptamışlardır ve çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinde, sigara içme öyküsünün hastalığın ilerlemesi için bir risk faktörü olduğu anlaşılmıştır (117). Bu alışma ve bazı çalışmalar sigara içenlerin COVID-19 hastalığına daha az yakalandığını gösterse de birçok çalışma daha önce sigara öyküsü olanlarda ve mevcut sigara kullanıcılarında COVID-19 hastalığının daha yaygın olduğunu ve daha da önemlisi sigara içenlerde hastalığın daha agresif seyrettiğini, mortalite oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (116, 117). Sigara içen bireylerde, COVID-19 enfeksiyonunun en sık rastlanan semptomlarından olan öksürük, balgam çıkarma ve boğaz ağrısı gibi semptomlar günlük hayatta da sıklığa görülmektedir. Bu araştırmada sigara içen alışanlarda COVID-19 tanısı alma durumunun daha düşük olması; enfeksiyonu özellikle hafif semptomlu geçiren bireylerin sürekli yaşadığı bu semptomları bir hastalık belirtisi olarak görmeyip hastaneye gitmeye gerek duymaması ve dolayısıyla COVID-19 tanısı almamasından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Katılımcıların pandemi döneminde çalıştıkları kurumlara ve bazı çalışma düzenlerine göre COVID-19 tanısı alma durumları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada İl Sağlık Müdürlüğü'nde görev alan katılımcıların (%31,1), ASM'lerde görev alan katılımcılara göre (%16,1) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla COVID-19 tanısı aldıkları saptanmıştır. Bu durum bize; ASM'de çalışanların hastalara direk bakım verdikleri için, KKE kullanımına azami dikkat ettiklerini, ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanların daha kalabalık odalarda mesai saatleri boyunca bir arada çalışmalarının personel arası bulaşmayı arttırdığını ve bu şekilde COVID-19'a yakalanan katılımcı sayısının fazla olduğunu düşündürmüştür.

Katılımcıların pandemi ile mücadelede; temaslı/filyasyon ekibi, evde hasta takibi, ilaç dağıtımı gibi aktif görev alanlar ile geri pozisyonda çalışanlar arasında COVID-19 tanısı alma durumları karşılaştırıldığında; aktif görev almayanlarda COVID-19 tanısının, aktif görev alanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum da aynı şekilde aktif görev alan personelin bulaş riski yüksek işler yaptığı düşüncesiyle, KKE'ı daha yaygın, bilinçli ve etkin kullandığını düşündürmektedir. Ayrıca aktif çalışmayan personelin, mesai saatleri dışında, kalabalık ortamlarda bulunması, sosyal ortamlarda arkadaşları ile zaman geçirmesi bulaş riskini arttırmış olabilir.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği puanlarına göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde; %59,4'ü minimal düzeyde anksiyete, %22,8'inin hafif, %11,8'inin orta ve %6'sının şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir ayrıca birinci basamak sağlık çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $8,4 \pm 9,6$ 'dır. Karaaslan'ın 2015 yılında Elazığ'da ASM çalışanlarında yaptığı çalışmada çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $9,1 \pm 8,7$ olarak saptanmıştır (118). Pandemi döneminden önce yapılan bu çalışmaya göre ASM çalışanlarında ki anksiyete düzeyi, pandemi döneminde yapılan bu çalışmadaki çalışanlara göre azda olsa yüksek bulunmuştur. COVID-19 pandemisi başlamadan hemen öncesinde; Türkiye Bağımlılık Risk Profili Ve Ruh Sağlığı Haritası 2019 Proje Sonuç Raporu'na göre Türkiye toplumunun anksiyete belirti puan ortalaması %9,9'dur. Kırıkkale ilinin anksiyete puan ortalaması ise %10,0 olarak belirtilmiştir (60). Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının normal topluma göre belirgin şekilde (%40,6) daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları görülmektedir.

Korkmaz ve ark. Türkiye'de pandemi hastanesi olarak hizmet veren iki hastanede sadece COVID-19 hastalarına bakım veren 140 sağlık çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada;

anksiyetesi olmayan katılımcı sayısının 41 (%29), hafif anksiyetesi olan katılımcı sayısının 53 (%38), orta düzeyde anksiyetesi olan katılımcı sayısının 28 (%20) ve şiddetli anksiyetesi olan katılımcı sayısının 18 (%13) olduğu tespit edilmiştir (119). Türkiye’de 2020 Mayıs ayında bir eğitim araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarında Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak anksiyete düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, katılımcıların %60,5’i minimal, %25,5’i hafif, %8,5’i orta ve %5,5’i şiddetli anksiyete gösterdiği bildirilmiştir (120). Aslaner ve ark. Kayseri’de 214 Aile hekimi ve diğer Aile Sağlığı Merkezi personelinin katılımıyla, pandemi döneminde ASM personelinin kaygı durumlarını araştırmak üzere gerçekleştirdikleri çalışmada; anksiyetesi olmayan katılımcı sayısının 41 (%22), hafif anksiyetesi olan katılımcı sayısının 53 (%26,2), orta düzeyde anksiyetesi olan katılımcı sayısının 28 (%27,6) ve şiddetli anksiyetesi olan katılımcı sayısının 18 (%24,3) olduğu tespit edilmiştir (121). COVID-19’un Çin’de ortaya çıktığı ilk aylarda, yapılan bir çalışmada hemşirelerin; %31,5’i hafif, %7,6’ ı orta ve %2,17’sinin şiddetli düzeyde anksiyete gösterdiği bulunmuştur (122). Çalışmaların sonuçları incelendiğinde; özellikle COVID-19 hastalarına direk bakım veren sağlık çalışanlarında daha çok olmak üzere, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının artan iş yükleri, hayatı tehdit eden bir salgında en ön safta olmaları, ailelerine ve yakınlarına enfeksiyon taşıma korkuları ve stresli iş ortamları nedeniyle sağlık çalışanlarının bir çoğunun anksiyete belirtileri gösterdikleri gözlenmiştir.

Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre kadın katılımcıların medyan anksiyete puanı 8 iken erkeklerin 3 olarak bulunmuştur. Anksiyete puanları ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Aslaner ve ark. Kayseri’de 214 Aile hekimi ve diğer Aile Sağlığı Merkezi personelinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada; kadın katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı 18, erkek katılımcıların ki ise 9,5 bulunmuş, cinsiyete göre anksiyete puanı arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (121). Uşak’ ta pandemi döneminde yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (123). COVID-19 pandemisi sürecinde Kolombiya’da 531 pratisyen hekim ile yapılan bir çalışmada ise, kadınların daha fazla anksiyete gösterdikleri bulunmuştur (124). Literatürdeki çalışmalara uygun olarak bu çalışmada da, kadınlarda anksiyetenin yüksek çıkması durumu; anksiyete bozukluklarının da içinde olduğu ruhsal bozuklukların sıklığının kadınlarda erkeklere oranla yüksek görülmesiyle ilgilidir. Toplumda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu sıklığı %5-10 olmasına karşın, dünyada hemen her toplumda bu sıklık kadınlarda %15 olarak saptanmıştır (125). Sağlık çalışanı olarak görev yapan

kadınlarda iş hayatının getirdiği yoğun iş yükü, nöbetlerin fiziksel ve mental yorgunluğu ve pandemi ile birlikte daha da artan iş stresine ek olarak toplumumuzda çocuk bakımının ve ev hayatının getirdiği bazı sorumlulukların kadınların rolü olduğu yargısı nedeniyle anksiyete düzeyleri erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır.

Bu çalışmada, medeni durum ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yaş dağılımı ile anksiyete puanlarını karşılaştırdığımızda; 31-40 yaş aralığındaki katılımcıların anksiyete puanları daha yüksek saptansada yaş dağılımı ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bayülgen ve ark pandemi döneminde 237 hemşirenin katılımıyla yaptığı çalışmada, medeni durum ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (126). Aynı çalışmada yaş faktörünün anksiyete puanı ile anlamlı fark oluşturduğu, 18-25 yaş arasındaki personelin daha fazla anksiyete yaşadıkları gösterilmiştir. Şahin ve Kulakaç'ın Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 385 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların medeni durumu ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmazken, katılımcıların yaşları ile anksiyete puanları arasında doğru orantılı ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (127). Etiyopya'da 2020 Haziran'ında 305 sağlık çalışanı ile yapılan, COVID-19 ilişkili kaygı durumuna etkili faktörleri araştıran bir çalışmada, evli olanlarda; bekar olanlara göre ve yaşı 30'dan büyük olanların daha genç olanlara göre kaygı durumu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (128). Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında medeni durumun ve yaş faktörünün anksiyete düzeyine etkisi konusunda farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu farklılıkların; çalışmaların yapıldığı bölge ya da ülkelerdeki kültürel farklılıklar ile çalışmaların yapıldığı kurumların iş düzenlerindeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim hemşirelerde daha genç olanların acil ve yoğun bakım servisleri gibi iş yükü daha yoğun olan kliniklerde görevlendirilmesi, gece mesailerine daha çok genç olanların kalması genç yaştaki hemşirelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olmasını açıklayabilir. Öte yandan sağlık çalışanların geneli düşünüldüğünde artan yaşla beraber COVID-19 hastalığının daha ağır ve daha mortal seyredebileceği gerçeği yaş ile anksiyete düzeyleri arasındaki doğru orantıyı açıklayabilir.

Bu çalışmada katılımcıların aylık gelirlerine göre Beck anksiyete puanları değerlendirilmiş ve daha düşük gelirli olan katılımcıların anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yoğun iş yükü ve pandeminin getirdiği ek zorluklarla birlikte bir de ekonomik olarak kısıtlı bütçeye sahip olan katılımcıların daha kaygılı olmaları beklenen bir durumdur.

Araştırmada hekimler, hekim dışı sağlık personeli ile idari ve hizmet personeli arasında Beck anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış olup, hekim dışı sağlık personelinin (hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, diyetisyen) anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur. Hoşgör ve ark. sağlık çalışanlarında COVID-19'a bağlı anksiyete durumlarını değerlendirdiği çalışmada meslek grupları arasında anksiyete düzeyinde fark saptanmamıştır (123). Öztürk ve ark. 197 sağlık çalışanın katılımıyla yaptıkları çalışmada ise hemşire/sağlık memurlarının hekimlere göre daha yüksek anksiyete düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (129). Aslaner ve ark. Aile Sağlığı Merkezi'nde yaptıkları çalışmada da hekim dışı personelin anksiyete puanı hekim olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (121). İspanya'da salgının zirve döneminde gerçekleştirilen bir araştırmada sağlık çalışanlarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti genel toplum ile aynı bulunurken, orta-ciddi düzeyde anksiyete ve depresyon yaygınlığı genel toplumdan daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları arasında hemşirelerde anksiyete, depresyon ve akut stres belirtilerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (130). Bu çalışmada ve belirtilen çalışmalarda, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının genelinde artan anksiyete düzeylerinin, hemşire ve sağlık memurlarında daha yoğun yaşandığı bildirilmiştir. Bu durum diğer sağlık çalışanlarına göre, hemşire ve sağlık memurlarının görevlerinin hastalar ile daha çok yüz yüze ve yakın fiziksel temas kurmayı gerektirmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca özellikle hemşire pozisyonunda çalışanların daha çok kadın olması ve kadınlarda anksiyetenin daha sık görülüyor olması da bu meslek grubunda anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Mevcut çalışmada katılımcılardan herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların olmayanlara göre, ailelerinde COVID-19 tanısı almış birey olanların, olmayanlara göre Beck Anksiyete Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksek saptanmıştır. Bunun yanında, katılımcıların mesleki deneyim yılı ve kendilerinin COVID-19 tanısı alma durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışma bulguları, kronik hastalık varlığı ve anksite düzeyi yüksekliği açısından Bakioğlu ve ark. yaptığı çalışma ile uyumludur (131). Havlıoğlu ve Demir'in yaptığı çalışmada da bu çalışmanın bulgularına benzer olarak mesleki deneyim yılının artışı ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (132). Bunun yanında, Hoşgör ve ark. yaptığı çalışmada mesleki deneyim yılı, 10 yılın üzerinde olan katılımcılarda anksiyete düzeyinin daha yüksek saptandığı belirlenmiş ve COVID-19 tanısı alan ve kronik hastalığa sahip olanların anksiyete düzeylerinin etkilenmediği saptanmıştır

(123). Bu bağlamda mevcut çalışma bulgularının, literatür ile örtüşen ve örtüşmeyen yönleri olduğu belirtilebilir. Bu farklılıkların, çalışmaların, farklı kurumlar ve şehirlerde yapılmasından, ayrıca iş dinamiklerinden ve görev tanımı farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin daha yüksek anksiyete seviyelerine sahip olmaları; hastalığın yaşlı ve ek hastalığı olan bireylerde daha ağır seyrettiği gerçeği göz önüne alındığında doğal bir durum olarak açıklanabilir.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşu olarak değerlendiren İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezi'nde görev alan katılımcıların çalıştığı kurumlara göre, pandemi döneminde filyasyon ekibinde bulunma, temaslı takibi, evde hasta takibi-ilaç dağıtımı, taramalara katılma ve telefonla hasta takibi yapma gibi pandemi döneminde aktif görev almaları ile Beck Anksiyete Ölçeği puanları değerlendirilmiştir. Görev yapılan kurum ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Buna göre pandemi döneminde Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan katılımcıların anksiyete puanları, İl Sağlık Müdürlüğü'nde katılımcıların puanlarına göre daha yüksek saptanmıştır. Aynı şekilde pandemi döneminde aktif görev olarak evde hasta takibi-ilaç dağıtımı ve temaslı-filyasyon ekibinde görev alanların, görev almayanlara göre anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Literatürde birinci basamak sağlık kurumları arasında ve filyasyon ekiplerinde görev alanlar ile almayanlar arasında anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi irdeleyen herhangi bir çalışma bulgusuna erişilmemiş olsa da, pandemi ile mücadelede ön cephede çalışan sağlık çalışanları ile daha geri planda görev alan katılımcılar arasındaki anksiyete düzeylerini araştıran çalışmalar mevcuttur. Meo ve ark. çoğunluğunun birinci basamak sağlık kurumu çalışanlarından oluşan 1678 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada ön saflarda çalışanlarda anksiyete düzeyi geri planda çalışanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (133). Cai ve ark. yaptığı çalışmada 534 ön saflarda pandemiyle mücadele eden sağlık personelinde COVID-19 ve kaygının psikolojik ilişkisini araştırılmış ve ön saf sağlık çalışanlarının daha fazla kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (134). Bu çalışmaların sonuçlarına göre yüksek riskli birimlerde görev yapan ön saflardaki çalışanların, ruh sağlıklarının, görevlerini düşük riskli ortamlarda yapan çalışanlara göre daha kötü olduğunu işaret etmektedir. Ön saflardaki sağlık çalışanları, psikolojik olarak zayıflatıcı olabilen artan iş yüklerine ek olarak, enfekte olma ve enfeksiyonu ailelerine yayma konusunda daha büyük risk altındadır. Bu nedenle pandemi ile mücadelede aktif görev alan, ön cephede çalışan personelin fiziksel ve mental olarak daha yıpratıcı bir iş hayatına sahip olmaları buna bağlı olarak da yüksek anksiyete düzeylerinin olması doğal bir sonuçtur. Bu

sonuçlara paralel olarak, bu çalışmada Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapan personelin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olarak saptanması; filyasyon ekibi, temaslı takibi gibi hasta ile uzun süre temas edilmesini gerektiren görevlerin bu kurumda ki çalışanlar tarafından yapılması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada COVID-19 salgını sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının; sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık durumları ve pandemi döneminde çalışma düzenlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak tükenmişlik durumları değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanları, iş yükünün fazla olması, vardiyalı ve nöbet usulü iş düzenleri, stres ve yorgunluk gibi etkenler sebebiyle tükenmişliğin en sık görüldüğü meslek gruplarından biridir. Bununla birlikte pandemilerin, sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu görülme sıklığını arttırdığı tahmin edilmektedir (135). Tükenmişlik üzerine çevresel ve bireysel nedenler olmak üzere etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında; cinsiyet, yaş, karakter yapısı, medeni durum, meslek, ekonomik durum, çalışma ortamı, vardiyalı çalışma durumu, haftalık çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı, uykusuzluk problemleri yer almaktadır (83,84).

Araştırmada katılımcıların cinsiyetlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde kadınların duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Duyarsızlaşma puanları arasında ise cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır. Kutlu'nun yaptığı bir meta analiz çalışmasında, kadınların duygusal tükenme açısından, erkeklerin ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği açısından daha fazla tükenmişlik gösterdiğini tespit edilmiştir (136). Ankara'da birinci basamak sağlık kurumunda görev yapan 252 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre duygusal tükenme düzeylerinin daha fazla olduğu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından ise cinsiyete göre fark olmadığı saptanmıştır (137). İspanya'da sağlık çalışanlarında yapılan bir başka çalışmada da kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek tükenmişlik yaşadıkları ortaya konulmuştur (138). Şerik ve ark. 2014 yılında Sakarya'da aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini araştırdıkları araştırmada da kadınların erkeklere göre bekarların da evli olanlara göre duygusal tükenme düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (139). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarında yapılan başka bir araştırmada ise kadın ve erkek katılımcılar arasında tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (140). Arpacıoğlu ve ark. pandemi döneminde 368 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da cinsiyete göre duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı fark

saptanmamış olup, erkek katılımcılarda duyarsızlaşma puanların anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (141). Literatürde kadın ve erkeklerin tükenmişlik durumları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar olsa da, birçok çalışmanın sonuçlarına göre kadınların duygusal tükenme düzeylerinin, erkeklerin ise duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumu; kadın ve erkeklerin kişilik yapıları, toplum tarafından cinsiyete yüklenen roller, iş hayatının ve çalışma ortamının getirdiği sorumluluklar ve özel hayattaki roller ile açıklamak mümkündür.

Katılımcıların yaş grupları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutları değerlendirilmiş ve 30 yaş ve altında olan katılımcıların 30 yaş üzerinde olan katılımcılara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarı puanı ile yaş faktörü arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır. Kosa ve ark. yaptığı bir araştırmada, 25 yaş altındaki hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının 25 yaş üstündeki diğer hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek ve kişisel başarı puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuştur (142). İspanya'da yapılan araştırmada, 20-30 yaş aralığında olan sağlık çalışanlarının, 30 yaş üzerindeki sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik sendromu riskine sahip olduğu bildirilmiştir (138). Pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri ile yaş faktörü arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kişisel başarı puanının 30 yaş altı sağlık çalışanlarında, 40 yaş üstü katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (140). Bu araştırmadaki sonuçların literatür ile genel anlamda paralellik gösterdiği söylenebilir. Daha genç yaşlardaki sağlık çalışanların daha yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerine sahip olması; mesleğe yeni başlayanların daha yoğun fiziksel güç gerektiren işlerde görevlendirilmesi, gece vardiyalarında daha çok görev almaları ve iş hayatında görülebilen mobbing uygulamalarına daha fazla maruz kalmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada katılımcıların medeni durumlarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde bekar olanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanının evli olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişisel başarı puanları arasında ise medeni duruma göre anlamlı fark saptanmamıştır. Arpacıoğlu ve ark. pandemi sürecinde yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarından bekar olanların evli olanlara göre duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarında anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır (141). Hoşgör ve ark. COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik

durumlarını araştırdıkları araştırmada; katılımcıların medeni durumları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır (143). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumunun araştırıldığı bir başka araştırmada da katılımcıların medeni durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt grupları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (144). Çalışmalardan medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasında ilişki olmadığını gösterenler olsa da, bu konuda genel kanı bekarların ve boşanmış ya da dul olanların evli olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir (88). Bu çalışmanın sonuçları da bu yönde paralellik göstermektedir. Bekarların evli olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaları, yalnızlık duygusuna ek olarak, bekarların genel olarak daha genç yaşlarda olacağı düşünüldüğünde yaş faktörü ile de ilişkili olabilir. Ayrıca evli olanların göreceli olarak daha düzenli yaşamaları ve sosyal hayatlarının daha fazla olmasının tükenmişlik riskini azaltacağı düşünülmüştür.

Katılımcıların eğitim durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutları değerlendirilmiş ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanların, ortaokul ve daha düşük eğitim seviyesinde olan katılımcılara göre kişisel başarı puanı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Pandemi döneminde yapılan bir araştırmada da bu araştırmaya benzer şekilde sağlık çalışanlarında lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanların kişisel başarı puanı anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuş, katılımcıların eğitim seviyesi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır (140). Yakut ve ark. yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının eğitim durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (144).

Meslek gruplarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutları değerlendirildiğinde idari ve hizmet personelinin, hekim ve hekim dışı sağlık personeline göre duygusal tükenme ve kişisel başarı puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Duyarsızlaşma puanında ise hekim grubunun, diğer meslek gruplarına göre puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada hekim ve diş hekimlerinin duygusal tükenme düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada meslek grupları arasında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır (140). Bir meta analiz çalışmasında ise, meslek gruplarına göre tükenmişlik incelendiğinde hemşirelerin hekimlere göre daha fazla duygusal tükenmişlik düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (136). Samsun'da pandemi döneminde yapılan bir çalışmada hemşirelerin hekimlere göre hem duygusal tükenme hem de

duyarsızlaşma yönünden daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada kişisel başarı açısından fark tespit edilmemiştir (145). İspanya’da pandemi sürecinde yapılan bir araştırmada, koronavirüs ile mücadelede ön safta çalışan hekim ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre tükenmişlik sendromu riskinin iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (138). Kaya ve ark. birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada ise katılımcıların meslekleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (137). Çalışmalara bakıldığında özellikle hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarından hekim ve hemşirelerin daha yüksek tükenmişlik sendromu riskiyle karşı karşıya olduğu görülmektedir. Özellikle pandemi dönemiyle birlikte artan iş yükü ve stresi ile daha ağır şartlarda çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek seviyelere çıkacağı öngörülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların kronik hastalık durumları ve COVID-19 tanısı alma durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; kronik hastalık durumunun duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarında anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür. Buna karşın COVID-19 tanısı almayan katılımcılarda, tanı alan katılımcılara göre beklenmedik şekilde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kişisel başarı puanı ile COVID-19 tanısı alma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının kronik hastalık durumları ve COVID-19 tanısı alma durumları ile tükenmişlik durumları arasında fark olmadığı saptanmıştır (138). Türkili ve ark. pandemi döneminde 146 aile hekiminin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmada kronik hastalık durumu ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı fark saptanmazken, COVID-19 tanısı almış aile hekimlerinin duyarsızlaşma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (146). Hoşgör ve ark. yaptığı çalışmada ise katılımcıların COVID-19 tanısı alma durumları ile tükenmişlik durumları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (143). Bu çalışmada COVID-19 tanısı alan katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının tanı almayanlara göre istatistiksel olarak daha düşük olması–beklenmeyen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Çalışmada veri toplandığı dönemde COVID-19 tanısı aldığını belirten katılımcılar hastalığın aktif döneminde olmayıp, hastalığı ve karantina sürecini atlatmış ve işine dönmüş katılımcılardır. Bu yüzden; bu sonucun, hastalığı atlatarak iyileşmiş olan katılımcıların, hastalığın üstesinden gelmiş olma düşüncesine sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmada katılımcıların pandemi döneminde çalıştıkları kurum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ASM ve TSM de görev alan katılımcıların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanının İl Sağlık Müdürlüğü'nde katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişisel başarı puanları karşılaştırıldığında da ASM katılımcılarının diğer kurumlarda çalışanlara göre anlamlı ve daha yüksek kişisel başarı puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Pandemi sürecinde aktif görev alanların daha çok TSM kadrosundaki katılımcıların olması ve ASM çalışanlarının direk olarak hasta bakımı yapmaları bu sonuçların ortaya çıkmasında ki nedenler olarak düşünülmüştür.

Araştırma kapsamında sorgulanan ve pandemi sürecinde aktif görev aldığını belirten katılımcıların aktif görev almayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının anlamlı ve yüksek olduğu saptanmıştır. Aktif görev alan ile almayan katılımcılar arasında ise kişisel başarı puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aktif görev olarak evde hasta takibi/ilaç dağıtımı, temaslı/filyasyon ekibi ve telefonla hasta takibi gibi görevlerde yer alan katılımcıların duygusal tükenme puanları anlamlı ve yüksek saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanlarına bakıldığında evde hasta takibi/ilaç dağıtımı, temaslı/filyasyon ekibi ve istatistik/organizasyon/koordinasyon görevlerinde yer alanların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek duyarsızlaşma düzeylerine sahip oldukları belirlenmiştir. Evde hasta takibi/ilaç dağıtımı ve telefonla hasta takibi yapan katılımcıların kişisel başarı puanları yapmayanlara göre daha yüksekken, temaslı/filyasyon ekibi ve istatistik/organizasyon/koordinasyon görevlerinde yer alanların kişisel başarı puanları bu görevlerde yer almayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin COVID-19 hastaları ile temas sıklığı arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma oranlarının arttığı saptanmıştır (146). Pandemi döneminde yapılan bir başka çalışmada da COVID-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (140). Arpacıoğlu ve ark. yaptığı çalışmada pandemi döneminde ön safta çalışan sağlık personelinde daha yüksek tükenmişlik yaşandığı belirtilmiştir (141). Torrente ve ark. yaptıkları araştırmada, bu araştırmaya benzer şekilde pandemide ön safta görev alan sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gösterdiği ancak kişisel başarı alt ölçeğinde önemli bir farkın saptanmadığını bildirmiştir (138). Dünyada pandemi sürecinden ilk ve en çok etkilenen ülkelerden İtalya'da yapılan bir çalışmada da COVID-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında diğer servislerde çalışanlara göre daha yüksek duygusal tükenme gözlemlendiği bildirilmiştir (147). Bu

araştırmadan elde edilen sonuçlar, literatürde ki araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Pandemi süreci, ülkemizde ilk vakanın görüldüğü tarihten itibaren sağlık kurumlarında iş düzeninde büyük değişikliklere neden olmuş, birçok sağlık çalışanının iş yükünde artış olmuştur. Bu dönemde sağlık çalışanları daha çok hastaya, daha zor şartlarda hizmet vermek durumunda kalmıştır. Bunlara ek olarak hastalığın bilinmeyen doğası ve henüz etkinliği kanıtlanmış bir tedavinin olmaması ile yüksek bulaştırmacılık oranları sağlık çalışanlarında fiziksel ve psikolojik etkilenmeyi arttıran faktörler olarak sayılabilir. Bu süreçte özellikle ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının ailelerine ve yakınlarına enfeksiyon etkeni taşıma korkusu; izolasyon, evden ayrılma gibi önlemleri beraberinde getirmiş ve sağlık çalışanlarının sosyal hayatları da olumsuz etkilenmiştir. Bütün bunlar düşünöldüğünde özellikle pandemi sürecinde aktif görev alıp ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamaları kaçınılmaz bir durum olarak düşünölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin;

- Araştırmaya 448 (%76) çalışan katılmıştır.
- Araştırmaya katılanların %50,7'si kadın, % 82,1'i evli ve yaş ortalamaları $41,5 \pm 9,1$ 'dir.
- Katılımcıların %2,0'si uzman hekim, %19,6'sı pratisyen hekim, % 27,0'si hemşire/ebe, % 23,4'ü sağlık memuru, % 13,2'si memur, %5,1'i hizmet personeli ve % 9,7'si diğer (diş hekimi, diyetisyen, psikolog, eczacı, tekniker, işçi, şoför, tıbbi teknolog, avukat) meslek gruplarında çalışmaktadır.
- Katılımcıların % 33,9'u sigara içmektedir. Sigara içenlerin % 2,7'si sigarayı COVID-19 salgını başladıktan sonra içmeye başladığını belirtmiştir. Sigaranın zararlarının farkındalığı için eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Katılımcıların % 23,9'u COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Ailesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı sıklığı ise % 35,0'dir.
- Katılımcıların % 62,1'i pandemi döneminde aktif görev aldığını belirtmiştir. Aktif görev alan katılımcıların % 13,8'i evde hasta takibi/ilaç dağıtımı, % 19,9'u temaslı/filyasyon ekibi, % 5,8'i rutin taramalar, % 9,4'ü istatistik/organizasyon/koordinasyon ve % 39,7'si ise telefonla hasta takibi gibi görevler aldığını belirtmiştir.
- Pandemi döneminde aktif görev alanların COVID-19 tanısı alma sıklıkları %20,1 iken, aktif görev almayıp arka saflarda çalışanların COVID-19 tanısı alma sıklıkları %30,0'dur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu beklenmedik durumun büyük oranda aktif görev alan katılımcıların risk algısındaki artıştan dolayı KKE'yi en doğru ve en uygun şekilde kullanımından kaynaklandığı düşünülmüştür. KKE kullanımının öneminin ve faydalarının farkındalığı için eğitim programları oluşturulmalı, özellikle birden fazla kişinin bulunduğu ofis ortamında maske ve mesafe kurallarına hassasiyetle uyulması konusunda düzenli kontroller ve hatırlatıcı bilgilendirme toplantıları düzenlenmesi uygun olacaktır.
- Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarına göre, katılımcılardan %59,4'ünün anksiyetesi olmayıp, %22,8'i hafif düzeyde anksiyete, %11,8'i orta düzeyde anksiyete ve % 6,0'sı şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri göstermektedir.

- Kadın katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı sekiz iken, erkek katılımcılarınki üç'tür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Hekim dışı sağlık personelinin Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı altı iken, hekim grubu ile idari ve hizmet personeli gruplarının her ikisinde puanı dört'tür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Kronik hastalığı olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı sekiz iken, hastalığı olmayanların ki dört'tür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Ailesinde COVID-19 tanısı alan birey olan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı on iken, olmayanların ki beş'tir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Katılımcıların kendilerinde COVID-19 tanısı alma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
- Pandemi döneminde aktif görev olarak evde hasta takibi/ilaç dağıtımı yapan katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı sekiz iken, bu görevde çalışmamış olanlarınki beş'tir. Temaslı/filyasyon ekibinde katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı on iken, bu görevde çalışmamış olanlarınki beş'tir. Her iki grupta da fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Kadın katılımcıların duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek iken, duyarsızlaşma puanı ile cinsiyet arasında anlamlı fark yoktur.
- Bekar olanların evli olanlara göre, otuz yaş ve altında olanlarında otuz yaş üzeri olan katılımcılara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Bu gruplarda kişisel başarı puanına göre anlamlı fark yoktur.
- İdari ve hizmet personelinin duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları hekim ve hekim dışı sağlık personeline göre anlamlı olarak daha düşüktür. Hekim grubunun duyarsızlaşma puanları ise diğer iki meslek grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- TSM ve ASM'de çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. ASM'de çalışanların kişisel başarı puanları TSM ve İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Pandemi sürecinde aktif görev aldığını belirten katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları aktif görevde yer almayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Kişisel başarı puanında ise anlamlı fark yoktur.

Bu araştırma sonuçlarına göre;

- Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde devam etmesi, sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de ruhsal açıdan iyilik halinde olmaları ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle katılımcıların bedensel sağlıklarını korumak için; uygun mesai saatleri, limiti aşmayacak şekilde haftalık çalışma saatleri belirlenmeli ve uygun çalışma ortamı sağlanmalıdır.
- COVID-19 enfeksiyonunda özellikle ön safta çalışanlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlara yeteri miktarda tam donanımlı KKE sağlanmalı ve KKE'nin en doğru ve en etkin şekilde kullanımına dair eğitimler verilmeli, katılımcıların KKE kullanımı belli periyotlar ile denetlenmelidir.
- Sağlık çalışanlarına pandemi süreci ile ilgili sürekli güncellenen bilgiler konusunda yeterli sayıda ve nitelikli eğitimler verilmelidir.
- Pandemi sürecinin zorluklarına bağlı olarak ön saflarda çalışanlar başta olmak üzere sağlık çalışanlarında ortaya çıkması olası anksiyete bozukluğu ve tükenmişlik sendromu gibi ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi ve ihtiyaç duyanlara psikolojik destek verilmesi son derece önemlidir.
- Mesleğin ilk yıllarında olan ve 30 yaş altında olan katılımcıların daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Özellikle genç ve tecrübesiz katılımcıların fiziksel ve mental olarak daha yoğun iş gücü gerektiren işlerde çalıştırılmaları önlenmelidir. Tüm çalışanların iş gücüne katılımı sağlanmalı ve uygun çalışma şartlarında iş hayatlarını sürdürmelerini sağlanmalıdır.
- Pandemi sürecinin getirdiği zor çalışma şartlarının ve ağır iş yükünün bazı çalışanların ya da tek bir kurumdaki çalışanların yüklenmesini önlemek ve iş yükünün tüm sağlık personeline homojen dağılımını sağlamak için kurumlar arasında personellerin rotasyon yapmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance, 19 March 2020. No. WHO/2019-nCov/HCW_advice/2020.2. World Health Organization, 2020.
2. “Pandemi nedir, ülkeleri nasıl etkiler? - Dünya Sağlık Örgütü koronavirüsü pandemi ilan etti,” https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-COVID-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0 Erişim tarihi:26.10.2020
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Genel Bilgiler Epidemiyoloji Ve Tanı Rehberi, Sayfa 7-19, 29 Haziran 2020, Ankara
4. Saygun M, Daymaz D. Türkiye sağlık raporu 2020. Üner S, Okyay P (Editörler). Bölüm: Pandemi ve sağlık çalışanları. Ankara: Hipokrat Yayınevi, s.685-689.
5. Saatçı E, COVID 19 pandemisi ve sağlık çalışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı ?.Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2020 24(3):153-166.
6. <https://www.evrensel.net/haber/416516/fahrettin-koca-testi-pozitif-olan-saglik-calisani-sayisi-40-bini-gecti>. Erişim tarihi:26.10.2020
7. Buran D, Dikmen AU. Ülkemizde ve Dünyada COVID-19 Epidemiyolojisi. Turkey Health Literacy Journal, (2021). 2(2), 48-55.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviren) s.1559-1800, İstanbul, Günes Kitabevleri
9. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Meikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-627
10. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalance of depression, anxiety and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta- analysis. Brain Behav Immun. 2020 aug88:901-907
11. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KW, Sham PC, Chua SE, Wong JG. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak onhealth care workers. Can J Psychiatry. 2007;52(4):241-7

12. Sakaoğlu HH, Orbatu D, Emiroğlu M, Çakır Ö. COVID 19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik hastanesi örneği. Tepecik Eğit. Ve Araş. Hastanesi Dergisi 2020(30);ek sayı:1-9
13. Kaolin H, Yeming W, Xingwang L, Lili R, Jianping Z, Yi H, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 15-21 Şubat; 395(10223): 497-506.
14. Li G, Fan Y, Lai Y, Han T, Li Z, Zhou P, et al. Coronavirus infections and immune responses. J Med Virol. 2020;92:424–32.
15. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W., et al. An outbreak of pneumonia associated with a possible bat-borne novel coronavirus 2020. 579 (7798), 270-273.
16. Lam TTY, Jia N, Zhang YW, Shum MHH, Jiang JF, Zhu HC, et al. Identifying SARS-CoV-2-related coronaviruses in Malayan pangolins. Nature, 2020. 583(7815), 282-285.
17. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors. Annals of internal medicine 2020.
18. Lauxmann MA, Santucci NE, Autrán-Gómez AM. The SARS-CoV-2 Coronavirus and the COVID-19 Outbreak. Int braz j urol. 2020;46:6–18.
19. Baloch S, Baloch MA, Zheng T, Pei X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Tohoku J Exp Med. 2020;250:271–8.
20. Lauer SA. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Annals of Internal Medicine 2020; 172(9): 577-582.
21. Malik YA. Properties of coronavirus and SARS-CoV-2. Malays J Pathol. 2020;42:3–11.
22. Salzberger B, Buder F, Lampl B, Ehrenstein B, Hitzenbichler F, Holzmann T, et al. Epidemiology of SARS-CoV-2. Infection, 2020. 1-7.
23. Chen N, Zhou M, Don, X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The lancet, 2020. 395(10223), 507-513.
24. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn S, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). StatPearls, 2021.

25. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 2020.
26. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, Felix SEB, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(24), 759.
27. Geren A. Covid-19 pandemisinin gebelerde oluşturduğu anksiyete ve depresyon şiddetinin değerlendirilmesi. *Uzmanlık tezi Antalya* (2020).
28. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7:11.
29. Sheervalilou R, Shirvaliloo M, Dadashzadeh N, Shirvalilou S, Shahraki O, Pilehvar-Soltanahmadi Y, et al. COVID-19 under spotlight: A close look at the origin, transmission, diagnosis, and treatment of the 2019-nCoV disease. *J Cell Physiol*. 2020;235:8873–924.
30. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr*. 2020;87:281–6.
31. Diagnostic testing for SARS-CoV-2, <https://www.who.int/publications/i/item/diagnostic-testing-for-sars-cov-2>, Erişim tarihi: 27 Şubat 2021
32. Nalla AK, Casto AM, Huang MLW, Perchetti GA, Sampoleo R, Shrestha L, et al. Comparative performance of SARS-CoV-2 detection assays using seven different primer-probe sets and one assay kit. *Journal of clinical microbiology*, 2020; 58(6).
33. Weissleder R, Lee H, Ko J, Pittet MJ. COVID-19 diagnostics in context. *Science Translational Medicine*, 2020;12(546).
34. Long DR, Gombor S, Hogan CA, Greninger AL, Shah VO, Bryson-Cahn C, et al. Occurrence and Timing of Subsequent SARS-CoV-2 RT-PCR Positivity Among Initially Negative Patients. 2020, medRxiv.
35. Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S, et al. Development and clinical application of rapid IgM-IgG combined antibody test for the diagnosis of SARS - CoV - 2 *Tıbbi viroloji dergisi*, 2020;92 (9), 1518-1524.

36. Jääskeläinen AJ, Kekäläinen E, Kallio-Kokko H, Mannonen L, Kortela E, Vapalahti O, et al. Evaluation of commercial and automated SARS-CoV-2 IgG and IgA ELISAs using coronavirus disease (COVID-19) patient samples. *Eurosurveillance*, 2020;25(18), 2000603.
37. Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili S, Bahreini E. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biol Proced Online*. 2020;22:19.
38. Abbasi-Oshaghi E, Mirzaei F, Farahani F, Khodadadi I, Tayebinia H. Diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Laboratory, PCR, and chest CT imaging findings. *Int J Surg*. 2020;79:143–53.
39. Hassan SA, Sheikh FN, Jamal S, Ezeh JK, Akhtar A. Coronavirus (COVID-19): A Review of Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. 2020;12.
40. Stephanie S. Determinants of Chest X-Ray Sensitivity for COVID- 19: A Multi-Institutional Study in the United States. *Radiology: Cardiothoracic Imaging* 2020; 2(5): e200337.
41. Zalzal HH. Diagnosis of COVID-19: facts and challenges. *New Microbes and New Infections* 2020; 38: 100761
42. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W,et al. Correlation of chest CT and RT-PCR testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*, 2020;296(2), E32-E40.
43. Wasilewski PG, Mruk B, Mazur S, Półtorak-Szymczak G, Sklinda K, Walecki J. COVID-19 severity scoring systems in radiological imaging—a review. *Polish Journal of Radiology*, 2020;85, e361
44. Meng H, Xiong R, He R, Lin W, Hao B, Zhang L, et al. CT imaging and clinical course of asymptomatic cases with COVID-19 pneumonia at admission in Wuhan, China. *Journal of Infection*, 2020;81(1), e33-e39.
45. Pearce MS. Radiation Exposure from CT Scans in Childhood and Subsequent Risk of Leukaemia and Brain Tumours: A Retrospective Cohort Study. *Lancet (London, England)* 2012; 380(9840): 499-505.
46. Tofighi S. dose CT in COVID-19 outbreak: radiation safety, image wisely, and image gently pledge. *Emergency Radiology* 2020; 1-5.

47. Varghese GM, John R, Manesh A, Karthik R, Abraham OC. Clinical management of COVID-19. *The Indian Journal of Medical Research*, 2020;151(5), 401.
48. Yousefi B, Valizadeh S, Ghaffari H, Vahedi A, Karbalaee M, Eslami M. A global treatments for coronaviruses including COVID-19. *J Cell Physiol*. 2020;235:9133–42.
49. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clin Chim Acta*. 2020;508:254–66.
50. Saygun M, Önal B, Yavuz CY. Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği. İş sağlığı ve güvenliği meslek hastalıkları, editör: Yıldız AN, Sandal A, Hacettepe Üniversitesi. syf:487-509, 2020, isbn:978-975-491-506-8, (yayın no: 6706899).
51. Sağlık çalışanları. https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1. Erişim tarihi: 25.04.2021
52. Sağlık istatistikleri yılı 2019. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>. Erişim tarihi: 06.08.2021
53. Devedbakan N. "Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği." Dokuz Eylül Üniv., SBE, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 2007.
54. Birinci basamak sağlık hizmetleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>. Erişim tarihi: 09.08.2021
55. Sağlık bakanlığı COVID-19 rehberi, Temaslı takibi, salgın yönetimi, evde hasta izlemi ve filyasyon. <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/40795/0/COVID-19rehberitemaslitakibievdehastazilemivefilyasyonpdf.pdf>. Erişim Tarihi: 11.08.2021
56. Özgür Ö, Kalaycı Ö. "Türkiye’de COVID 19 pandemisi; filyasyon, surveyans ve temaslı takibi." SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 1: 241-244.
57. Özer Ş. Anksiyete Ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. In: Tükel R, Alkın T, editors. Anksiyete Bozuklukları. 1st ed. Ankara; 2006, 3–4.
58. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*, Dec 1987; 144: 1561 -1566.
59. Nur BB. Yaygın anksiyete bozukluğunun Türkiye’deki yaygınlığı, ek tanıları ve tedavisinin incelenmesi. *akad sos araştırmalar derg*. 2017;(54):539–48.
60. Ünübol H, Hızlı Sayar G. Türkiye bağımlılık risk profili ve ruh sağlığı haritası proje sonuç raporu. İstanbul; 2019.
61. Güveli GM, İşeri E. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular*. 2016;2(3):7–13.

62. Özkaya MN. Anksiyete Bozuklukları. Trabzon; 2015.
63. Bayraktar E. Panik Bozukluğu ve Agorafobi; Köroğlu E, güleç C, Şenol S, editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 304-17
64. Dilbaz N. Sosyal Fobi, Psikiyatri Dünyası, 1997;1:18-24
65. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999; 36–37
66. Tükel R. Panik Bozukluğu. Klin Psikiatri Derg. 2002;5(3):5–13.
67. Erermiş S, Bellibaş E, Özbaran B, Demiral Büküşoğlu N, Atıntoprak E, Bildik T, et al. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. Türk Psikiyatr Derg. 2009;20(1):14–21.
68. Özer İÖ. Bağlanmanın Doğal Sonucu : Ayrılma Kaygısı Natural Result of Attachment : Separation Anxiety. ÇOMÜ Uluslararası Sos Bilim Derg. 2018;3(1):125–34.
69. Demirkol Tunca R, Akdemir D. Seçici Konuşmazlık Tanısı Konan Bir Çocukta Çok Eksenli Tedavi Yaklaşımı. Turk J Child Adolesc Ment Heal. 2020;27(2):120–3.
70. Cansever A. Özgül Fobi, Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, editors, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007; 318-24
71. Şahin M. Korku, Kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Derg. 2019;6(10):117–35.
72. CDC, occupational hazard in hospitals. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008136.pdf?id=10.26616/NIOSH-PUB2008136..> Erişim tarihi: 30.04.2021
73. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev. 2001;48:129–30.
74. Pınar T, Acikel C, Pınar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, et al. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. J Interpers Violence. 2017;32(15):2345–65.
75. Ocaktan E. M, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. 2002.
76. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. Journal of Community Health, 2020;45(6), 1168-1177.

77. Şahin CU., Kulakaç N. Exploring anxiety levels in healthcare workers during COVID-19 pandemic: Turkey sample. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), 2021;1–8. Advance online publication.
78. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 2020. 33(3), e100259.
79. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Mensi S, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers and the General Population During the COVID-19 in Italy. *Front Psychol*. Aralık 2020, 8;11:608986.
80. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 213-222.
81. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009;14(3):204-208.
82. Schaufeli WB, Enzman D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Ed: Cox T, Griffiths A. pp.75-100, Taylor and Francis, London, 1998.
83. Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in the health professionals. Ed: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR. *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. p.119-130, Amsterdam.
84. Maslach C, Zimbardo PG. Burnout: the cost of caring. Cambridge, 2003; 103-124.
85. Greenglass ER, Burke RJ. Work and family precursors of burnout in teachers: sex differences. *Sex Roles* 1988; 18(3):215-229.
86. Greenglass ER, Julkunen J. Cook-Medley hostility, anger, and the type A behavior pattern in Finland. *Psychol Rep* 1991; 68(3):1059-1066.
87. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med* 2006; 13(1):51-59.
88. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
89. Maslach C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 1976; 34:111-124.
90. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. *The burnout syndrome: Current research, theory and Interventions*. London, 1981; 31-52,

91. Perlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future resarch. Human Relation 1982; 35: 283-305.
92. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Ensititüsü, Yayım lanmamış doktora tezi, İzmir 1995.
93. Edelwich J, Brodsky A. Burnout stages disillusionment in the helping professions, Human Sciences Press, New york 1980.
94. Moss M, Vicki SG, Gozal D, Kleinpell R, Curtis NS. A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. American Thoracic Society Documents 2015:106-113.
95. Potter BA. Overcoming Job Burnout: How to renew Ennthusiasiasm for work. Ronin Publishing; 3rd edition, 1995 California.
96. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. European Agency for Safety and Health at Work: research on work-related stress. Luxenburg: Office for Official Publications of the European Communities 2000; 9-167.
97. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010; 140:13070.
98. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 and Mayo Clin Proc. 2015; 90(12):1600-1613.
99. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. International journal of mental health nursing, 2021;30(1), 102–116.
100. Sevinc SA, Metin S, Basi NB, Cinar AS, Ozkan MT, Oba S. Anxiety and burnout in anesthetists and intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Brazilian journal of anesthesiology (Elsevier), Temmuz 2021.
101. Luceño-Moreno L. “Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic.”International journal of environmental research and public health vol. 17,15 5514. 30 Temmuz 2020.
102. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. JAMA. 2002; 288(12):1447-1452.

103. Firth-Cozens J, Greenhalg J. Doctors perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44(7):1017-1022.
104. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
105. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12: 163-172.
106. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2(2):99-113.
107. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1992; 143-154
108. Çam O. Tükenmişlik Envanteri'nin geçerlik ve güvenirliğinin araştırılması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1992; 155-160,
109. Sever A. Hemşirelerin iş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2007.
110. Kavgacı Y, Çiçek H. Kamu Hastanelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Çalışanların İş Performansına Etkisi: Burdur İli Örneği - Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019; 11(28): 306–331.
111. Karaer G, Özmen D. Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği: Devlet Hastanesi Örneği. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2016;8(4):306–316.
112. İLO. Yeterli Sayıda Sağlık Çalışanı Var Mı? Erişim: https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/COVID-19/WCMS_741130/lang--tr/index.htm Erişim Tarihi:25.04.2021
113. Dinç A, Mandıracıoğlu A. "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çalışanlarının COVID-19 ve koruyucu önlemler hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi." *Ege Tıp Bilimleri Dergisi* 4.2: 42-51.
114. Folgueira MD, Munoz-Ruiperez C, Alonso-Lopez MA, Delgado R. SARS-CoV-2 infection in Health Care Workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020.
115. Zhang J, Dong X, Cao Y, Yuan Y, Yang Y, Yan Y, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75:1730–1741.

116. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18:20. Published 2020 Mar 20.
117. Liu W, Tao ZW, Lei W. Yeni koronavirüs hastalığı olan hastanede yatan hastalarda hastalık sonuçlarıyla ilişkili faktörlerin analizi. *Chin Med J*. 2020
118. Karaaslan, S. Elazığ İl merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri/Anxiety levels of health workers who work in family health centers located in the center of Elazığ. 2015.
119. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balcı HN, Atmaca M. COVID-19 hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının kaygı düzeyleri, uyku ve yaşam kalitesi ve problem çözme becerileri. *J Clin Neurosci*. 2020;80:131-136
120. Besirli A, Çelik Erden S, Mehmet A, Varlıhan A, Yeniçeri T, Canlı İşler A, et al. The Relationship Between Anxiety and Depression Levels with Perceived Stress and Coping Strategies in Health Care Workers During The COVID-19 Pandemic. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul / Med Bull Sisli Hosp*. 2020;55(1):1–11.
121. Aslaner H, Benli AR, Yıldız S, Şahin T, Gökçek MB, Mıstık S. Anxiety Level Of Family Physicians And Family Health Workers In COVID-19 Pandemic. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 398-403.
122. Guixia L, Hui Z. A Study on Burnout of Nurses in the Period of COVID-19. *Psychology and Behavioral Sciences*. 2020;9(3):31-36.
123. Hoşgör H, Dörttepe ZÜ, Sağcan H. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında COVID-19 Anksiyetesi Ve Mesleki Performans İlişkisinin Tanımlayıcı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2020;7(3), 865-886.
124. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Invest Med* 2020;68:1228–1234.
125. Budakoglu II, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı Ve Gelişimini Etkileyen Faktörler. 2005; 2(2):92–97.
126. Bayülgen MY, Bayülgen A, Yeşil FH, Türksever HA. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-6.
127. Şahin ÇÜ, Kulakaç N. COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında kaygı düzeylerini araştırmak: Türkiye örneği. *Curr Psikol*. 2021 Mayıs 12:1-8.

128. Kibret S, Teshome D, Fenta E, Hunie M, Tamire T. Prevalence Of Anxiety Towards COVID-19 And İts Associated Factors Among Healthcare Workers İn A Hospital Of Ethiopia. PLoS One. 2020;15(12): e0243022
129. Öztürk M, Ertem GT, Kotanoğlu MS, Erdinç Ş, Kınıklı S. (2021). Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. Ankara eğitim ve araştırma hastanesi tıp dergisi, 2021; 54(1), 70-77.
130. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, Padilla S, Calero-Sierra I, Monzó-García M ve ark. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. Psychol Med. 2020;27:1-3.
131. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. International Journal of Mental Health and Addiction.
132. Havlioğlu S, Demir HA. Determining the Anxiety Levels of Emergency Service Employees' Working During the COVID-19 Pandemic. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2020;17(2), 251-255.
133. Meo SA, Alkhalifah JM, Alshammari NF, Alnufaie WS. COVID-19 Pandemisi Sırasında Comparison of generalized anxiety and sleep disturbance among frontline and second-line healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health 2021;18(11):5727.
134. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, Zhuang Q. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. Med. 2020; 26 :e924171.
135. Dimitriu MC, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD., Davitoiu AM. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. Medical Hypotheses, 2020;144(109972), 1-4.
136. Kutlu G. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Tükenmişliğinin Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi: Meta Analitik Bir Çalışma. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;9(2), 254-269.
137. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(5), 357-363.

138. Torrente M, Sousa P, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, Franco F, Provencio M. To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 2021;11(2), e0449.
139. Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, İnci BM, Bedir N, Erkorkmaz Ü. (2016). Sakaryada Aile Salığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 6(2).
140. Ertal E. COVID-19 salgınında hastanelerde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyi ile beslenme ve uyku alışkanlıkları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Nisan 2021.
141. Arpacıoğlu S, Baltalı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 2021;46(1), 88-100.
142. Kosan Z, Calikoglu E, Guraksin A. Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2018;21(7), 875-881.
143. Hoşgör DG, Tanyel TÇ, Cin S, Bozkurt S. COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 372-386.
144. Yakut Hİ, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2013;10(38), 1564-1571.
145. Uz B, Savaşan E, Soğancı D. Türkiye'de COVID-19 Pandemisinin İlk Dönemi Sonunda Türk Sağlık Çalışanlarının Kaygı, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Klinik psikofarmakoloji ve sinirbilim: Kore Nöropsikofarmakoloji Koleji'nin resmi bilimsel dergisi*, 20 (1), 2022.
146. Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E. Aile hekimlerinde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 348-356.
147. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ open*, 2021;11(1), e045127.

EKLER

EK 1. Anket Formu ve Ölçekler

Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumu Değerlendirilmesi Anket Formu

Bazı Sosyo-Demografik Bilgiler

1) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

2) Yaşınızı belirtiniz: _ _

3) Medeni Durum 1) Evli 2) Bekar

4) Eğitim Durumu:

1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul mezunu 4) ortaokul mezunu

5) Lise Mezunu 6) Ön Lisans/Lisans 7) Lisans üstü/Doktora

5) Aylık toplam geliriniz nedir?

1) 3000tl ya da daha az 2) 3001-4000tl 3) 4001-5000tl

4) 5001-10000tl 5) 10001tl ve üzeri

6) Mesleğinizi belirtiniz:

1) Uzman hekim 2) Pratisyen hekim 3) Hemşire/ Ebe 4) Sağlık memuru

5) Memur 6) Hizmet personeli 7) Diğer Belirtiniz(.....)

7) Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz?

1) 1 yıldan az 2) 1 yıl – 3 yıl 3) 3 yıl – 5 yıl 4) 5 yıl - 10 yıl

5) 10 yıl ve üstü

8) Pandemi döneminden önce çalışmakta olduğunuz kurum (Pandemi görevlendirmeleri hariç)?

1) İl Sağlık Müdürlüğü 2) Merkez Toplum Sağlığı Merkezi 3) Aile Sağlığı Merkezi

4) Diğer. Belirtiniz (.....)

9) En son çalıştığınız birimdeki çalışma süreniz(Pandemi görevlendirmeleri hariç)?

1) 1 ay – 1 yıl 2) 1 yıl – 3 yıl 3) 3 yıl – 5 yıl 4) 5 yıl - 10 yıl

5) 10 yıl ve üstü

10) Evinizde beraber yaşadığınız 65 yaş ve üstü ya da kronik hastalığı olan yakınınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

Sağlık Davranışları ve Sağlık Durumuyla İlgili Bazı Özellikler

11) Sigara kullanıyor musunuz? COVID-19 salgını başladıktan sonra alışkanlığınızda değişiklik oldu mu?

- 1) Kullanmıyorum.
2) Kullanmıyordum. COVID-19 salgını başladıktan sonra kullanmaya başladım.
3) Sigara kullanımımında bir değişiklik olmadı.
4) Sigara kullanımım azaldı.
5) Sigara kullanımım arttı.

12) Alkol kullanıyor musunuz? COVID-19 salgını başladıktan sonra alışkanlığınızda değişiklik oldu mu? 1) Kullanmıyorum.

- 2) Kullanmıyordum. COVID-19 salgını başladıktan sonra kullanmaya başladım.
3) Alkol kullanımımında değişiklik olmadı.
4) Alkol kullanımım azaldı.
5) Alkol kullanımım arttı.

13) Egzersiz yapma durumunuz nedir?

- 1) Her gün ya da sık sık egzersiz yaparım.
2) Arada sırada egzersiz yaparım.
3) Hiç egzersiz yapmam.

14) İlaç kullanmanız gereken ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?

- 1) Hayır
2) Salgın öncesi ruhsal hastalık geçirdim, şu anda ruhsal yönden bir hastalığım yok.
3) Salgın öncesi ruhsal bir hastalık geçirdim, halen hastalığım devam ediyor.
4) Salgın öncesi ruhsal bir hastalığım yoktu, salgın sonrası ruhsal hastalık yaşıyorum.

15) COVID- 19 için riskli sayılan bir kronik hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

16) 15. Soruya cevabınız evet ise hastalığınız nedir?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1) 15. Soruya cevabım hayır | 2) Akciğer hastalıkları(koah, astım vb.) |
| 3) Hipertansiyon | 4) Kalp hastalıkları |
| 5) Diyabet | 6) Böbrek yetmezliği |
| 7) Kanser | 8) Diğer. Belirtiniz (.....) |

17) COVID- 19 tanısı aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18) Ailenizde COVID- 19 tanısı alan oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

Pandemi Dönemindeki Çalışma Durumuyla İlgili Bazı Özellikler

19) Pandemi döneminde halen çalışmakta olduğunuz kurum (Pandemi görevlendirmeleri dahil)?

- 1) İl Sağlık Müdürlüğü 2) Merkez Toplum Sağlığı Merkezi 3) Aile Sağlığı Merkezi
4) Diğer. Belirtiniz (.....)

20) COVID- 19 pandemisiyle mücadelede aktif görev (filyasyon , saha taramaları , telefon aramaları gibi) aldınız mı? (soruya cevabınız hayırsa 24. soruya atlayınız)

- 1) Evet 2) Hayır

21) Pandeminin başladığı, Mart 2020 tarihinden itibaren Aralık 2020 başına kadar geçen süre içinde toplam kaç ay aktif görev aldınız ?

..... ay görev aldım

22) COVID- 19 pandemisiyle mücadelede şuan aktif görev (filyasyon , saha taramaları , telefon aramaları gibi) alıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

23) Pandemi Döneminde alığınız görev/ görevlerden uygun olanı işaretleyiniz (Birden çok seçenek işaretleye bilirsiniz)

- 1) Evde hasta takibi-ilaç dağıtımı
2) Temaslı- Filyasyon ekibi
3) Rutin (cezaevi, bakım evi gibi) taramalar
4) İstatistik, Organizasyon, Koordinasyon
5) Telefonla hasta takibi

6) Diğer. Belirtiniz (.....)

24) COVID- 19 enfeksiyonu ve pandemi süreciyle ilgili kurumunuz tarafından herhangi bir bilgilendirme/ eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

25) COVID- 19 enfeksiyonu ve pandemi süreciyle ilgili bilgi almak için başvurduğunuz kaynaklar nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1) Sağlık Bakanlığı (COVID-19 Rehberi gibi)

2) Kurumumun ilgili birimleri

3) Bilimsel yayınlar

4) Sosyal medya/ İnternet / Televizyon

5) Diğer. Belirtiniz(.....)

26) COVID- 19 pandemisi hakkındaki bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1) Yeterli 2) Kısmen yeterli 3) Yetersiz

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ve endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra , her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	HİÇ	HAFİF DÜZEYDE Beni pek etkilemedi	ORTA DÜZEYDE Hos degildi ama katlanabildim	CİDDİ DÜZEYDE Dayanmakta çok Zorlandım
1-Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma var mı?				
2-Sıcak ateş basmaları				
3-Bacaklarda halsizlik, titreme				
4-Gevseyememe				
5-Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6-Bas dönmesi sersemlik				
7-Kalp çarpıntısı				
8-Dengeyi kaybetme korkusu				
9-Dehsete kapılma				
10-Sinirlilik				
11-Boguluyormus gibi olma duygusu				
12-Ellerde titreme				
13-Titreklik				
14-Kontrolü kaybetme korkusu				
15-Nefes almada güçlük				
16-Ölüm korkusu				
17-Korkuya kapılma				
18-Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi				
19-Baygınlık				
20-Yüzün kızarması				
21-Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

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

EK 2. Etik Kurul Onayı

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 10/12/2020

Toplantı Sayısı: 2020/13

Karar No: 2020.11.23

Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu 10/12/2020 tarihinde Perşembe günü saat 10:00'da Prof. Dr. Sema ZERGEROĞLU' nun başkanlığında toplanmıştır.

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr. Meral SAYGUN'un danışmanlığında yürütülecek olan Araş. Gör. Dr. İbrahim GÜNAY'ın uzmanlık tezi **“Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi”** isimli araştırma konusu yardımcı araştırmacılar, Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ'ın, katılımıyla yürütülecek olan uzmanlık tezi başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkeleri gereğince değerlendirilmiştir.

KARAR: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr. Meral SAYGUN'un danışmanlığında yürütülecek olan Araş. Gör. Dr. İbrahim GÜNAY'ın uzmanlık tezi **“Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi”** isimli araştırma konusu yardımcı araştırmacılar, Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ'ın, katılımıyla yürütülecek olan uzmanlık tezi başvurusu Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun bulunmuştur.

EK 3. Sağlık Bakanlığı izni

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.
Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.
Açıklama :
Form Adı : İBRAHİM GÜNAY-2020-11-27T11_01_18
Başvuru Formu için [tıklayınız.](#)
Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir.
Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değişmişse ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız, lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazın altına olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

EK 4. Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü izni

KARAR TARİHİ : 10.12.2020

KARAR NO : 34

KONU : Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi

YER : İl Sağlık Müdürlüğü Toplantı Salonu

ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim GÜNAY'ın '**Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi**' isimli çalışmanın gerçekleştirilebilmesi komisyonumuzca uygun görülmüş olup; alınan kararlar aşağıda belirtilmiştir.

- 1- Ülkemizde görülen Pandemi (Covid-19) salgını sebebiyle, gerekli tedbirlerin alınması,
- 2- Yapılacak olan araştırmanın kurumların işleyişini aksatmayacak şekilde düzenlenmesi,
- 3- 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları yönetmeliğine çalışma süresince uyulması,
- 4- Alınan Komisyon Kararlarının birer örneğinin dilekçe sahibi bireye gönderilmesi kararı alınmıştır.

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, bizler "**Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükenmişlik Durumu Değerlendirilmesi**" isimli araştırmayı yürütmekte olan araştırmacılar olarak sizi araştırmamız konusunda bilgilendirmek istiyoruz. Siz bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışma sırasında herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır. Bu araştırmada COVID-19 pandemisinde birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarında anksiyete ve iş doyumlarının değerlendirilmesi ve pandemide aldıkları görevlerin bu durumlar açısından farklılığa neden olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmasını beklediğimiz tahmini gönüllü sayısı 630 kişidir.

Elde edilen bilgilerin ve sağlık kayıtlarınızın sizin onayınız olmadan, kimlik bilgilerinizi açığa çıkaracak şekilde üçüncü kişilerle paylaşılmasına izin verilmeyecektir. Bununla birlikte, araştırmadan elde edilen kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmanın size kesinlikle maddi bir yükü olmayacaktır. Tekrar belirtmek isteriz ki, bu çalışma sırasında size ait elde edilmiş tüm bilgi gizli kalacaktır. Yine hemen belirtmeliyiz ki; bu bilgiyi sizin dışınızda birisi ile paylaşmamız sadece sizin izninizle olacaktır.

Çalışmaya katılan kişilerin çalışma ile ilgili daha ayrıntılı bilgi istemesi durumunda temas kuracağı kişi KÜTF Halk Sağlığı AD. da görevli olan Prof. Dr Meral Saygun ve Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim Günay'dır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Meral Saygun ve Dr. İbrahim Günay tarafından KÜTF Halk Sağlığı AD.'da tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Meral Saygun ve Dr. İbrahim Günay'ı KÜTF Halk Sağlığı 'den arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. ***Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.***

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Dr. İbrahim Günay

Adres: KÜTF Halk Sağlığı AD.

Tel:

İmza