



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDEKİ
TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE
UYKUSUZLUK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Dr. Elif Tuğçe SOLMAZ
UZMANLIK TEZİ

MERSİN-2022



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDEKİ
TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE
UYKUSUZLUK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Dr. Elif Tuğçe SOLMAZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülçin YAPICI

MERSİN-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam sűresince bana her zaman ilgi ve anlayiőla yaklaőan, destek olan, ufkumu açan, đrencisi olduğum için kendimi őanslı hissettiğim çok değerli hocam ve tez danıőmanım Sayın Prof.Dr. Gűlin Yapıcı'ya, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrűbeleriyle eğitimime değerli katkılar sunan, kapılarını her ihtiyacım olduğunda çekinmeden alabildiđim değerli hocalarım Sayın Prof.Dr. C. Tayyar őAőMAZ'a, Sayın Prof.Dr. Resul BUĐDAYCI'ya, Sayın Prof.Dr. Seva ÖNER'e ve Sayın Prof.Dr.A. ner Kurt'a, tez sűrecimde bana destek ve yardımcı olan, birlikte çalıőmaktan mutluluk duyduğum sevgili çalıőma arkadaőlarıma, tezimi yazarken beni motive eden, hep yanımda olan sevgili eőim Alper'e ve hayatım boyunca beni her zaman destekleyen aileme teőekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Koronavirüslerin Özellikleri	2
2.1.1. İnsan Koronavirüsleri	2
2.1.2. SARS-CoV-2	4
2.2. Epidemiyoloji.....	5
2.2.1. SARS Salgını.....	5
2.2.2. MERS Salgını	6
2.2.3. COVID-19 Pandemisi	6
2.3. COVID-19'un Özellikleri	8
2.3.1. Kaynak.....	8
2.3.2. Bulaşma Yolu ve Bulaştırıcılık	8
2.3.3. Klinik Özellikler	9
2.3.4. Tanı	10
2.3.5. Tedavi.....	11
2.3.6. Korunma	13
2.3.7. Bağışıklama	14
2.4. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkisi	14
2.4.1. Pandeminin Sağlık Çalışanlarına Psikososyal Etkisi	14
2.4.2. Psikososyal Sağlığı Koruyucu Faktörler	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın İzinleri	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Özellikleri	23
3.5. Araştırmanın Örnekleme	24
3.5.1. Araştırmanın Minimum Örneklem Büyüklüğü	24
3.5.2. Örnekleme Yöntemi	24

3.6. Verilerin toplanması	25
3.6.1. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.6.2. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	25
3.7. Veri toplama araçları	26
3.7.1. Anket formu	26
3.7.2. Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Formu (TÖ-KF)	26
3.7.3. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)	26
3.7.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)	27
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.8.1. Bağımlı Değişkenler	28
3.8.2. Bağımsız Değişkenler	28
3.9. Verilerin Analizi	30
3.9.1. Çalışma Gruplarının Oluşturulması	30
3.9.2. İstatistiksel Analiz	31
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	31
4. BULGULAR	31
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	31
4.2. Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisindeki Çalışma Koşulları ve Sosyal Yaşamları İle İlgili Özellikleri	34
4.3. Sağlık Çalışanlarının Uykusuzluk Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi	41
4.4. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi	51
4.5. Sağlık Çalışanlarının Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi	61
5. TARTIŞMA	80
5.1. Sağlık Çalışanlarının İş Yaşamı, COVID-19 Hastalarıyla Temas, Tanı Alma Durumları ve Sosyal Etkilenimleri	80
5.2. Sağlık Çalışanlarının Uykusuzluk Durumunun Değerlendirilmesi	85
5.3. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumunun Değerlendirilmesi	87
5.4. Sağlık Çalışanlarının Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi	90
5.5. Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Durumunun Değerlendirilmesi	93
5.6. Sağlık Çalışanlarının Stres Durumunun Değerlendirilmesi	97

5.7. Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	99
6. SONUÇLAR	101
7. ÖNERİLER.....	103
8. KAYNAKLAR.....	105
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	126
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	127
TABLolar DİZİNİ	128
EKLER	
EK-1. T.C. Sağlık Bakanlığı İzni	
EK-2. Mersin Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik İzni	
EK-3. Etik Kurul İzni	
EK-4. Veri Formu	
Ek-5: Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu	
Ek-6: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)	
Ek-7: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)	

ÖZET

COVID-19 ateş, öksürük, nefes darlığı gibi semptomlarla seyreden; şiddetli solunum yolu enfeksiyonu ve ölüme neden olabilen bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılının Mart ayında pandemi olarak ilan edilmiştir. Pandeminin getirdiği iş yükü, artan hasta ve ölüm sayıları ve enfekte olma endişesi nedeniyle sağlık çalışanları üzerinde baskı artmaktadır. Bu etkenler sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik, depresyon, kaygı bozukluğu, stres bozukluğu, uyku problemleri gibi fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarıyla ilgili riskleri artırmaktadır. Bu çalışmada Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecindeki tükenmişlik, depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzluk düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız kesitsel tipte, evreni Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan 2762 sağlık çalışanıdır. Minimum örneklem büyüklüğü ± 4 hata payı, %50 prevalans ile %95 güven aralığında 494 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılacak kişiler meslek gruplarına göre ağırlıklandırılarak seçilmiştir. Veriler 11.10.2020 – 11.01.2021 tarihleri arasında çevrim içi olarak hazırlanmış bir veri formu ile toplanmıştır. Veri formu başhekimlik vasıtasıyla çalışanların cep telefonu ve e-mail adreslerine ulaştırılmıştır. Veri formu; 29 sorudan oluşan anket formu, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi 'nden oluşmaktadır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare analizi, Student-t Testi, ANOVA, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Spearman Korelasyon analizi, Binary Lojistik Regresyon analizi, Multivariate Lojistik Regresyon Analizi ve Çoklu Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Çalışmamıza %52.4'ü kadın, %47.6'sı erkek olmak üzere 504 sağlık çalışanı katıldı. Yaş ortancası 32.5 yıl (Q1=27.0, Q3= 40.0) olarak belirlendi. Analiz sonuçlarına göre uykusuzluk ile yaş, anksiyete ve stres düzeyi, yaşadığı yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta sorun yaşamak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Tükenmişlik ile ilişkili durumlar; depresyon, stres, meslek ve istifa düşüncesi olarak tespit edildi. Depresyon, anksiyete ve stres

düzeyleleri ile meslek, riskli temas nedeniyle takip edilmek, COVID-19 riskli temas ve korunma ile ilgili bilgilendirilme düzeyi, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetme endişesi, istifa düşüncesi, iş yükü, ayrımcılık ve sosyal destek arasında ilişki olduğu belirlendi.

Araştırmamızın sonuçlarına göre COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları için birçok psikososyal risk faktörü tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarına kişisel koruyucu ekipmanlar yeterli düzeyde sağlanmalı ve bunların doğru kullanımına ilişkin eğitimler verilmeli, aile, sosyal çevre ve iş ortamında sağlık çalışanlarının psikolojisini olumlu etkileyecek sosyal destek sağlanmalı, ayrımcılığın önüne geçilmeli, riskli meslek gruplarının çalışma koşullarına yönelik düzenlemeler yapılmalı, evinden ayrılmak isteyenlere konaklama sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, sağlık çalışanları, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

ABSTRACT

COVID-19 is a disease that progresses with symptoms such as fever, cough, shortness of breath and can cause severe respiratory tract infection and death. It was declared a pandemic by the World Health Organization in March 2020. Due to the workload brought by the pandemic, the increasing number of patients and deaths, and the concern of being infected, the pressure on healthcare workers is increasing. These factors increase the risks related to physical and mental health conditions such as occupational burnout, depression, anxiety disorder, stress disorder, and sleep problems. In this study, it was aimed to examine the factors related to burnout, depression, anxiety, stress and insomnia levels of healthcare professionals working at Mersin University Hospital during the COVID-19 pandemic.

Our study is cross-sectional type, the population of which is 2762 healthcare professionals working at Mersin University Medical Faculty Hospital. The minimum sample size was calculated as 494 individuals, with a margin of error of ± 4 , a prevalence of 50%, and a confidence interval of 95%. The people who will participate in the research were selected by weighting according to their occupational groups. Data were collected between 11.10.2020 – 11.01.2021 with an online data form. The data form was sent to the mobile phone and e-mail addresses of the employees. Data form consist of the questionnaire consisting of 29 questions, Burnout Measure Short Form, Depression, Anxiety, Stress Scale and Insomnia Severity Index. Descriptive statistics, Chi-square analysis, Student-t Test, ANOVA, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Spearman Correlation analysis, Binary Logistic Regression Analysis, Multivariate Logistic Regression Analysis and Multiple Linear Regression Analysis were used in the analysis of the data. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

A total of 504 healthcare professionals, 52.4% female and 47.6% male, participated in our study. The median age was 32.5 years (Q1=27.0, Q3= 40.0). According to the results of the analysis, a statistically significant relationship was found between insomnia and age, anxiety and stress level, and having problems finding a place to stay while changing the place of residence.

Conditions associated with burnout; depression, stress, job and resignation thought. It was determined that there was a relationship between depression, anxiety, stress levels and occupation, being followed for risky contact, being informed about COVID-19 risky contact and protection, fear of losing one's life due to COVID-19, thoughts of resignation, workload, discrimination and social support.

According to the results of our research, many psychosocial risk factors have been identified for healthcare workers in the COVID-19 pandemic. Personal protective equipment should be adequately provided to health workers and training should be given on their correct use, social support that will positively affect the psychology of health workers in the family, social environment and work environment should be provided, discrimination should be prevented, arrangements should be made for the working conditions of risky occupational groups, and accommodation should be provided for those who want to leave their homes.

Key words: COVID-19, health personnel, Depression, Anxiety, Stress Scale, Burnout Measure Short Form, Insomnia Severity Index

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılının Ocak ayında yeni bir koronavirüs hastalığı olan COVID-19'u (Coronavirus disease, Koronavirüs hastalığı) Uluslararası Öneme Sahip Halk Sağlığı Acil Durumu olarak ilan etmiş ve dünyadaki bütün ülkelere yayılma riskinin yüksek olduğunu belirtmiştir. 11 Mart 2020'de ise DSÖ COVID-19'u pandemi olarak ilan etmiştir¹.

Pandemi gibi akut sağlık krizleri sırasında sağlık hizmet kaynakları ve hizmet sunan kişilerin üzerindeki baskı artar ve çalışma hayatını normalden daha da stresli hale getirir. Artan iş yükü, enfekte olma endişesi, yakınlarına enfeksiyon taşıma/bulaştırma korkusu ve bu nedenle aileden uzaklaşma, damgalanma, artan hasta ve ölüm sayıları sağlık çalışanları üzerindeki baskının artmasının en önemli nedenlerindedir². Bu durum sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik, depresyon, kaygı bozukluğu, stres bozukluğu, uyku problemleri gibi fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarıyla ilgili riskleri artırmaktadır³.

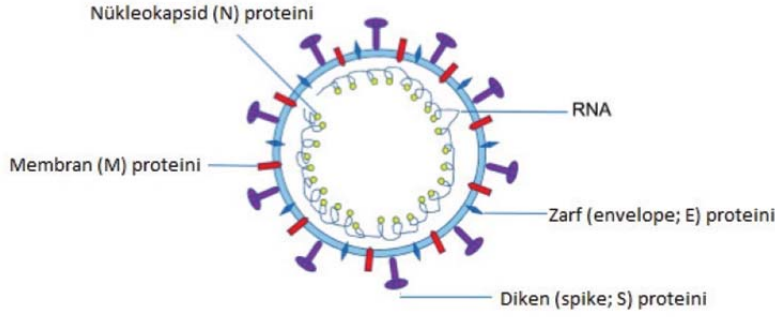
Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında psikososyal etkilerin arttığını göstermektedir. Sağlık çalışanlarında bu dönemde yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik düzeyleri ve uyku bozuklukları bildirilmiştir^{4,5}.

İnsanların yaşam şeklinin değişmesi, kentleşmenin yaygınlığı, iklim değişikliği ve doğal kaynakların azalması gibi nedenlerle yeni ve yeniden görülen bulaşıcı hastalıkların artması beklenmektedir. Ülkeler arası ulaşımın kolaylığı ve yaygınlığı bu hastalıkların pandemiye dönüşme hızını artırmaktadır^{6,7}. Gelecekte de bugün olduğu gibi pandemilerde ön saflarda mücadele edecek ve bunun fiziksel ve psikososyal yükünü taşıyacak olanlar yine sağlık çalışanları olacaktır. Bu nedenle ortaya çıkacak yeni salgınlarda sağlık çalışanlarına en uygun yaşam ve çalışma koşullarını oluşturarak fiziksel ve ruhsal sağlıklarını koruyabilmek için, çalışanların psikososyal durumlarını olumsuz etkileyen faktörleri tespit etmek, gerekli önlemleri alabilmek açısından önemlidir. Çalışmamızda Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecindeki tükenmişlik, depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzluk düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüslerin Özellikleri

Koronavirüsler, Coronaviridae ailesi, Orthocoronavirinae alt ailesi içinde yer alan, zarflı RNA (Ribonükleik asit) virüsleridir. Koronavirüsler elektron mikroskobu ile görüntülediğinde yüzey çıkıntılarının güneş tacı (korona) benzeri görüntüsü nedeniyle bu adı almışlardır⁸ (Şekil 1).



Şekil 1. Koronavirüs Yapısı⁹

İnsan koronavirüsleri ilk olarak 1960 yılında insan embriyonik trakeal organ kültürlerinde Tyrell and Bynoe tarafından B814 adıyla tanımlanmıştır. Virüs Hamre ve Procknow tarafından 1966 yılında, soğuk algınlığı semptomları gösteren deneklerden doku kültüründe çoğaltılarak izole edilmiştir. Virüs daha sonra insan koronavirüsü 229E (HCoV-229E) olarak adlandırılmıştır^{10,11}. Orthocoronavirinae alt ailesi dört cins ve bu cinslerin altında da çok sayıda altcins olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar Alfa, Beta, Gama ve Deltacoronavirus cinsleridir. Bu cinsler altındaki virüsler insan, domuz, yarası, kedi, köpek, kemirgen ve kanatlılarda bulunabilmektedir^{8,9}.

2.1.1. İnsan Koronavirüsleri

Bugün için insanlarda enfeksiyon etkeni olduğu bilinen yedi koronavirus bulunmaktadır¹².

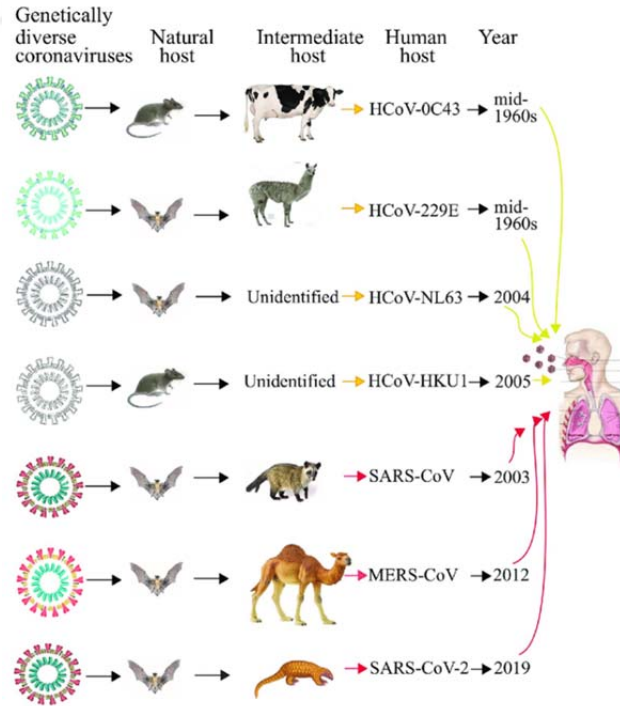
Yaygın İnsan Koronavirüsleri

1. 229E (alfa koronavirus)
2. NL63 (alfa koronavirus)
3. OC43 (beta koronavirus)
4. HKU1 (beta koronavirus)

Diğer İnsan Koronavirüsleri

1. MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome, Orta Doğu Solunum Sendromuna neden olan beta koronavirüs)
2. SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome, Şiddetli Akut Solunum Sendromuna neden olan beta koronavirüs)
3. SARS-CoV-2 (COVID-19'a neden olan yeni koronavirüs)

Koronavirüslerin insanlarda bulunan, insandan insana kolaylıkla bulaşabilen cinsleri alfa ve beta koronavirüsler ve alt tipleri olan HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV insan popülasyonunda endemiktir ve temel olarak hafif, kendi kendini sınırlayan solunum yolu hastalıkları ile ilişkilidir. Bununla birlikte hayvanlarda saptanan birçok koronavirüs alt türü mevcuttur ve bu virüslerin hayvanlardan insanlara geçerek insanlarda ağır hastalık tablolarına neden olabildiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, Şiddetli Akut Solunum Sendromuna (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) neden olan SARS-CoV'un misk kedilerinden, Orta Doğu Solunum Sendromuna (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) neden olan MERS-CoV'un ise tek hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı ortaya çıkmıştır^{8,9} (Şekil 2).



Şekil 2. Patojenik insan koronavirüslerinin kökeni ve taşınması¹³

2.1.2. SARS-CoV-2

Bu virüs Coronavirus ailesinin tipik özelliklerine sahiptir ve Betacoronavirus 2b soyunda yer almaktadır. Bu suşların ve Betacoronavirus'ların genomlarının, yarasa SARS benzeri Coronavirus izolatu Bat-SL-CoVZC45 ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir. COVID-19'a neden olan virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV'un da içinde bulunduğu Betacoronavirus cinsi içindeki Sarbecovirus altcinsi içinde bulunmaktadır. Bu virüs SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir⁹.

SARS-CoV-2 çoğalması ve yayılması sırasında mutasyonlara uğramaktadır. Bu mutasyonlar sonucu ortaya birçok varyant virüs çıkmıştır. DSÖ bu varyant virüslerin içinde dikkate alınması gereken veya endişe uyandıran varyantları ayrıca değerlendirmektedir. Şimdiye kadar ortaya çıkan SARS-CoV-2 varyantları şunlardır¹⁴.

Dikkate alınması gereken varyantlar (“Variant of Interest”; VOI)

- Orijinal virüse göre yapısal ve davranış değişikliği gösteren ya da kuşulanılan varyantlar ve
- Toplumda bulaştığı bilinen, vaka kümeleri oluşturan ya da başka ülkelerde de saptanan varyantlar veya
- DSÖ'nün VOI olarak incelemeye değer gördüğü varyantlar

Bu varyantlar şunlardır: Epsilon, Zeta, Eta, Theta, Iota, Kappa, Lambda, Mu.

Endişe uyandıran varyantlar (“Variant of Concern”; VOC)

- Bulaşıcılığı artmış veya COVID-19 epidemiyolojisini olumsuz yönde etkileyebilecek varyantlar
- Hastalandırıcılık özelliği artmış ya da klinik tabloda değişikliğe yol açan varyantlar veya
- Halk sağlığı önlemlerinin etkinliğini azaltan ya da mevcut tanı testlerinin, aşı veya ilaçların etkinliğini azaltan varyantlar veya
- DSÖ'nün VOC olarak değerlendirmeye aldığı varyantlar

Bu varyantlar şunlardır: Alpha, Beta, Gamma, Delta, Omicron^{14,15}.

2.2. Epidemiyoloji

Küreselleşme, insan hareketliliğinin artması ve şehirleşmenin yaygınlaşması ile bulaşıcı hastalıkların dünyada yayılımı hızlanmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar nadiren ortadan kalkmakla birlikte, geçmişte kaldığı düşünülen hastalıklar zaman zaman yeniden ortaya çıkmakta ve bunlara yeni görülen enfeksiyonlar eklenmektedir⁷. COVID-19'dan önce 21. Yüzyılda epidemi ve pandemilere neden olan hastalıklar Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. 21. Yüzyılda görülen önemli salgın hastalıklar⁷

İnsanlarda önemli salgınlara neden olan üç koronavirus hastalığının epidemiyolojik özellikleri aşağıda belirtilmiştir.

2.2.1. SARS Salgını

Şiddetli Akut Solunum Sendromu, ilk olarak 2002 yılının Kasım ayında Çin'in Guangdong eyaleti Fushan Kenti'nde ortaya çıkmıştır. Etkeni genellikle hayvanlarda hastalık oluşturan SARS-CoV olup ekolojik değişiklikler veya insan davranışındaki değişikliklerin insanlara bulaş kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Salgından 25-70 yaş arası sağlıklı kişilerin etkilendiği bildirilmiştir¹⁶. Vakaların büyük bölümü Çin, Tayvan, Singapur, Vietnam, Filipinler, Tayland gibi Asya ülkelerinde ortaya çıkmış olmakla birlikte ABD (Amerika Birleşik Devletleri), Kanada, Avustralya ve Avrupa ülkelerinden vaka bildirimleri olmuştur. Vakaların %87'si ve ölümlerin %84'ü Çin'de gerçekleşmiştir¹⁶. DSÖ'ye göre 2003 yılı Temmuz ayı itibarıyla SARS-CoV'un uluslararası yayılması 29 ülkede 8098 SARS vakası ve 774 ölümlerle sonuçlandı¹⁷. Dünya genelindeki SARS vakalarının 1706'sını (%21.3) sağlık çalışanlarının oluşturduğu bildirilmiştir¹⁸.

2.2.2. MERS Salgını

Orta Doğu Solunum Sendromu'na neden olan koronavirüs, enfekte tek hörgüçlü develerden insanlara bulaşan bir zoonotik virüstür. İlk olarak 2012 yılında Suudi Arabistan'da tanımlanan hastalık, MERS koronavirüsünün neden olduğu viral bir solunum yolu hastalığıdır. İnsandan insana bulaşma çok kolay olmamaktadır ve en sık hasta kişiler ile onlara bakım veren aile üyeleri ve sağlık çalışanları arasında bildirilmiştir¹⁹. İnsandan insana bulaşmanın gerçekleşmesinden genellikle 2-13 gün sonra hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bulaşmanın ne kadar sürdüğü ve asemptomatik kişilerin bulaştırıcı olup olmadığı henüz tam olarak bilinmemektedir²⁰. Enfeksiyon bazı insanlarda asemptomatik olarak seyrederken bazı insanlarda hafif seyredebilir. Bazı kişilerde ise çok ağır ve ölümcül solunum yolu hastalığına neden olabilmektedir. Ağır vakalarda başta böbrekler olmak üzere çeşitli organ yetersizlikleri tabloya eklenebilmektedir²⁰. Enfeksiyon açısından 50-59 yaş ve 30-39 yaş aralığındaki erkekler yüksek riskli olarak bildirilirken ölüm oranları 50-59 ve 70-79 yaş aralığında yüksek bildirilmiştir²¹. Ayrıca yaşlılarda, diyabeti, böbrek yetersizliği, kronik akciğer hastalığı, kanser ve bağışıklık sistemi sorunları olan kişiler şiddetli hastalık açısından risk altındadır²⁰. Şimdiye kadar 12'si Ortadoğu ülkelerinden (Bahreyn, Mısır, İran İslam Cumhuriyeti, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Umman, Katar, Suudi Arabistan, Tunus, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen) olmak üzere toplam 27 ülkeden vaka bildirim yapılmıştır²². Mart 2022'nin sonunda, dünya genelinde 890 ilişkili ölüm dahil olmak üzere laboratuvarca doğrulanmış toplam 2589 MERS vakası rapor edilmiştir. Bu vakaların 2184'ü ve 813 ilişkili ölüm Suudi Arabistan'dan rapor edilmiştir. MERS vakaları sonlanmamış olup DSÖ tarafından yeni vaka ve ölüm sayıları güncellenmektedir²¹. Kesin sayı bilinmemekle birlikte yaklaşık 450 (%17.9) sağlık çalışanının MERS ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir¹⁸.

2.2.3. COVID-19 Pandemisi

Pandemi "Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi" şeklinde tanımlanmaktadır²³. Tarihte farklı dönemlerde veba, çiçek hastalığı, kolera, İspanyol gribi, domuz gribi, HIV (Human Immunodeficiency Virus, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) / AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome,

Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) ve koronavirüs pandemileri ortaya çıkmış ve milyonlarca insan hayatını kaybetmiştir⁶.

Çin'in Hubei Eyaleti, Vuhan Şehrinde, 31 Aralık 2019'da etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmeye başlamış ve Vuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı çalışanlarında kümelenme olduğu tespit edilmiştir. Çinli yetkililer 7 Ocak 2020'de etkeni izole etmiş ve daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlamıştır. Tayland Sağlık Bakanlığı, 13 Ocak 2020 tarihinde Çinli bir kişiyi ilk impote yeni koronavirüs vakası olarak bildirmiştir. DSÖ 30 Ocak 2020 tarihinde COVID -19'u bir halk sağlığı acil durumu, 11 Mart 2020 tarihinde de pandemi olarak ilan etmiştir¹. Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür²⁴.

COVID-19'un yeni gelişen bir enfeksiyon olması nedeniyle bütün toplum enfeksiyona duyarlıdır. Kayıtlara geçen verilere göre dünyada, 5 Ağustos 2022 tarihi itibariyle pandeminin başlangıcından beri 579.092.623 kişi COVID-19 tanısı almış, 6.407.556 kişi COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde ise 15.889.495 kişi tanı almış, 99.341 kişi hayatını kaybetmiştir²⁵

COVID-19 açısından hassas gruplar aşağıda belirtilmiştir^{9,26}.

- Sağlık çalışanları
- Erkekler
- 50 yaş üstü kişiler
- Kışla, göçmen kampı gibi toplu alanlarda yaşayan kişiler
- Engelli bireyler
- Riskli komorbid hastalığı olan kişiler

Şiddetli COVID-19 için yüksek riskli tıbbi durumlar aşağıdaki gibidir²⁶.

- Kanser
- Serebrovasküler hastalık
- Kronik böbrek hastalığı
- Kronik akciğer hastalığı
 - İnterstisyel akciğer hastalığı
 - Pulmoner emboli
 - Pulmoner hipertansiyon
 - Bronşektazi
 - Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

- Kronik karaciğer hastalığı
 - Siroz
 - Non alkolik yağlı karaciğer hastalığı
 - Alkolik karaciğer hastalığı
 - Otoimmün heptatit
- Kistik fibrozis
- Tip1 ve tip2 diyabet
- Kalp hastalıkları (Kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kardiyomiyopatiler)
- HIV
- Ruh sağlığı bozuklukları
 - Depresyon
 - Şizofreni spektrum bozuklukları
- Demans
- Obezite ($BKI \geq 30 \text{kg/m}^2$)
- Primer immün yetmezlik
- Gebelik
- Organ nakli
- Tüberküloz
- Kortikosteroid ve diğer immün supresif ilaç kullanımı

2.3. COVID-19'un Özellikleri

2.3.1. Kaynak

SARS-CoV-2'nin rezervuarı netlik kazanmamış olmakla birlikte zoonotik kaynaklı olduğu düşünülmektedir. İlk olarak Vuhan Deniz Ürünleri Pazarı'ndaki vahşi hayvanlardan insanlara bulaştığı ve insandan insana bulaşma özelliği kazanarak toplumda hızla yayıldığı düşünülmektedir. Kaynak semptomatik /asemptomatik COVID-19 pozitif kişilerdir⁹.

2.3.2. Bulaşma Yolu ve Bulaştırıcılık

SARS-CoV-2'nin kaynağı kesin olarak bilinmemekle birlikte ilk olarak deniz ürünleri satış pazarındaki vahşi hayvanlardan bulaştığı ve zoonotik olduğu düşünülmektedir. Virüsün insandan insana bulaşma özelliği kazanması nedeniyle kaynak COVID-19 pozitif kişilerdir. Virüs, özellikle yakın mesafedeki

(1 metre içinde) kişiler arasında COVID-19 pozitif kişilerin öksürme, hapşırma, konuşma yoluyla saçtıkları damlacıkların solunum yoluyla alınması ya da bu damlacıklarla kontamine yüzeylere elle temas edildikten sonra ellerin ağız, burun, göz mukozası gibi yerlere dokunulması ile bulaşmaktadır. Damlacıkların havada asılı kalabilmesi nedeniyle kötü havalandırılan, kapalı ve kalabalık mekanlarda uzun süre bulunmakla da enfeksiyonun bulaşabildiği bildirilmiştir^{27,28}. Etkenin inkübasyon süresi 2-14 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 5.8 gündür. Bulaştırıcılık süresi değişkenlik göstermekle birlikte semptomatik dönemden 1-2 gün önce başlayıp semptomların sona ermesine kadar devam edebilmektedir. Üst solunum yollarındaki viral yükün, semptomların başladığı dönemde en yüksek olduğu ve zamanla azaldığı bildirilmiştir. Semptomatik ve asemptomatik/minimal semptomatik hastalardaki viral yüklerin benzer olabildiğini gösteren çalışmalar nedeniyle asemptomatik kişilerin de bulaştırıcı olabildiği düşünülmektedir^{9,29}.

2.3.3. Klinik Özellikler

Hastalık bazı kişilerde asemptomatik seyrederken daha ciddi olgularda pnömoni, ağır akut solunum yetmezliği sendromu ve ölüm gelişebilmektedir³⁰.

DSÖ tarafından hastalığın semptomları şu şekilde sınıflanmaktadır³⁰.

- Sık görülen semptomlar
 - Ateş
 - Öksürük
 - Yorgunluk
 - Tat ve koku kaybı
- Daha nadir görülen semptomlar
 - Boğaz ağrısı
 - Baş ağrısı
 - Kas eklem ağrıları
 - İshal
 - Ciltte kızarıklık
 - Parmaklarda renk değişikliği
- Ciddi semptomlar

- Nefes darlığı
- Göğüs ağrısı

DSÖ tarafından hastalık, şiddetine göre şu şekilde sınıflanmaktadır³¹

- Şiddetli olmayan hastalık
 - Şiddetli veya kritik hastalık bulgularının olmaması
- Şiddetli hastalık
 - Oksijen saturasyonunun oda havasında %90'ın altında olması
 - Pnömoni bulguları
 - Şiddetli solunum sıkıntısı bulguları
- Kritik hastalık
 - Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) gelişmesi
 - Sepsis
 - Septik şok
 - Yaşam destek tedavisi ihtiyacı

2.3.4. Tanı

COVID-19 tanısı virüsün kendisinin (viral RNA veya antijen) ya da bağışıklık yanıtının (antikor ve diğer belirteçler) tespit edilmesi ile koyulabilmektedir.

Kullanılabilecek tanı testleri aşağıdaki gibidir.

2.3.4.1. Nükleik asid amplifikasyon testleri (NAAT)

Akut SARS-CoV-2 enfeksiyonlarının tanısı, gerçek zamanlı reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) gibi nükleik asit amplifikasyon testleri ile virüs RNA'sının özgül dizilerinin saptanması ve gerekli olduğunda nükleik asit dizi analizi yöntemi ile doğrulanması temeline dayanmaktadır²⁹.

SARS-Cov-2 örnekleri üst ve alt solunum yollarından sürüntü alınarak toplanmaktadır. Üst solunum yolu örnekleri asemptomatik ve hafif vakalarda, erken evre enfeksiyon tanısında yeterli olmaktadır. Kombine nazofaringeal ve orofaringeal sürüntü alınmasının duyarlılığı artırdığı tespit edilmiştir. Klinik olarak güçlü COVID-19 şüphesi olan kişilerde, negatif üst solunum yolu örneği varlığında ya da hastalığın geç döneminde alt solunum yolu örneği önerilmektedir. Alt solunum yolu örnekleri, kişi spontan olarak çıkarabiliyorsa balgamdan, ağır vakalarda ise endotrakeal aspirat veya bronkoalveolar lavajdan

alınabilir. Bir ya da daha fazla PCR negatifliği ile COVID-19 olasılığı dışlanmaz. Enfekte kişilerde, aşağıda belirtilen bazı etkenler yalancı negatifliğe sebep olabilir.

- Alınan örnekte solunum yolu materyalinin yetersiz olması
- Örneğin, enfeksiyonun erken ya da geç evresinde alınması
- Alınan örneğin işleme ve gönderilme aşamalarının uygun yapılmaması
- Virüs mutasyonu ve PCR inhibisyonu gibi teknik sorunlar
- SARS-CoV-2 virüsünün semptomatik ve asemptomatik olgularda dalgalı saçılım göstermesi^{9,29}.

2.3.4.2. Hızlı Antijen Testleri

Solunum yolu örneklerinde SARS-CoV-2 viral proteinlerinin varlığını tespit eden ve çoğunlukla 30 dakikada tamamlanan hızlı tanı testleridir. Test çubuğundaki antikorların SARS-CoV-2 dışındaki insan koronavirüslerini tanıması yalancı pozitifliğe neden olabilmektedir²⁹.

2.3.4.3. Serolojik Testler

Bu testler SARS-CoV-2 ile enfeksiyona yanıt olarak insan vücudu tarafından üretilen antikorların (IgM, IgA, IgG) tespit edilmesine dayanmaktadır. ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) ya da IgM/IgG tespit eden hızlı antikor testleri kullanılmaktadır. COVID-19 geçiren kişilerde ilk antikor yanıtı 6-7 günden sonra başlayıp (IgM) pek çok hastada semptomların başlamasından 10 gün sonra antikor pozitifliği gelişmektedir. Bu nedenle bu testlerin hastalığın erken döneminde tanı koymak için kullanılması önerilmemektedir⁹.

2.3.4.4. Toraks Bilgisayarlı Tomografisi

PCR testi negatif COVID-19 hastaları için toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) erken dönemde tanı koymak için kullanılabilen duyarlı bir yöntemdir. Kliniği kötüleşen hastalarda pulmoner emboli, üstüne eklenen bakteriyel pnömoni gibi sekonder kardiyopulmoner problemleri değerlendirmek için BT görüntüleme önerilmektedir⁹.

2.3.5. Tedavi

COVID-19 hastalığının şiddetine göre hastalara evde medikal tedavi, hastanede medikal tedavi ya da hastanede yoğun bakım koşullarında tedavi

uygulanabilmektedir. Hastalığın tedavisiyle ilgili araştırmalar devam etmekte olup tüm dünyada kabul görmüş standart bir tedavi bulunmamaktadır.

DSÖ'nün Şiddetli ve kritik COVID-19 hastaları için önerdiği ilaçlar Őunlardır³¹.

- Sistemik kortikosteroidler
- Interlokin-6 reseptör blokörleri
 - Tocilizumab
 - Sarilumab
- Janus Kinaz İnhibitörü
 - Baricitinib
 - Ruxolitinib
 - Tofacitinib
- Monoklonal Antikorlar
 - Casirivimab
 - Imdevimab

DSÖ'nün Şiddetli olmayan hastalık için önerdiği ilaçlar Şu Őekildedir³¹.

- Antiviral ilaçlar
 - Nirmatrelvir
 - Ritonavir
 - Remdesivir
 - Molnupiravir
- Monoklonal antikorlar
 - Sotrovimab
 - Casirivimab
 - imdevimab

COVID-19 hastalığı için kullanılan ilaçlardan Remdesivir ve Barticinib Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıřtır³².

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı SARS-CoV-2'ye yönelik antiviral tedavi olarak Favipravir ve Molnupravir kullanımını önermektedir. Bakteriyel enfeksiyonun eşlik ettiği hastalarda tedaviye antibiyotik eklenebilmektedir³³.

2.3.6. Korunma

COVID-19 hastalığından korunmada alınabilecek önlemler şu şekilde belirtilebilir³⁴.

2.3.6.1. Kaynağa Yönelik Önlemler

COVID-19 enfeksiyonunun önlenmesi için kaynağa yönelik alınacak önlemler şu şekildedir;

- COVID-19 ile enfekte kişilerin tespit edilip tedavi edilmesi
- Enfekte kişilerin izole edilmesi
- Taşıyıcı ve asemptomatik kişilerin tespit edilmesi
- Temaslı kişilere karantina uygulanması

2.3.6.2. Bulaşma Yoluna Yönelik Önlemler

COVID-19 enfeksiyonu damlacık yoluyla yayılmaktadır. Bulaşma yoluna yönelik alınacak önlemler şu şekildedir;

- Hastaların izole olmadıkları durumlarda maske kullanması ve kişiler arası mesafe kurallarına uyması
- Sosyal ortamlarda kişiler arasında iki metre mesafe olması
- Kapalı alanların iyi havalandırılması
- Yüzeylerin dezenfeksiyonu
- Toplu kullanılan alanların ve araç gereçlerin dezenfeksiyonu
- Toplu etkinliklere ara verilmesi
- Seyahat kısıtlamaları

2.3.6.3. Sağlam Kişiye Yönelik Önlemler

Toplumda enfekte olmamış kişilere yönelik alınabilecek önlemler şu şekildedir.

- Maske kullanımı
- Kişisel hijyen kurallarına dikkat etme, el yıkama
- Bağıışıklama
- Düzenli, yeterli, dengeli beslenme

2.3.7. Bağışıklama

COVID-19 pandemisi başladıktan kısa süre dünya içinde hızla aşı çalışmaları başlamıştır. DSÖ'nün 12 Ocak 2022 itibariyle acil kullanım onayı verdiği aşılardan şu şekildedir³⁵.

- Pfizer/BioNTech Comirnaty aşısı, 31 Aralık 2020.
- SII/COVISHIELD ve AstraZeneca/AZD1222 aşıları, 16 Şubat 2021.
- Johnson & Johnson tarafından geliştirilen Janssen/Ad26.COV 2.S aşısı, 12 Mart 2021.
- Moderna COVID-19 aşısı (mRNA 1273), 30 Nisan 2021.
- Sinopharm COVID-19 aşısı, 7 Mayıs 2021.
- Sinovac-CoronaVac aşısı, 1 Haziran 2021.
- Bharat Biotech BBV152 COVAXIN aşısı, 3 Kasım 2021.
- Covovax (NVX-CoV2373) aşısı, 17 Aralık 2021.
- Nuvaxovid (NVX-CoV2373) aşısı, 20 Aralık 2021

Dünyada 1 Ağustos 2022 itibariyle toplam 12.308.330.588 doz aşı yapılmıştır. Türkiye'de Sinovac, Pfizer-BioNTech ve Turkovac aşılardan uygulanmakta olup 1 Ağustos 2022 tarihi itibariyle 149.563.323 doz aşı yapılmıştır²⁵.

2.4. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Sağlık çalışanları etkenle en sık karşılaşan ve bu nedenle enfekte olma riski en yüksek olan meslek grubudur. Pandemi sürecinde birçok sağlık çalışanı SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş ve hayatını kaybetmiştir^{16,36,37}. Dünyada COVID-19 tanısı alan ve hayatını kaybeden sağlık çalışanları ile ilgili sistematik bir izlem yapılmamaktadır. DSÖ sörveyans verilerine göre Ocak 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında kayıtlara geçen 6633 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. Ancak DSÖ'ye göre bu tarih aralığında 80.000 ila 180.000 sağlık çalışanının COVID-19'dan ölmüş olabileceği tahmin edilmektedir³⁸. Türk Tabipleri Birliği'nin raporuna göre Türkiye'de pandeminin başından 16.03.2022 tarihine kadar 510 aktif sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir³⁹.

2.4.1. Pandeminin Sağlık Çalışanlarına Psikososyal Etkisi

Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları, solunum yolu salgınlarının hemen hemen tamamında bulaşın en sık gerçekleştiği yerler olmuştur. COVID-19 pandemisinde de en ön saflarda çalışan sağlık çalışanları fiziksel, zihinsel ve

sosyal sağlıklarını etkileyen çok sayıda tehlikeyle karşı karşıya kalmışlardır⁴⁰. COVID-19 ile enfekte olma, hayatını kaybetme endişesi, yakınlarına enfeksiyon taşıma korkusu, negatif ayrımcılık, sosyal damgalanma, duygusal ve sosyal destekte azalma, terk edilmişlik hissi, uzun çalışma saatleri, iş yükünde artma ve aşırı yorgunluk, kişisel koruyucu ekipman eksikliği ve daha birçok yk stres, tükenmişlik, depresyon, kaygı bozukluğu, uyku bozuklukları gibi fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarıyla ilgili riskleri artırmaktadır^{38,41,42}. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik düzeylerinin topluma kıyasla daha yüksek, uyku kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir⁴³.

2.4.1.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik, ilk olarak Maslach ve arkadaşları tarafından, mesleki strese uzun süre maruz kalmaya yanıt olarak psikolojik, duygusal ve fiziksel stres durumu olarak tanımlanan bir sendromdur⁴⁴. DSÖ tükenmişliği Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın 11. düzenlemesinde (ICD-11) "İş veya işsizlikle ilgili problemler" başlığında tanımlamıştır⁴⁵. Tükenmişlik  boyutla karakterize edilmektedir⁴⁶.

- Duygusal yorulma
- Yapılan işten zihinsel olarak uzaklaşma, negatif duygular hissetme, duyarsızlaşma
- Yetersizlik/başarısızlık hissi

Sağlık alışanları, çalışma ortamlarında fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak enerji harcarlar. Pandemi gibi kriz durumlarında ise, uzun çalışma süreleri, iş yükünün artması, tehlikeli çalışma ortamı gibi faktörler çok daha fazla enerji harcanmasına sebep olarak Tükenmişlik Sendromu için risk oluşturabilir. Tükenmişlik yaşayan kişilerde görülen yaygın belirtiler şu şekildedir^{46,47}

- Yorgun, bitik, işlevsiz hissetmek
- Çaresiz, kapana kısılmış hissetmek
- Dünyadan kopuk ve yalnız hissetmek
- Olumsuz bakış açısı
- İşleri ertelemek
- Uykusuzluk

- Unutkanlık, dikkat dağınıklığı
- Strese bağlı bedensel şikayetler
- Sık hastalanma
- Kolay sinirlenme ya da duyarsızlık gibi ruhsal tepkiler

Türkiye Psikiyatri Derneği tükenmişliğin aşamalarını şu şekilde belirtmiştir⁴⁶.

- Kişinin kendini kanıtlamaya dair ihtiyacı
- Daha çok çalışma
- Kendi gereksinimlerini ihmal etme
- Çatışma ve gereksinimlerin yer değiştirmesi
- İş dışı gereksinimler için hiç zaman kalmayışı
- Sorunun inkarının daha da artması, düşünce ve davranış esnekliğinde azalma
- Hedefsizlik
- Davranışsal değişiklikler, psikolojik tepkiler
- Duyarsızlaşma
- İçte boşluk hissi, kaygı
- Anlamsızlık duygusu ve ilgi kaybının derinleşmesi
- Hayatı tehdit edebilecek düzeyde fiziksel yıpranma

Türkiye Psikiyatri Derneği COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik için risk faktörlerini şu şekilde belirtmiştir⁴⁶.

- **İkincil travma**

Travmatize olmuş kişilere hizmet verenlerde, bu kişilerle temas etmek de travmaya neden olabilir. Bu durum ikincil travma olarak adlandırılmaktadır ve tükenmişlik riskini artırmaktadır. Sağlık çalışanları özellikle kriz ve afet durumlarında ikincil travma ve dolayısı ile tükenmişlik açısından risk altındadır.

- **Çalışma koşulları ile ilgili etkenler**

- Rol karmaşası: Çalışanın görev tanımının net olmaması, kendi görevi olmayan işlerde çalışmak zorunda kalması durumudur. Salgın gibi krizlerde çalışanların, ihtiyaca göre kendi görevleri

olmayan işlerde ya da sürekli değişen birimlerde çalışmak zorunda kalması tükenmişlik riskini artırmaktadır.

- İş yükü: Kriz ve afet durumlarında sağlık sisteminin yükünün artması ile sağlık çalışanları da aşırı yüke maruz kalacaklardır.
- Kontrol algısı: Sağlık çalışanları ne zaman, nerede, hangi görev ile görevlendirileceklerini öngöremeden çalışarak, çalışma hayatlarının kontrolünü kaybettikleri hissine kapılabilirler.
- Takdir eksikliği: Çalışanların verdikleri emeğin karşılığını alamadıklarını hissetmeleri de tükenmişlik riskini artırabilir.
- **Çalışanla ilgili etkenler**
 - Mükemmeliyetçilik: Çalışırken her şeyin mükemmel olması için ekstra çaba gösteren çalışanlar için özellikle kriz dönemlerinde olağan dışı koşullarda çalışmak çok daha zorlayıcı olabilir.
 - Karamsarlık: Karamsar yapıdaki çalışanlar olumsuz duygulara daha fazla odaklandıkları için duygusal olarak daha savunmasız ve kaygılı olabilirler. Bu durum tükenmişlik açısından risklerini artırmaktadır.
 - Kontrolcülük: Olağan dışı durumlarda kontrolü kaybetme duygusu kontrolcü kişiler için daha zorlayıcı olabilmektedir.
 - Sosyal destek eksikliği: Çalışırken ortaya çıkan yorgunluğu giderip motive olabileceği aile ya da yakınların olmayışı tükenmişliği kolaylaştırabilir. Bekar olmak ya da salgın gibi durumlarda sevdiklerini korumak için onlardan uzaklaşmak sosyal desteği azaltarak tükenmişlik riskini artırabilir.
 - Cinsiyet: Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri gereği mesai dışında evde de çalışma ihtimalleri daha yüksektir.
 - Deneyim: Genç ve mesleki deneyimin az olmasının özellikle kriz durumlarında tükenmişlik riskini artırabileceği bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalar COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. İran'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %53.0'ında yüksek düzey tükenmişlik bildirilmiştir⁴⁸. Türkiye'de bir pandemi hastanesindeki sağlık çalışanlarının %53.36'sında yüksek düzeyde tükenmişlik olduğu rapor edilmiştir⁴⁹. Bir

sistemik derlemede özellikle yoğun bakım çalışanlarında, kadınlarda, genç çalışanlarda tükenmişlik prevalansı daha yüksek olarak bildirilmiştir⁵⁰. Ürdün'de yapılan bir çalışmada pandemide hekimler arasındaki tükenmişlik prevalansı %57.7 olarak rapor edilirken kadın cinsiyet, çok yoğun hastanelerde çalışma, uzun çalışma saatleri, gece vardiyasında çalışma, kişisel koruyucu ekipmana erişim zorluğu ve COVID-19 hastalığı geçirme ile tükenmişlik arasında pozitif ilişki saptanmıştır⁵¹. Türkiye'de yapılan bir çalışmada kişisel koruyucu ekipman eksikliği ve COVID-19 hastalarıyla çok temas etmenin tükenmişlik riskini artırdığı bildirilmiştir⁵². Başka bir çalışmada ise depresyon, kaygı, mesleki yeterlilik, pandemi sürecinde çalışma düzeninin değişmesi gibi faktörler tükenmişlik düzeyiyle ilişkili olarak rapor edilmiştir⁵³. Tükenmişliğin artmasının sağlık çalışanlarında stres ve istifa düşüncesini artırdığı bildirilmektedir^{49,54}.

2.4.1.2. Depresyon

Depresyon duyguları, düşünceleri ve davranışları olumsuz etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır. Depresyon, mutsuzluğa ve önceden keyif alınan şeylere karşı ilgi kaybına neden olur. Çeşitli duygusal ve fiziksel sorunlara neden olarak kişilerde işte ve evde işlev kaybına yol açabilir⁵⁵.

Depresyon bulguları hafif ve şiddetli arasında değişmekle birlikte şu şekildedir^{55,56},

- Üzgün, kederli, depresif bir ruh hali içinde olmak
- Ümitsizlik, çaresizlik, karamsarlık içinde olmak
- Eskiden zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, artık zevk alamama
- İştah değişiklikleri, diyetten bağımsız kilo kayıpları
- Uyuyamama ya da fazla uyuma sorunları
- Enerji kaybı ya da aşırı yorgunluk hissi
- Amaçsız fiziksel aktivitelerde artış (hareketsiz oturamama, elleri sıkma, hızlı adımlama gibi)
- Değersizlik ya da suçluluk hissi
- Düşünme, konsantre olma veya karar vermede zorluklar
- Ölüm ya da intihar düşünceleri

Major depresyon tanısı için semptomlar en az iki hafta sürmeli ve işlev kaybına neden olmalıdır. Depresyon dünyada en fazla işlev kaybı oluşturan hastalıklardan biridir. Gelişmiş ülkelerde ise işlev kaybı oluşturan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır⁵⁵. Türkiye’de yapılan iki çalışmada pandemide sağlık çalışanlarında depresyon prevalansı %22.7⁴⁹ ve %48.8⁵⁷ olarak bildirilmiştir. İtalya’da yapılan çalışmada depresyon prevalansı %35.9⁴³, Bosna Hersek’te yapılan bir çalışmada %25.1⁵⁸ olarak saptanmıştır. Çin’de yapılan farklı çalışmalarda depresyon prevalansı %13.5, %31.5, %44.4 ve %50.4 olarak bildirilmiştir⁵⁹⁻⁶⁰. Yapılan çalışmalarda pandemide COVID-19 hastalarıyla direkt temas eden sağlık çalışanlarında, hemşirelerde, genç çalışanlarda, kadınlarda depresyon prevalansı yüksek bildirilmiştir^{41,59,61}.

2.4.1.3. Anksiyete

Kaygı yaşamın bir parçası olup günlük sorunlarla baş edebilmemizi, bir tehlike durumunda hızlı karar verip kurtulmamızı sağlar. Bu hafif ve baş edilebilir düzeyde bir kaygıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan kişilerde ise sürekli ve aşırı düzeyde bir endişe durumu söz konusu olup bu durum kişinin günlük yaşamını etkiler. Yaygın anksiyete bozukluğunun oluşmasında kalıtsal etkenler, beyin nörokimyasındaki değişiklikler, kişilik özellikleri ve stres verici yaşam olayları etkilidir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı için endişe hali en az altı ay boyunca hemen her gün gün boyu sürmelidir. YAB’nin yaşam boyu görülme sıklığı %5-6’dır^{62,63}.

Yaygın anksiyete bozukluğu bulguları şu şekildedir^{62,63};

- Nedensiz ya da nedenle uyumsuz aşırı ve denetlenemeyen endişe hali
- Yorgunluk
- Dikkat bozukluğu
- Konsantrasyon güçlüğü
- Uykuya dalamama, sık uyanma
- Eşlik eden fiziksel belirtiler: Baş ağrısı ve kas ağrıları, yutma güçlüğü, titreme ve seyirmeler, terleme, tahammülsüzlük, bulantı, sersemlik hissi, sıcak basması gibi.

Türkiye genelinde yapılan farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarında anksiyete prevalansı %26.3 ile %50.2 arasında bildirilmiştir^{57,64,65}. Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada anksiyete prevalansı %74.8⁴⁹, Eskişehir'de yapılan çalışmada %26.7⁶⁶ olarak saptanmıştır. On yedi ülkeden 62 çalışmanın incelendiği bir meta analizde COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında anksiyete prevalansı %18-%34 arasında bildirilmiştir⁶⁷. Yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda anksiyete prevalansının %24.1 ile %46.0 arasında değiştiği bildirilmiştir.^{41,56,68,60} Kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda, ailesiyle birlikte yaşayanlarda, yakınları COVID-19 geçirenlerde, enfeksiyon ve bulaşla ilgili bilgi düzeyi düşük olanlarda anksiyete düzeyi yüksek olarak bildirilmiştir^{58,56,68,66}. Pandemi sürecinde COVID-19 hastalarıyla direkt temas etmenin sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyini artırdığı belirlenmiştir^{41,59,60}. Sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin artmasının istifa düşüncesini artırdığı gösterilmiştir^{49,68}.

2.4.1.4. Stres

Stres, fiziksel, duygusal veya psikolojik zorlanmaya neden olan değişikliklere insan vücudunun verdiği tepki olarak tanımlanmaktadır. Tehdit duygusu veya acıya neden olan olaylara karşı vücudun kendi dengesini kurabilmek için verdiği normal bir fiziksel cevaptır. Kaygı, gerginlik, iş yaşamı, aile, okul gibi unsurlar strese neden olabilir⁶⁹. Selye, stresi "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği nonspesifik tepki" olarak tanımlamıştır⁷⁰.

Stres belirtileri şu şekilde sıralanabilir;⁷¹

- Suçluluk hissetme
- Hüzün
- Asabiyet
- Uyku düzeninde değişme
- İştah ve kiloda değişim
- Karar verirken konsantrasyon eksikliği
- Olumsuz düşünceler
- Dikkat eksikliği
- Huzursuzluk
- Diğer çalışanlar ile çatışma yaşama

- İletişimin zayıflaması

Stresin kişisel ve çevresel birçok kaynağı olabilir. En önemli stres kaynaklarından biri de iş yaşamıdır⁷². Pandemi gibi kişilerin kontrol edemediği olağanüstü durumların neden olduğu belirsizlik ortamı ve rol karmaşası çalışanların stres düzeylerini artırmaktadır⁴. Türkiye genelinde COVID-19 sürecinde yapılan iki çalışmada sağlık çalışanlarında yüksek stres düzeyi sıklığı %15.4⁶⁵ ve %41.2⁷³ olarak bildirilmiştir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında stres prevalansı %44 olarak bildirilmiştir⁷⁴. Çin'de yapılan farklı çalışmalarda stres prevalansı %29.8⁶⁸ ve %71.5⁵⁹ olarak belirlenmiştir. Singapur ve Hindistan'da birlikte yürütülen çalışmada stres prevalansı %5.2'dir⁷⁵. Yapılan çalışmalarda COVID-19 ile enfekte olmaktan ve hayatını kaybetmekten korkmak, sosyal desteğin az olması, çevreden izole olmak gibi faktörler sağlık çalışanlarının stres düzeyini artıran risk faktörleri olarak belirlenmiştir^{58,76}. Uzun saatler kişisel koruyucu ekipmanlarla çalışmak, aile üyelerini enfekte etme korkusu ve hastaların ölümüne şahitlik etmek de sağlık çalışanlarının stres düzeyi ile ilişkili bulunmuştur⁷⁷.

2.4.1.5. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları uyku kalitesi, zamanı ve miktarı ile ilgili sorunları içeren ve gün içinde stres ve fonksiyon kaybına neden olan bozukluklardır. Uykusuzluk (insomnia) en yaygın görülen uyku bozukluğudur. Uyku bozuklukları fiziksel ve duygusal sorunlarla ilişkilidir. Uyku sorunları zihinsel sağlık problemlerine neden olabilir, var olan problemleri şiddetlendirebilir ya da bunların bir semptomu olarak ortaya çıkabilir⁷⁸.

- **Uykusuzluk (İnsomnia)**

Uykusuzluk (Insomnia), sonrasında ciddi düzeyde strese, sosyal veya mesleki diğer alanlardaki işlevsellikte bozulmaya neden olabilen uykuya dalmadaki güçlükler olarak tanımlanmaktadır. Yetişkinlerin üçte biri uykusuzluk semptomu bildirirken, %10-15'i gündüz işlevsellik sorunları bildirmekte ve %6-10'u uykusuzluk tanı kriterlerine uymaktadır. Uykusuzluk sorunu olan kişilerin %40-50'sinin eşlik eden başka bir zihinsel problemi vardır⁷⁸.

Uykusuzluk tanısı için uyku güçlüklerinin en az üç ay boyunca haftada en az üç gece ortaya çıkması ve kişinin işlevselliğini bozması, iş yerinde, okulda

günlük yaşamının işleyişini engelleyen ciddi sorunlara neden olması gerekmektedir⁷⁸. İspanya'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %57'sinde COVID-19 hastalarına bakım verdikleri dönemde yeni başlayan ya da kötüleşen uykusuzluk semptomları bildirilirken, Çin'de yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %36.1'inin uykusuzluk semptomları gösterdiği bildirilmiştir^{79,80}. Türkiye'de pandemi döneminde sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda uykusuzluk prevalansının %16.9 ile %31.2 arasında değiştiği belirlenmiştir^{62,81,82}. Yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarıyla çalışmak, anksiyete ve stres düzeyinin yüksek olması uyku bozuklukları için risk faktörü olarak bildirilmiştir^{64,76}.

2.4.2. Psikososyal Sağlığı Koruyucu Faktörler

Salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma ortamı ve salgınla ilgili koruyucu düzenlemeler çalışanların zihin sağlığını korumada önem taşımaktadır. Enfeksiyon kontrol kurallarının sıkı uygulanmasının, kişisel koruyucu ekipmanların yeterli düzeyde olmasının, sağlık çalışanları arasındaki olumlu iletişimin, görev dağılımı ve çalışma saatlerinin iyi planlandığı iş ortamlarının, aile ve çalışma arkadaşlarından gelen sosyal desteğin ve hastane yönetiminden gelen motive edici tepkilerin stres ve psikososyal etkilenimi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir^{4,77}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Verilerin toplandığı 11.10.2020 – 11.01.2021 döneminde dünyada ve Türkiye’de pandeminin sayısal olarak durumu incelendiğinde; veri toplama sürecinin ortası olan 23 Kasım 2020 tarihinde, pandeminin başından beri Dünya’da 63.344.686 vaka ve 1.556.380 ölüm gerçekleşmiştir. Aynı tarihte Türkiye’de toplam 1.371.148 vaka ve 13.373 ölüm bildirilmiştir²⁵.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Mersin il merkezinde bir üniversite hastanesi, iki kamu hastanesi, sekiz özel hastane bulunmaktadır⁸³. Araştırmanın yürütüldüğü Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 2014 yılından beri Çiftlikköy Yerleşkesi’nde 860 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir⁸⁴.

3.3. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için Sağlık Bakanlığı’ndan 12.09.2020 tarih ve 2020-09-11T12_32_36 sayılı izin alındı (Ek-1). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği’nden 22.09.2020 tarih ve 41993462-774.01.01 sayılı izin (Ek-2) ve Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 30/09/2020 tarih 682 sayılı etik kurul izni alındı (Ek-3).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Özellikleri

Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapan 2762 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının mesleklere göre dağılımı yapılırken hastalarla olan temas derecelerine ve yaptıkları işe göre gruplandırılmıştır. Buna göre dağılım şu şekildedir; Öğretim üyesi: 210, Araştırma görevlisi doktor: 405, Hemşire (Hemşire, Ebe, Sağlık memuru): 805, Temizlik personeli: 249, Destek personel: 340, Genel idari hizmetler: 311, Sağlık teknisyeni (Sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni ve laboratuvar teknisyeni): 233, Mekanik teknisyen (Mekanik tekniker, mekanik teknisyen, mühendis, güvenlik, şoför): 166, Diğer sağlık personeli (Eczacı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist): 43. Destek personel olarak ifade edilen grup çalışanları hastaların taşınması, tetkikler için gerekli birimlere götürülmesi, hasta yatak çarşaflarının değiştirilmesi gibi görevler yapmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

3.5.1. Araştırmanın Minimum Örneklem Büyüklüğü

Araştırmaya alınacak minimum örneklem sayısı Open Epi programı kullanılarak

- Evren 2762
- Prevalans %50 (Araştırılan depresyon, anksiyete, stres, uykusuzluk ve tükenmişlik durumlarının her biri için ayrı prevalans almak mümkün olmadığından, en geniş örneklemi elde etmek için sıklık %50 olarak alınmıştır.)
- ± 4 hata payı
- %95 güven aralığı ile

494 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya 494 kişinin dahil edilmesi hedeflendi.

3.5.2. Örneklem Yöntemi

Araştırmada olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya katılacak kişiler meslek gruplarına göre ağırlıklandırıldı. Buna göre 38 “öğretim üyesi”, 72 “araştırma görevlisi doktor”, 144 “hemşire”, 45 “temizlik personeli”, 61 “destek personel”, 55 “genel idari hizmetler”, 42 “sağlık teknisyeni”, 30 “mekanik teknisyen” ve 7 “diğer sağlık personeli” olmak üzere 494 kişinin dahil edilmesine karar verildi.

Veriler toplandıktan sonra yapılan kalite kontrollerde “genel idari hizmetler” ve “mekanik teknisyen” grubundaki çalışanların hastalarla temas durumuna göre yeniden değerlendirilmesine ve hastalarla teması olanların “genel idari hizmetler”, olmayanların “mekanik teknisyen” olarak gruplandırılmasına karar verildi. Buna göre “genel idari hizmetler” kategorisinde yer alan fakat hastayla teması olmayan veri giriş kontrol işletmeni, sekreter, memur ve “diğer” grubunda yer alan eczane çalışanları “mekanik teknisyen” grubuna; “mekanik teknisyen” grubunda hasta transferi sağlayan şoförler ve hasta ile temas eden sekreterler “genel idari hizmetler” grubuna dahil edildi. “Diğer” grubunda yer alan diyetisyen ve fizyoterapistler “sağlık teknisyeni” grubuna dahil edildi.

Bu gruplandırmalar sonucunda analizler 41 “öğretim üyesi”, 80 “araştırma görevlisi doktor”, 144 “hemşire”, 43 “temizlik personeli”, 61 “destek personel”, 43

“genel idari hizmetler”, 45 “sağlık teknisyeni”, 47 “mekanik teknisyen” olmak üzere 504 kişi üzerinden gerçekleştirildi.

3.6. Verilerin toplanması

Veriler 11.10.2020 – 11.01.2021 tarihleri arasında Google Forms programı kullanılarak oluşturulmuş bir veri formu ile toplanmıştır. Çevirim içi doldurulacak şekilde hazırlanan anketin elektronik bağlantı adresi başhekimlik ve başhemşirelik vasıtasıyla çalışanlara ulaştırılmıştır. Hedeflenen sayıya ulaşamayan meslek gruplarına iki kez hatırlatma mesajı iletilmiş, belirlenen örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Anket formunun ilk sayfasında katılımcılara araştırmanın amacından bahsedilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu eklenmiş, kişilerin kimlik bilgilerinin ankette yer almadığı belirtilmiş, kişisel verilerinin korunacağı ve verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanların veri formunu doldurmaları istenmiştir.

3.6.1. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-67 yaş aralığında olmak
- Sağlık çalışanı olmak
- Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde çalışıyor olmak
- Verilerin toplandığı tarihlerde Mersin Üniversitesi Hastanesinde çalışıyor olmak
- Dil sorunu olmamak
- Tanı almış bir psikiyatrik bozukluğu olmamak

3.6.2. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak
- 67 yaşından büyük olmak
- Sağlık çalışanı olmamak
- Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmıyor olmak
- Verilerin toplandığı tarihlerde idari izin vb. durumlar nedeniyle Mersin Üniversitesi Hastanesinde çalışmıyor olmak
- Dil sorunu olmak
- Tanı almış bir psikiyatrik bozukluğu olmak

3.7. Veri toplama araçları

Veriler toplanmadan önce farklı mesleklerden beş sağlık çalışanı ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu kişilerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7.1. Anket formu

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma yaşamıyla ilgili özellikleri, literatür taranarak oluşturulan COVID-19 pandemisi sürecindeki kaygı nedenleri, psikolojik zorlanma nedenleri ve destek kaynaklarını sorgulayan 29 sorudan oluşan veri formu kullanılmıştır (Ek-4).

3.7.2. Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Formu (TÖ-KF)

TÖ-KF, Pines tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Çapri tarafından yapılmıştır^{85,86}. Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Formu 10 maddeden oluşan ve kişilerin fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk seviyelerini değerlendiren bir ölçektir (Ek-5). Ölçeğin maddeleri yedi derece (1: Hiçbir zaman – 7: Her zaman) üzerinden değerlendirilmektedir. 10 maddeye verilen puan toplanıp 10'a bölüldüğünde tükenmişlik puanı elde edilmektedir. Bu puana göre kişinin tükenmişlik düzeyi şu şekilde yorumlanmaktadır:

- Ölçekten alınan "2.4 ve altındaki" puanlar tükenmişlik derecesinin çok düşük olduğu biçimde yorumlanmaktadır.
- Ölçekten alınan "2.5 ile 3.4" arasındaki puanlar tükenmişlik için tehlike sinyallerinin olduğu biçimde yorumlanmaktadır.
- Ölçekten alınan "3.5 ile 4.4" arasındaki puanlar tükenmişlik durumu içinde bulunduğu biçimde yorumlanmaktadır.
- Ölçekten alınan "4.5 ile 5.4" arasındaki puanlar çok ciddi bir tükenmişlik problemi yaşandığı biçimde yorumlanmaktadır.
- Ölçekten alınan "5.5 ve üzerindeki" puanlar en kısa zamanda profesyonel yardım alınması gerektiği biçimde yorumlanmaktadır.

Çalışmamızda 2.4 puan ve altı "Tükenmişlik yok", 2.5-3.4 puan arası "Tehlike sinyali", 3.5 puan ve üstü "Tükenmişlik var" olarak gruplandırılmıştır.

3.7.3. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği kişilerin son bir haftadır olan semptomlarını sorgulayan 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0-4 arasında (0: Hiçbir zaman - 3: Her zaman) puanlanmaktadır. Her alt ölçek için

toplam puan elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanlar şu şekilde hesaplanmaktadır: DASÖ-Depresyon = DASÖ3 + DASÖ5 + DASÖ10 + DASÖ13 + DASÖ16 + DASÖ17 + DASÖ21; DASÖ - Anksiyete = DASÖ2 + DASÖ4 + DASÖ7 + DASÖ9 + DASÖ15 + DASÖ19 + DASÖ20; DASÖ - Stres = DASÖ1 + DASÖ6 + DASÖ8 + DASÖ11 + DASÖ12 + DASÖ14 + DASÖ18. Her alt ölçek yedi madde içermekte olup, alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan "21"dir. Ölçeğin orijinali 42 sorudan oluşan Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği 42 (DASÖ-42)'dir⁸⁷. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-Kısa Formu'nun (DASÖ-21) da geçerli olduğu gösterilmiştir⁸⁸. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan DASÖ-21'de her bir alt ölçek için alınan puanın artması depresyon, anksiyete ya da stresin arttığını göstermektedir⁸⁹ (Ek-6).

3.7.4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)

UŞİ, Bastien ve ark. tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Boysan ve ark. tarafından yapılmıştır^{90,91}. Uykusuzluk şiddetini değerlendirmek için kullanılan ölçek kişilerin son iki haftadır olan semptomlarını sorgulayan yedi sorudan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 28 arasındadır.

Ölçek maddelerinin ölçüm yaptığı özellikler sırasıyla şöyledir;

- Uykuya geçişte zorluklar
- Uykuyu sürdürme güçlükleri
- Çok erken uyanma
- Uyku paterninden alınan doyum
- Günlük işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalar
- Uyku kaynaklı bozulmaların fark edilebilirliği
- Uyku sorununun neden olduğu stres düzeyi

Ölçekten alınan puanlar şu şekilde yorumlanmaktadır.

- 0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
- 8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
- 15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
- 22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

Çalışmamızda 7 puan ve altı “Uykusuzluk yok”, 8 puan ve üstü “Uykusuzluk var” olarak gruplandırılmıştır (Ek-7).

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

- Katılımcıların tükenmişlik düzeyi
- Katılımcıların depresyon düzeyi
- Katılımcıların anksiyete düzeyi
- Katılımcıların stres düzeyi
- Katılımcıların uykusuzluk düzeyi

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler
 - Yaş
 - Cinsiyet
 - Medeni durum
 - Çocuk sayısı
 - Evde yaşanan kişiler
 - Eğitim durumu
 - Hane geliri
 - Kronik hastalık varlığı
- İş yaşamı ile ilgili özellikler
 - Meslek
 - Meslek yılı
 - COVID-19 öncesi çalışılan birim
 - COVID-19 sonrası çalışılan birim
 - COVID-19 öncesi çalışma şekli
 - COVID-19 sonrası çalışma şekli
 - COVID-19 öncesi haftalık ortalama çalışma süresi
 - COVID-19 sonrası haftalık ortalama çalışma süresi
 - COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili bilgilendirilme düzeyi ile ilgili düşünce
 - COVID-19 sürecinde kişisel koruyucu ekipmanların yeterliliği ile ilgili düşünce

- COVID-19 sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımını konusunda bilgilendirilme düzeyi ile ilgili düşünce
- Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumları ve sosyal etkilenimleri
 - COVID-19 tanısı almak
 - COVID-19 riskli temas nedeniyle takip edilmek
 - Birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alması
 - COVID-19 tanısı almış hastalarla temas etmek
 - Şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas etmek
 - COVID-19 ilişkili bir birimde çalışmamak
 - Ailede COVID-19 tanısı almış kişi olması
 - Kendini COVID-19 sürecinde yaptığı iş ve çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek
 - COVID-19 döneminde istifa etmeyi düşünmek
 - COVID-19 nedeniyle yaşadığı yeri değiştirme durumu
 - Yaşadığı yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta zorluk yaşama durumu
 - Yaşadığı yerde negatif ayrımcılığa maruz kalmak
- COVID-19 sürecinde en fazla endişelenilen ve psikolojik açıdan zorlayan durumlar
 - COVID-19 ile enfekte olmak
 - COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek
 - Birlikte yaşadığı kişilere, yakınlarına enfeksiyon taşımak
 - COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek
 - İş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak
 - İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri
 - İş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak
 - Aileden/ arkadaşlardan uzak kalmak
 - Etrafta destek alacak kimsenin olmaması
 - Belirsizlik
 - Umutsuzluk
- Psikolojiyi olumlu yönde etkileyen en önemli destek kaynağı
 - Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar)

- Kendine ayırabildiği boş zaman
- İş yerindeki sosyal destek
- İnanç

3.9. Verilerin Analizi

3.9.1. Çalışma Gruplarının Oluşturulması

Veriler analiz edilmeden önce kalite kontrol ve gruplamalar yapıldı. Çalışmaya 512 kişi katıldı. Katılımcılardan üç kişinin pandemi öncesinde konulmuş yaygın anksiyete bozukluğu tanısı; beş kişinin de majör depresyon tanısı olduğu için bu kişiler çalışma dışı bırakıldı. Analizler 504 kişi üzerinden gerçekleştirildi.

Katılımcıların meslek gruplaması şu şekildedir; öğretim üyesi, araştırma görevlisi doktor, hemşire, temizlik personeli, destek personel, genel idari hizmetler, sağlık teknisyeni, mekanik teknisyen.

Katılımcıların çalıştığı birimler şu şekilde gruplandırıldı; Dahili Bilimler, Cerrahi Bilimler, COVID İlişkili Birim (COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ve Mikrobiyoloji laboratuvarı), Diğer (ambulans, arşiv, banko, bilgi işlem, cenaze işleri, laboratuvar, çamaşırhane, diyet polikliniği, eczane, eğitim birimi, güvenlik, idari birimler, istatistik birimi, kalite, satın alma, sterilizasyon, teknik servis, transfüzyon merkezi, ulaştırma birimi, veri hazırlama ve yönetim birimleri) .

Katılımcılar birlikte yaşadığı kişilere göre şu şekilde gruplandırıldı; yalnız yaşayanlar “Tek başına”; eş ve/veya çocuk ile yaşayanlar “Çekirdek 1”; anne, baba ve kardeşe yaşayanlar “Çekirdek 2”; eş ve/veya çocukla birlikte anne, baba ya da kardeşe yaşayanlar “Geniş”; arkadaşıyla yaşayanlar “Arkadaş” olarak gruplandırıldı.

Aylık hane geliri verilerin toplandığı 2020 yılında net 2.325 TL olan asgari ücret ve katları olarak gruplandı⁹².

Katılımcıların çalışma şekli şu şekilde gruplandırıldı; sadece gündüz mesaisine gelenler “gündüz mesaisi”; gündüz mesaisinin devamında gece nöbetine kalarak ertesi gün mesai bitimine kadar çalışanlar “gündüz mesaisi ve nöbet”; belli saat aralıklarında vardiya usulü çalışanlar “vardiya”.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri) sınıflamasına göre değerlendirilerek katılımcıların astım, hipertansiyon, diyabet, Behçet hastalığı, tiroid kanseri, kronik bronşit,

insülinoma, lösemi, hiperlipidemi, kalp yetmezliği tanıları “riskli kronik hastalık” olarak gruplandırıldı.

3.9.2. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerde normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerde ortalama, standart sapma; normal dağılıma uymayan değişkenlerde ortanca, %25-%75 (Q1-Q3) persentil değerleri verildi. Kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde değerleri verildi.

Kategorik değerlerin kategorik değişkenlerle karşılaştırılmasında Ki-kare analizi, sürekli değişkenlerle karşılaştırılmasında ise normal dağılım gösteren değişkenlerde Student-t Testi ve ANOVA; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Çoklu analizde; tekli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler dahil edilerek Binary Lojistik Regresyon analizi, Multivariate Lojistik Regresyon Analizi ve Çoklu Lineer Regresyon Analizi yapıldı. Çalışmada istatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma sadece belirtilen hastanedeki sağlık çalışanlarına ait bulguları içermektedir. Tüm sağlık çalışanlarına genellenemez. Hastane başhekimliği sağlık çalışanlarına bilgilendirme yapacağı zaman kullandığı haberleşme yöntemi ile (cep telefonlarına ve elektronik posta adreslerine mesaj göndermek) çalışmanın veri formunu içeren elektronik adresi çalışanlara ulaştırmıştır. Ancak kişilere bu bilgilendirmenin ulaşmama durumunda çalışmadan haberdar olmayanlar olabilir. Elektronik ortamda hazırlanmış anketi yapmak konusunda yeterli bilgisi olmayan kişiler çalışmaya dahil olmak istememiş olabilir. Anketi doldurabileceği bir araca (android cep telefonu, bilgisayar gibi) sahip olmayanlar çalışmaya katılamamış olabilir.

4. BULGULAR

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 264’ü (%52.4) kadın, 240’ı (%47.6) erkek olmak üzere toplam 504 sağlık çalışanı dahil edildi. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş

ortancası 32.5 yıl (Q1=27.0, Q3= 40.0) olarak belirlendi. Katılımcıların 287'si (%56.9) evliydi, 260'ının (%51.6) çocuğu yoktu ve 266'sı (52.8) eşı ve/veya çocuğuyla yaşıyordu. Sağlık alışanlarının 241'i (%47.8) n lisans/lisans mezunuydu, 144'n (%28.6) hemşireler oluşturuyordu ve meslekteki çalışma yılı ortancası 7.0 yıl (Q1=4.0, Q3=15.0) olarak belirlendi. Katılımcıların 316'sının (%62.7) aylık hane geliri 2.326-9.300 TL arasındaydı ve 445'inin (%88.3) COVID-19 açısından riskli bir kronik hastalığı yoktu (Tablo 1).



Tablo1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	264	52.4
Erkek	240	47.6
Medeni durum		
Evli	287	56.9
Bekar	217	43.1
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	260	51.6
1 çocuk	103	20.4
2 çocuk ve üzeri	141	28.0
Evde yaşadığı kişiler		
Tek başına	90	17.9
Çekirdek aile 1**	266	52.7
Çekirdek aile 2***	101	20.0
Geniş aile	30	6.0
Diğer	17	3.4
Öğrenim düzeyi		
İlkokul/Ortaokul	23	4.6
Lise	103	20.4
Ön lisans/Lisans	241	47.8
Yüksek lisans/Doktora/Uzmanlık	137	27.2
Meslek		
Öğretim üyesi	41	8.1
Araştırma görevlisi doktor	80	16.0
Hemşire	144	28.6
Sağlık teknisyeni	45	8.9
Destek personel	61	12.1
Temizlik personeli	43	8.5
Mekanik teknisyen	47	9.3
Genel idari hizmetler	43	8.5
Aylık hane geliri		
2.325 TL ve altında	29	5.8
2.326-9.300 TL	316	62.7
9.301 TL ve üzeri	159	31.5
Riskli kronik hastalık*		
Var	59	11.7
Yok	445	88.3
Toplam	504	100.0

*Astım, kronik bronşit, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, kalp yetmezliği, Behçet hastalığı, tiroid kanseri, insülinoma, lösemi, **Eş ve/veya çocuk, ***Anne, baba ve kardeş

4.2. Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisindeki Çalışma Koşulları ve Sosyal Yaşamları İle İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 265'i (%52.6) COVID-19 pandemisi öncesinde dahili bilimlerde çalışırken, 229'u (%45.4) COVID-19 pandemisi sürecinde COVID-19 poliklinik, servis ya da yoğun bakımda çalıştığını bildirdi. Katılımcıların 228'inin (%45.2) COVID-19 pandemisi öncesi çalışma şekli vardiya iken 263'ünün (%52.2) COVID-19 pandemisi sürecindeki çalışma şekli vardiya idi. Çalışanların 311'i (%61.7) COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini, 275'i (%54.6) COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu, 322'si (%63.9) COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünüyordu (Tablo 2). Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi öncesi haftalık çalışma süresi ortancası 45.0 saat (Q1=40.0, Q3=48.0) ve COVID-19 pandemisi sürecinde haftalık çalışma süresi ortancası 45.0 saat (Q1=40.0, Q3=50.0) olarak belirlendi.

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının bazı çalışma yaşamı özellikleri.

Değişkenler	n	%
COVID-19 öncesi çalışılan birim		
Dahili bilimler	265	52.6
Cerrahi bilimler	162	32.1
Diğer	77	15.3
COVID-19 sürecinde çalışılan birim		
COVID poliklinik/servis/yoğun bakım	229	45.4
Dahili bilimler	153	30.4
Cerrahi bilimler	67	13.3
Diğer	55	10.9
COVID-19 öncesi çalışma şekli		
Vardiya	228	45.2
Gündüz mesaisi	190	37.7
Gündüz mesaisi ve nöbet	75	14.9
Çalışmıyor	11	2.2
COVID-19 sürecinde çalışma şekli		
Vardiya	263	52.2
Gündüz mesaisi	158	31.3
Gündüz mesaisi ve nöbet	83	16.5
COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünme		
Evet	311	61.7
Hayır	193	38.3
COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünme		
Evet	275	54.6
Hayır	229	45.4
COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünme		
Evet	322	63.9
Hayır	182	36.1
Toplam	504	100.0

Sağlık çalışanlarının 36'sı (%7.1) COVID-19 tanısı aldığını, 247'si (%49.0) COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edildiğini, 337'si (%66.9) birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı aldığını, 64'ü (%12.7) ailesinde COVID-19 tanısı alan kişi olduğunu, 189'u (%37.5) COVID-19 pozitif hastalarla COVID-19 poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas ettiğini, 98'i (%19.4) COVID-19 pozitif hastalarla COVID-19 ile ilişkili olmayan bir bölümde temas ettiğini, 238'i (%47.2) şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas ettiğini ve 55'i (%10.9) şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmediğini bildirdi. Çalışanların 383'ü (%76.0) COVID-19 pandemisi sürecinde kendini yaptığı iş ve çalıştığı birim ile ilgili yeterli gördüğünü bildirirken, 183 kişi (%36.3) COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşündüğünü bildirdi. Katılımcıların 75'i (%14.9) COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirdiğini, yaşadığı yeri değiştirenlerin 40'ı (%53.3) kalacak yer bulmakta sorun yaşadığını belirtti. Çalışanların 213'ü (%42,3) yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kaldığını söyledi (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumları ve sosyal etkilenimleri.

Değişkenler	n	%
COVID-19 tanısı almak		
Evet	36	7.1
Hayır	468	92.9
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek		
Evet	247	49.0
Hayır	257	51.0
İş arkadaşının COVID-19 tanısı alması		
Evet	337	66.9
Hayır	167	33.1
Ailede COVID-19 hastası olması		
Evet	64	12.7
Hayır	440	87.3
COVID pozitif hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek		
Evet	189	37.5
Hayır	315	62.5
COVID pozitif hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmek		
Evet	98	19.4
Hayır	406	80.6
Şüpheli COVID hastalarıyla temas etmek		
Evet	238	47.2
Hayır	266	52.8
Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek		
Evet	55	10.9
Hayır	449	89.1
Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek		
Evet	383	76.0
Hayır	121	24.0
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek		
Evet	183	36.3
Hayır	321	63.7
Yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak		
Evet	213	42.3
Hayır	291	57.7
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek		
Evet	75	14.9
Hayır	429	85.1
Toplam	504	100.0
Yer değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak (n=75)		
Evet	40	53.3
Hayır	35	46.7

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına COVID-19 pandemisi sürecinde onları en fazla endişelendiren durumlar sorulduğunda; 423'ü (%83.9) birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak, 345'i (%68.5) COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek, 170'i (%33.7) COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek, 148'i (%29.4) COVID-19 ile enfekte olmak olduğunu bildirdi. Katılımcıları COVID-19 pandemisi sürecinde psikolojik olarak en çok zorlayan konular sorulduğunda ise 369'u (%73.2) belirsizlik, 254'ü (%50.4) aileden/arkadaşlarından uzak kalmak, 238'i (%47.2) iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak, 238'i (%47.2) umutsuzluk, 234'ü (%46.4) iş yerinde kaldırabileceğinden fazla yük almış olmak ve 97'si (%19.2) etrafında destek alacağı kimsenin olmaması şeklinde yanıtladı (Tablo 4).



Tablo 4. COVID-19 pandemisi sürecinde çalışmaya katılan sağlık çalışanlarını en çok endişelendiren ve psikolojik olarak zorlayan konular.

Değişkenler	n	%
Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak		
Evet	423	83.9
Hayır	81	16.1
COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek		
Evet	345	68.5
Hayır	159	31.5
COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek		
Evet	170	33.7
Hayır	334	66.3
COVID-19 ile enfekte olmak		
Evet	148	29.4
Hayır	356	70.6
Belirsizlik		
Evet	369	73.2
Hayır	135	26.8
Aileden/arkadaşlardan uzak kalmak		
Evet	254	50.4
Hayır	250	49.6
İş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak		
Evet	238	47.2
Hayır	266	52.8
Umutsuzluk		
Evet	238	47.2
Hayır	266	52.8
İş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak		
Evet	234	46.4
Hayır	270	53.6
İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri		
Evet	209	41.5
Hayır	295	58.5
Etrafında destek alacak kimsenin olmaması		
Evet	97	19.2
Hayır	407	80.8
Toplam	504	100.0

Katılımcılara COVID-19 pandemisi sürecinde psikolojilerini olumlu yönde etkileyen en önemli destek kaynakları sorulduğunda; 327'si (%64.9) evdeki sosyal destek (aile, arkadaşlar), 177'si (%35.1) inanç, 153'ü (%30.4) kendine ayırabildiği boş zaman (hobi, doğa vb.), 101'i (%20.0) iş yerindeki sosyal destek (çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum) olarak bildirirken 10 kişi (%2.0) böyle bir sosyal desteği olmadığını belirtti (Tablo 5).

Tablo 5. COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının psikolojisini olumlu yönde etkileyen en önemli destek kaynakları.

Değişkenler	n	%
Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar)		
Evet	327	64.9
Hayır	177	35.1
İnanç		
Evet	177	35.1
Hayır	327	64.9
Kendine ayırabildiği boş zaman (Hobi, doğa vb.)		
Evet	153	30.4
Hayır	351	69.6
İş yerindeki sosyal destek (Çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum)		
Evet	101	20.0
Hayır	403	80.0
Destek yok		
Evet	10	2.0
Hayır	494	98.0
Toplam	504	100.0

4.3. Sağlık alışanlarının Uykusuzluk Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların 361'inde (%76.1) uykusuzluk sorunu vardı. Kadınların 202'sinde (%76.5) erkeklerin ise 159'unda (%66.3) uykusuzluk tespit edildi. Erkek ve kadın çalışanların uykusuzluk durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.011$). Uykusuzluk varlığı ile katılımcıların öğrenim düzeyi, mesleği ve aylık hane geliri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0.003$, $p<0.001$, $p=0.022$). Medeni durum, ocuk sayısı, evde yaşanılan kişiler ve riskli kronik hastalık varlığı ile uykusuzluk arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 6).



Tablo 6. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk				Toplam		x ² değeri p değeri
	Var		Yok		n	%**	
	n	%*	n	%*			
Cinsiyet							x ² =6.518
Kadın	202	76.5	62	23.5	264	52.4	p=0.011
Erkek	159	66.3	81	33.7	240	47.6	
Medeni durum							x ² =2.924
Evli	197	68.6	90	31.4	287	56.9	p=0.087
Bekar	164	75.6	53	24.4	217	43.1	
Çocuk sayısı							x ² =1.754
Çocuk yok	192	73.8	68	26.2	260	51.6	p=0.416
1 çocuk	69	67.0	34	33.0	103	20.4	
2 çocuk ve üzeri	100	70.9	41	29.1	141	28.0	
Evde yaşadığı kişiler							x ² =5.572
Tek başına	69	76.7	21	23.3	90	17.9	p=0.233
Çekirdek aile 1	179	67.3	87	32.7	266	52.7	
Çekirdek aile 2	76	75.2	25	24.8	101	20.0	
Geniş aile	23	76.7	7	23.3	30	6.0	
Arkadaş	14	82.4	3	17.6	17	3.4	
Öğrenim düzeyi							x ² =13.718
İlkokul/Ortaokul	12	52.2	11	47.8	23	4.6	p=0.003
Lise	77	74.8	26	25.2	103	20.4	
Ön lisans/Lisans	186	77.2	55	22.8	241	47.8	
Yüksek lisans/ Doktora/Uzmanlık	86	62.8	51	37.2	137	27.2	
Meslek							x ² =30.235
Öğretim üyesi	19	46.3	22	53.7	41	8.1	p<0.001
Araştırma görevlisi doktor	59	73.8	21	26.2	80	16.0	
Hemşire	113	78.5	31	21.5	144	28.6	
Sağlık teknisyeni	37	82.2	8	17.8	45	8.9	
Destek personel	48	78.7	13	21.3	61	12.1	
Temizlik personeli	31	72.1	12	27.9	43	8.5	
Mekanik teknisyen	24	51.1	23	48.9	47	9.3	
Genel idari hizmetler	30	69.8	13	30.2	43	8.5	
Aylık hane geliri							x ² =7644
2.325 TL ve altında	21	72.4	8	27.6	29	5.8	p=0.022
2.326-9.300 TL	239	75.6	77	24.4	316	62.7	
9.301 TL ve üzeri	101	63.5	58	36.5	159	31.5	
Riskli kronik hastalık							x ² =1.004
Var	39	66.1	20	33.9	59	11.7	p=0.316
Yok	322	72.4	123	27.6	445	88.3	
Toplam	361	71.6	143	28.4	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Uykusuzluğu olan sağlık çalışanlarının yaş ortancası [31.0 (Q1=27.0-Q3=39.0)] ve meslekteki yılları [6.0 (Q1=4.0-Q3=14.0)] anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). Çocuk sayısı ile uykusuzluk arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının yaş, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk [Ortanca (%25-%75)]		Z	p
	Var	Yok		
Yaş (n=504)	31.0 (27.0-39.0)	37.0 (39.0-44.0)	5.267	p<0.001
Çocuk sayısı (n=504)	0.0 (0.0-2.0)	1.0 (0.0-2.0)	0.732	p=0.464
Meslek yılı (n=504)	6.0 (4.0-14.0)	10.0 (6.0-20.0)	4.783	p<0.001

COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili çalıştığı kurum tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmeyenlerde, COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olmadığını düşünenlerde ve COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili çalıştığı kurum tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmeyenlerde uykusuzluğun daha fazla olduğu görüldü (sırasıyla $p=0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Sağlık çalışanlarında uykusuzluk ile çalışılan birim ve çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk				Toplam		x ² değeri p değeri
	Var		Yok				
	n	%*	n	%*	n	%**	
COVID_19 öncesi çalışılan birim							
Dahili bilimler	185	69.8	80	30.2	265	52.6	x ² =3.973 p=0.137
Cerrahi bilimler	125	77.2	37	22.8	162	32.1	
Diğer	51	66.2	26	33.8	77	15.3	
COVID-19 sürecinde çalışılan birim							
COVID poliklinik/servis/yb.	169	73.8	60	26.2	229	45.4	x ² =2.337 p=0.505
Dahili bilimler	110	71.9	43	28.1	153	30.4	
Cerrahi bilimler	47	70.1	20	29.9	67	13.3	
Diğer	35	63.6	20	36.4	55	10.9	
COVID-19 öncesi çalışma şekli							
Çalışmıyor	9	81.8	2	18.2	11	2.2	x ² =5.780 p=0.123
Gündüz mesaisi	125	65.8	65	34.2	190	37.7	
Vardiya	173	75.9	55	24.1	228	45.2	
Gündüz mesaisi ve nöbet	54	72.0	21	28.0	75	14.9	
COVID-19 sürecinde çalışma şekli							
Gündüz mesaisi	108	68.4	50	31.6	158	31.3	x ² =2.275 p=0.321
Vardiya	196	74.5	67	25.5	263	52.2	
Gündüz mesaisi ve nöbet	57	68.7	26	31.3	83	16.5	
COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek							
Evet	206	66.2	105	33.8	311	61.7	x ² =11.606 p=0.001
Hayır	155	80.3	38	19.7	193	38.3	
COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmek							
Evet	176	64.0	99	36.0	275	54.6	x ² =17.324 p<0.001
Hayır	185	80.8	44	19.2	229	45.4	
COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek							
Evet	212	65.8	110	34.2	322	63.9	x ² =14.701 p<0.001
Hayır	149	81.9	33	18.1	182	36.1	
Toplam	361	71.6	143	28.4	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Uykusuzluğu olan sağlık çalışanlarının COVID-19 sürecinde haftalık çalışma saatleri [48.0 (Q1=40.0-Q3=52.0)] yüksek bulundu ($p=0.012$). COVID-19 öncesi haftalık çalışma saatleriyle uykusuzluk arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının COVID-19 öncesi ve sonrası çalışma saatlerine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk		Z	p
	Var	Yok		
COVID-19 öncesi çalışma saati [Ortanca(%25-%75)]	45.0(40.0-48.0)	45.0(40.0-48.0)	-1.905	p=0.057
COVID-19 sonrası çalışma saati [Ortanca(%25-%75)]	48.0(40.0-52.0)	45.0(40.0-48.0)	-2.509	p=0.012

COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilen sağlık çalışanlarında birlikte çalıştığı sağlık çalışanı COVID-19 tanısı alanlarda, COVID-19 pozitif hastalarla COVID-19 poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas edenlerde ve şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas edenlerde uykusuzluk daha sık olarak belirlendi (sırasıyla $p=0.003$, $p=0.004$, $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.043$). Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmeyenlerde, COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünenlerde, COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirenlerde ve yer değiştirirken sorun yaşayanlarda, yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalanlarda daha sık uykusuzluk görüldü (sırasıyla $p=0.031$, $p<0.001$, $p=0.004$, $p=0.011$, $p<0.001$). COVID-19 tanısı almış olmak, ailesinde COVID-19 tanısı alan kişi olması ve COVID pozitif hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmiş olmak ile uykusuzluk arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenmelerine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk				Toplam n %**		x ² değeri p değeri
	Var		Yok				
	n	%*	n	%*	n	%**	
COVID-19 tanısı almak							
Evet	30	83.3	6	16.7	36	7.1	x ² =2.614 p=0.106
Hayır	331	70.7	137	29.3	468	92.9	
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek							
Evet	192	77.7	55	22.3	247	49.0	x ² =8.886 p=0.003
Hayır	169	65.8	88	34.2	257	51.0	
Birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alması							
Evet	255	75.7	82	24.3	337	66.9	x ² =8.171 p=0.004
Hayır	106	63.5	61	36.5	167	33.1	
Ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması							
Evet	45	70.3	19	29.7	64	12.7	x ² =0.062 p=0.803
Hayır	316	71.8	124	28.2	167	33.1	
COVID pozitif hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek							
Evet	151	79.9	38	20.1	189	37.5	x ² =10.170 p=0.001
Hayır	210	66.7	105	33.3	315	62.5	
COVID pozitif hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmek							
Evet	74	75.5	24	24.5	98	19.4	x ² =0.903 p=0.342
Hayır	287	70.7	119	29.3	406	80.6	
Şüpheli COVID hastalarıyla temas etmek							
Evet	187	78.6	51	21.4	238	47.2	x ² =10.701 p=0.001
Hayır	174	65.4	92	34.6	266	52.8	
Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek							
Evet	33	60.0	22	40.0	55	10.9	x ² =4.107 p=0.043
Hayır	328	73.1	121	26.9	449	89.1	
Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek							
Evet	265	69.2	118	30.8	383	76.0	x ² =4.660 p=0.031
Hayır	96	79.3	25	20.7	121	24.0	
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek							
Evet	163	89.1	20	10.9	183	63.3	x ² =43.022 p<0.001
Hayır	198	61.7	123	38.3	321	63.7	
Yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak							
Evet	175	82.2	38	17.8	213	42.3	x ² =20.138 p<0.001
Hayır	186	63.9	105	36.1	291	57.7	
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek							
Evet	64	85.3	11	14.7	75	14.9	x ² =8.145 p=0.004
Hayır	297	69.2	132	30.8	429	85.1	
Toplam	361	71.6	143	28.4	504	100.0	
Yaşadığı yeri değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak							
Evet	38	95.0	2	5.0	40	53.3	x ² =6.400 p=0.011
Hayır	26	74.3	9	25.7	35	46.7	
Toplam	64	85.3	11	14.7	75	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

COVID-19 pandemisi sürecinde kendisini en çok endişelendiren konunun COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek olduğunu söyleyenlerde, psikolojik açıdan en çok zorlandıkları konunun iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak olanlarda, umutsuzluğu olanlarda, iş yerinde kaldırabileceğinden fazla yük alanlarda ve etrafında destek alacağı kimsenin olmaması durumunda uykusuzluk anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0.032$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Sağlık çalışanlarının en çok endişelendikleri ve psikolojik açıdan zorlandıkları konunun birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak, COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek, COVID-19 ile enfekte olmak, belirsizlik, aile arkadaşlardan uzak kalmak ve iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri olması ile uykusuzluk arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlandıklarını düşündükleri konulara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk				Toplam		x ² değeri p değeri
	Var		Yok				
	n	%*	n	%*	n	%**	
Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak							
Evet	307	72.6	116	27.4	423	83.9	x ² =1.168
Hayır	54	66.7	27	33.3	81	16.1	p=0.280
COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek							
Evet	256	74.2	89	25.8	345	68.5	x ² =3.571
Hayır	105	66.0	54	34.0	159	31.5	p=0.059
COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek							
Evet	132	77.6	38	22.4	170	33.7	x ² =4.575
Hayır	229	68.6	105	31.4	334	66.3	p=0.032
COVID-19 ile enfekte olmak							
Evet	104	70.3	44	29.7	148	29.4	x ² =0.190
Hayır	257	72.2	99	27.8	356	70.6	p=0.663
Belirsizlik							
Evet	272	73.7	97	26.3	369	73.2	x ² =2.949
Hayır	89	65.9	46	34.1	135	26.8	p=0.086
Ailemden/arkadaşlarımdan uzak kalmak							
Evet	189	74.4	65	25.6	254	50.4	x ² =1.951
Hayır	172	68.8	78	31.2	250	49.6	p=0.163
İş yerinde kendimi güvende hissetmeden çalışmak							
Evet	189	79.4	49	20.6	238	47.2	x ² =13.447
Hayır	172	64.7	94	35.3	266	52.8	p<0.001
Umutsuzluk							
Evet	191	80.3	47	19.7	238	47.2	x ² =16.507
Hayır	170	63.9	96	36.1	266	52.8	p<0.001
İş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak							
Evet	189	80.8	45	19.2	234	46.4	x ² =17.964
Hayır	172	63.7	98	36.3	270	53.6	p<0.001
İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri							
Evet	159	76.1	50	23.9	209	41.5	x ² =3.479
Hayır	202	68.5	93	31.5	295	58.5	p=0.062
Etrafında destek alacak kimsenin olmaması							
Evet	85	87.6	12	12.4	97	19.2	x ² =14.175***
Hayır	276	67.8	131	32.2	407	80.8	p<0.001
Toplam	361	71.6	143	28.4	504	100.0	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Continuity correction yapıldı

COVID-19 Pandemi sürecinde psikolojisine en iyi gelen destek kaynağının kendine ayırabildiği boş zaman olduğunu söyleyenlerde uykusuzluk daha az bulundu ($p=0.023$). Evdeki sosyal destek, inanç, iş yerindeki sosyal destek ve destek olmaması ile uykusuzluk arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının destek kaynaklarına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk				Toplam		x ² değeri p değeri
	Var		Yok				
	n	%*	n	%*	n	%**	
Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar)							
Evet	237	72.5	90	27.5	327	64.9	x ² =0.331
Hayır	124	70.1	53	29.9	177	35.1	p=0.565
İnanç							
Evet	130	73.4	47	26.6	177	35.1	x ² =0.444
Hayır	231	70.6	96	29.4	327	64.9	p=0.505
Kendine ayırabildiği boş zaman (Hobi, doğa vb.)							
Evet	99	64.7	54	35.3	153	30.4	x ² =5.178
Hayır	262	74.6	89	25.4	351	69.6	p=0.023
İş yerindeki sosyal destek (Çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum)							
Evet	72	71.3	29	28.7	101	20.0	x ² =0.007
Hayır	289	71.7	114	28.3	403	80.0	p=0.932
Destek yok							
Evet	8	80.0	2	20.0	10	2.0	x ² =0.356
Hayır	352	71.4	141	28.6	494	98.0	p=0.732***
Toplam	361	71.6	143	28.4	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi ***Fisher's exact test

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından uykusuzluğu olanların; depresyon puanları [9.0 (Q1=6.0-Q3=13.0)] , anksiyete puanları [6.0, (Q1=4.0-Q3=9.0)] ve stres puanları [9.0, (Q1=7.0-Q3=12.0)] anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeyleriyle karşılaştırılması.

Değişkenler	Uykusuzluk		Z	p
	Var	Yok		
Depresyon [Ortanca(%25-%75)]	9.0 (6.0-13.0)	5.0 (2.0-7.0)	-9.603	p<0.001
Anksiyete [Ortanca(%25-%75)]	6.0 (4.0-9.0)	2.0 (1.0-4.0)	-10.874	p<0.001
Stres [Ortanca(%25-%75)]	9.0 (7.0-12.0)	5.0 (3.0-7.0)	-10.183	p<0.001

Yapılan tekli analizlerde $p<0.05$ olan değerler bağımsız değişkenler olarak; UŞİ ölçeğine göre uykusuzluk durumu olup olmaması bağımlı değişken olarak alınarak lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Bu analize göre her bir yaş artışı uykusuzluk riskini 0.96 kat, anksiyete puanının bir birim artması 1.70 kat, stres puanının bir birim artması 1.33 kat artırıyordu (sırasıyla $p=0.003$, $p<0.001$, $p=0.004$). Yaşadığı yeri değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak uykusuzluk riskini 3.70 kat artırıyordu ($p=0.026$) (Tablo 14).

Tablo 14. Lojistik regresyon analizine göre uykusuzluğu etkileyen faktörler.

Değişkenler	B	OR	%95 CI	p
Yaş	-0.098	0.96	0.85-0.97	p=0.003
Anksiyete	0.532	1.70	1.31-2.21	p<0.001
Stres	0.285	1.33	1.09-1.62	p=0.004
Yaşadığı yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta sorun yaşamak				
Evet	1.307	3.70	1.17-11.70	p=0.026
Hayır (Ref.)		1.00		

Constant: -0.580

4.4. Sağlık alışanlarının Tukenmişlik Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların 108'i (%21.4) tehlike sinyali düzeyindeyken 302'sinde (%59.9) tukenmişlik vardı. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tukenmişlik düzeyleri ve bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet ve meslek ile tukenmişlik arasında anlamlı ilişki tespit edildi. ($p<0.001$, $p<0.001$). Medeni durum, ocuk sayısı, evde yaşanılan kişiler, öğrenim düzeyi, aylık hane geliri ve riskli kronik hastalık varlığı ile tukenmişlik arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 15).



Tablo 15. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu						Toplam		x ² değeri p değeri
	Çok düşük		Tehlike Sinyali		Tükenmişlik				
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**	
Cinsiyet									
Erkek	58	24.2	61	25.4	121	50.4	240	47.6	x ² =17.782 p<0.001
Kadın	36	13.6	47	17.8	181	68.6	264	52.4	
Medeni durum									
Evli	62	21.6	64	22.3	161	56.1	287	56.9	x ² =4.976 p=0.083
Bekar	32	14.7	44	20.3	141	65.0	217	43.1	
Çocuk sayısı									
Çocuk yok	41	15.8	54	20.8	165	63.5	260	51.6	x ² =3.640 p=0.457
1 çocuk	22	21.4	23	22.3	58	56.3	103	20.4	
2 çocuk ve üzeri	31	22.0	31	22.0	79	56.0	141	28.0	
Evde yaşadığı kişiler									
Tek başına	8	8.9	21	23.3	61	67.8	90	17.9	x ² =7.874 p=0.446
Çekirdek aile 1	56	21.1	57	21.4	153	57.5	266	52.7	
Çekirdek aile 2	19	18.8	20	19.8	62	61.4	101	20.0	
Geniş aile	7	23.4	7	23.3	16	53.3	30	6.0	
Arkadaş	4	23.6	3	17.6	10	58.8	17	3.4	
Öğrenim düzeyi									
İlkokul/Ortaokul	8	34.8	5	21.7	10	43.5	23	4.6	x ² =5.984 p=0.425
Lise	21	20.4	24	23.3	58	56.3	103	20.4	
Ön lisans/Lisans	39	16.1	51	21.2	151	62.7	241	47.8	
Yüksek lisans./ Doktora/ Uzmanlık	26	19.0	28	20.4	83	60.6	137	27.2	
Meslek									
Öğretim üyesi	18	43.9	8	19.5	15	36.6	41	8.1	x ² =67.218 p<0.001
Arş.Gör.Dr.	3	3.7	19	23.8	58	72.5	80	16.0	
Hemşire	20	13.9	24	16.7	100	69.4	144	28.6	
Sağlık teknisyeni	4	8.9	10	22.2	31	68.9	45	8.9	
Destek personel	14	22.9	14	23.0	33	54.1	61	12.1	
Temizlik personeli	6	13.9	10	23.3	27	62.8	43	8.5	
Mekanik teknisyen	20	42.6	6	12.8	21	44.7	47	9.3	
Genel idari hizm.	9	21.0	17	39.5	17	39.5	43	8.5	
Aylık hane geliri									
2.325 TL ve altı	4	13.8	5	17.2	20	69.0	29	5.8	x ² =1.398 p=0.844
2.326-9.300 TL	62	19.6	67	21.2	187	59.2	316	62.7	
9.301 TL ve üzeri	28	17.7	36	22.6	95	59.7	159	31.5	
Riskli kronik hastalık									
Var	15	25.5	11	18.6	33	55.9	59	11.7	x ² =2.063 p=0.357
Yok	79	17.8	97	21.8	269	60.4	445	88.3	
Toplam	94	18.7	108	21.4	302	59.9	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Tükenmişlik ölçeğine göre tehlike sinyali olan [33.0 (27.0-40.0)] ve tükenmişliği olan [31.0 (27.0-39.0)] çalışanların yaşı, çok düşük seviyede olanlardan [39.0 (28.3-45.0)] anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla $p=0.008$, $p<0.001$). Çalışanların meslekteki yılları değerlendirildiğinde tehlike sinyali [7.0 (5.0-15.0)] olan ve tükenmişliği olanların meslekteki yılları, tükenmişliği çok düşük olanlardan [39.0 (28.3-45.0)] azdı (sırasıyla $p=0.010$, $p<0.001$). Çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının yaş, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresine göre karşılaştırılması.

	Tükenmişlik durumu			Toplam	χ^2 değeri p değeri
	Çok düşük	Tehlike sinyali	Tükenmişlik		
Yaş	39.0	33.0	31.0	32.5	$\chi^2=15.066$
Ortanca (%25-%75)	28.3-45.0	27.0-40.0	27.0-39.0	27.0-40.0	p=0.001
Çocuk sayısı	1.0	0.5	0.0	0.0	$\chi^2=2.690$
Ortanca (%25-%75)	0.0-2.0	0.0-2.0	0.0-2.0	0.0-2.0	p=0.261
Meslek yılı	11.0	7.0	7.0	7.0	$\chi^2=12.766$
Ortanca (%25-%75)	6.0-18.0	5.0-15.0	4.0-14.0	4.0-15.0	p=0.002

Sağlık çalışanlarının COVID-19 sürecinde çalıştıkları birim, COVID-19 riskli temas ve korunma ile ilgili kurum tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiklerini düşünmek, COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştıkları kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmek ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurum tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiklerini düşünmek ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki tespit edildi (sırasıyla $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). COVID-19 öncesi çalışılan birim, COVID-19 öncesi çalışma şekli ve sonrası çalışma şekli ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki bulunmadı ($p<0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu						Toplam		x ² değeri p değeri
	Çok düşük		Tehlike Sinyali		Tükenmişlik				
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**	
COVID-19 öncesi çalışılan birim									
Dahili bilimler	45	16.9	59	22.3	161	60.8	265	52.6	x ² =5.593 p=0.232
Cerrahi bilimler	29	17.9	30	18.5	103	63.6	162	32.1	
Diğer	20	25.9	19	24.7	38	49.4	77	15.3	
COVID-19 sürecinde çalışılan birim									
COVID pol/servis/yb.	27	11.7	56	24.5	146	63.8	229	45.4	x ² =21.379 p=0.002
Dahili bilimler	29	18.9	31	20.3	93	60.8	153	30.4	
Cerrahi bilimler	21	31.4	9	13.4	37	55.2	67	13.3	
Diğer	17	30.9	12	21.8	26	47.3	55	10.9	
COVID-19 öncesi çalışma şekli									
Çalışmıyor	2	18.1	4	36.4	5	45.5	11	2.2	x ² =11.707 p=0.069
Gündüz mesaisi	43	22.6	42	22.1	105	55.3	190	37.7	
Vardiya	44	19.3	46	20.2	138	60.5	228	45.2	
Gündüz mesaisi ve nöbet	5	6.7	16	21.3	54	72.0	75	14.9	
COVID-19 sürecinde çalışma şekli									
Gündüz mesaisi	38	24.0	30	19.0	90	57.0	158	31.3	x ² =8.934 p=0.063
Vardiya	49	18.6	57	21.7	157	59.7	263	52.2	
Gündüz mesaisi ve nöbet	7	8.4	21	25.3	55	66.3	83	16.5	
COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek									
Evet	75	24.1	75	24.1	161	51.8	311	61.7	x ² =24.749 p<0.001
Hayır	19	9.8	33	17.1	141	73.1	193	38.3	
COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmek									
Evet	68	24.7	63	22.9	144	52.4	275	54.6	x ² =18.370 p<0.001
Hayır	26	11.3	45	19.7	158	69.0	229	45.4	
COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek									
Evet	73	22.7	79	24.5	170	52.8	322	63.9	x ² =19.296 p<0.001
Hayır	21	11.6	29	15.9	132	72.5	182	36.1	
Toplam	94	18.7	108	21.4	302	59.9	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Tükenmişliği olanların [48.0 (Q1=40.0-Q3=54.0)] COVID-19 sürecinde haftalık çalışma süreleri çok düşük olanlardan [45.0 (Q1=40.0-Q3=48.0)] yüksekti ($p=0.035$). COVID-19 öncesi çalışma süreleri ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadı ($p=0.042$) (Tablo 18).

Tablo 18. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının COVID-19 öncesi ve sonrası çalışma saatlerine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu			Toplam	X ² değeri P değeri
	Çok düşük	Tehlike sinyali	Tükenmişlik		
COVID-19 öncesi çalışma saati Ortanca (%25-%75)	45.0 40.0-48.0	45.0 40.0-48.0	45.0 40.0-48.0	45.0 40.0-48.0	X ² =6.331 p=0.042*
COVID-19 sonrası çalışma saati Ortanca (%25-%75)	45.0 40.0-48.0	45.0 44.5-55.3	48.0 40.0-54.0	45.0 40.0-50.0	X ² =7.036 p=0.030

*Kruskal-wallis analizinde test p değeri 0.042 olmasına rağmen ikili karşılaştırmalarda düzeltilmiş değerlerde anlamlılık olmadığı için istatistiksel anlamlılık yok olarak değerlendirildi.

COVID-19 riskli temas nedeniyle takip edilmek, birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alması, hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek, hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmek ve şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas etmek ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla $p=0.017$, $p=0.008$, $p<0.001$, $p<0.001$). Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek, istifa etmeyi düşünmek, yaşadığı yeri değiştirmek ve ayrımcılığa maruz kalmak ile tükenmişlik arasında ilişki vardı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$). COVID-19 tanısı almak, ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması, şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek ve yaşadığı yeri değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak ile tükenmişlik durumu arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenimleri ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu						Toplam n %**		x ² değeri p değeri
	Çok düşük		Tehlike Sinyali		Tükenmişlik				
	n	%	n	%	n	%	n	%**	
COVID-19 tanısı almak									
Evet	6	16.7	4	11.1	26	72.2	36	7.1	x ² =2.987
Hayır	88	18.8	104	22.2	276	59.0	468	92.9	p=0.225
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek									
Evet	35	14.2	50	20.2	162	65.6	247	49.0	x ² =8.128
Hayır	559	23.0	58	22.6	140	54.5	257	51.0	p=0.017
Birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alması									
Evet	49	14.5	76	22.6	212	62.9	337	66.9	x ² =11.921
Hayır	45	26.9	32	19.2	90	53.9	167	33.1	p=0.008
Ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması									
Evet	7	11.0	15	23.4	42	65.6	64	12.7	x ² =2.875
Hayır	87	19.8	93	21.1	260	59.1	440	87.3	p=0.238
COVID pozitif hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek									
Evet	17	9.0	42	22.2	130	68.8	189	37.5	x ² =18.267
Hayır	77	24.4	66	21.0	172	54.6	315	62.5	p<0.001
COVID pozitif hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmek									
Evet	28	11.8	49	20.6	161	67.6	98	19.4	x ² =7.232
Hayır	66	24.8	59	22.2	141	53.0	406	80.6	p=0.027
Şüpheli COVID hastalarıyla temas etmek									
Evet	28	11.8	49	20.6	161	67.6	238	47.2	x ² =16.106
Hayır	66	24.8	59	22.2	141	53.0	266	52.8	p<0.001
Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek									
Evet	15	27.3	11	20.0	29	52.7	55	10.9	x ² =3.053
Hayır	79	17.6	97	21.6	273	60.8	449	89.1	p=0.217
Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek									
Evet	86	22.5	77	20.1	220	57.4	383	76.0	x ² =15.316
Hayır	8	6.6	31	25.6	82	67.8	121	24.0	p<0.001
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek									
Evet	7	3.8	23	12.6	153	83.6	183	63.3	x ² =71.290
Hayır	87	27.1	85	26.5	149	46.4	321	63.7	p<0.001
Yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak									
Evet	19	8.9	43	20.2	151	70.9	213	42.3	x ² =26.404
Hayır	75	25.8	65	22.3	151	51.9	291	57.7	p<0.001
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek									
Evet	4	5.3	12	16.0	59	78.7	75	14.9	x ² =14.758
Hayır	90	21.0	96	22.4	243	56.6	429	85.1	p=0.001
Toplam	94	187	108	21.4	302	59.9	504	100.0	
Yaşadığı yeri değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak									
Evet	1	2.5	5	12.5	34	85.0	40	53.3	x ² =2.321
Hayır	3	8.6	7	20.0	25	71.4	35	46.7	p=0.332***
Toplam	4	5.3	12	16.0	59	78.7	75	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi ***Fisher's exact test

Araştırmaya göre çalışanların en çok endişelendiği konunun COVID-19 ile enfekte olmak ve COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek olması ile tükenmişlik düzeyi arasında ilişki vardı (sırasıyla $p=0.011$, $p=0.001$). Sağlık çalışanlarını psikolojik olarak en çok zorlayan konular incelendiğinde belirsizlik, aile ve arkadaşlardan uzak kalmak, iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak, umutsuzluk, kaldırabileceğinden fazla iş yükü almak, iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri ve etrafta destek alacak kimsenin olmaması ile tükenmişlik arasında ilişki bulundu (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$ $p<0.001$) $p<0.001$ $p<0.001$). Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak ve COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmekten endişelenmek ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 20).



Tablo 20. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlayan konulara göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu				Toplam		x ² değeri p değeri		
	Çok düşük n %*	Tehlike Sinyali n %*	Tükenmişlik n %*	n %**					
Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak									
Evet	74	17.5	94	22.2	255	60.3	423	83.9	x ² =2.720 p=0.257
Hayır	20	24.7	14	17.3	47	58.0	81	16.1	
COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek									
Evet	57	16.5	73	21.2	215	62.3	345	68.5	x ² =3.744 p=0.154
Hayır	37	23.3	35	22.0	87	54.7	159	31.5	
COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek									
Evet	22	12.9	27	15.9	121	71.2	170	33.7	x ² =13.590 p=0.001
Hayır	72	21.5	81	24.3	181	54.2	334	66.3	
COVID-19 ile enfekte olmak									
Evet	18	12.2	27	18.2	103	69.6	148	29.4	x ² =8.994 p=0.011
Hayır	76	21.3	81	22.8	199	55.9	356	70.6	
Belirsizlik									
Evet	57	15.4	74	20.1	238	64.5	369	73.2	x ² =13.613 p=0.001
Hayır	37	27.4	34	25.2	64	47.4	135	26.8	
Aileden/arkadaşlardan uzak kalmak									
Evet	37	14.6	46	18.1	171	67.3	254	50.4	x ² =11.893 p=0.003
Hayır	57	22.8	62	24.8	131	52.4	250	49.6	
İş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak									
Evet	19	8.0	46	19.3	173	72.7	238	47.2	x ² =40.713 p<0.001
Hayır	75	28.2	62	23.3	129	48.5	266	52.8	
Umutsuzluk									
Evet	18	7.6	42	17.6	178	74.8	238	47.2	x ² =49.373 p<0.001
Hayır	76	28.6	66	24.8	124	46.6	266	52.8	
İş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak									
Evet	18	7.7	46	19.7	170	72.6	234	46.4	x ² =40.575 p<0.001
Hayır	76	28.1	62	23.0	132	48.9	270	53.6	
İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri									
Evet	23	11.0	38	18.2	148	70.8	209	41.5	x ² =20.020 p<0.001
Hayır	71	24.1	70	23.7	154	52.2	295	58.5	
Etrafında destek alacak kimsenin olmaması									
Evet	5	5.2	7	7.2	85	87.6	97	19.2	x ² =38.443 p<0.001
Hayır	89	21.9	101	24.8	217	53.3	407	80.8	
Toplam	94	18.7	108	21.4	302	59.9	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

Sağlık çalışanlarının destek kaynakları ile tükenmişlik durumları arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının destek kaynakları ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Çok düşük		Tehlike Sinyali		Tükenmişlik		Toplam		x ² değeri p değeri
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**	
Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar)									
Evet	60	18.4	76	23.2	191	58.4	327	64.9	x ² =1.829 p=0.401
Hayır	34	19.2	32	18.1	111	62.7	177	35.1	
İnanç									
Evet	30	16.9	38	21.5	109	61.6	177	35.1	x ² =0.549 p=0.760
Hayır	64	19.6	70	21.4	193	59.0	327	64.9	
Kendine ayırabildiği boş zaman (Hobi, doğa vb.)									
Evet	28	18.3	135	22.9	90	58.8	153	30.4	x ² =0.273 p=0.872
Hayır	66	18.8	73	20.8	212	60.4	351	69.6	
İş yerindeki sosyal destek (Çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum)									
Evet	22	21.7	25	24.8	54	53.5	101	20.0	x ² =2.194 p=0.334
Hayır	72	17.9	83	20.6	248	61.5	403	80.0	
Destek yok									
Evet	1	10.0	0	0.0	9	90.0	10	2.0	x ² =3.542 p=0.126***
Hayır	93	18.9	108	21.9	292	59.2	494	98.0	
Toplam	94	18.7	108	21.4	302	59.9	504	100.0	

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi ***Fisher's exact test

Tükenmişliği olanların depresyon, anksiyete ve stres puanları tehlike sinyali olan ve tükenmişliği çok düşük olanlardan, tehlike sinyali olanların depresyon, anksiyete ve stres puanları tükenmişliği çok düşük olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeyleriyle karşılaştırılması.

	Tükenmişlik durumu				X ² değeri p değeri
	Çok düşük	Tehlike sinyali	Tükenmişlik	Toplam	
Depresyon Ortanca (%25-%75)	3.0 1.0-5.0	6.0 4.0-8.0	10.0 7.0-14.0	7.0 5.0-12.0	205.840 p<0.001
Anksiyete Ortanca (%25-%75)	1.5 0.3-3.0	4.0 2.0-6.0	7.0 4.0-10.0	5.0 2.0-8.0	155.141 p<0.001
Stres Ortanca (%25-%75)	4.0 1.3-5.0	6.0 5.0-8.0	10.0 7.0-13.0	8.0 5.0-11.0	193.694 p<0.001

Yapılan tekli analizlerde $p<0.05$ olan değerler bağımsız değişken olarak; TÖ-KF'ye göre tükenmişlik durumu bağımlı değişken olarak alınarak multinominal regresyon modeli oluşturulmuştur. Tükenmişlik durumu için “çok düşük” düzeyi referans kategori olarak değerlendirilmiş ve tükenmişliğin “tehlike sinyali” ve “tükenmişlik var” düzeylerinde olması, “çok düşük” düzeyi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların tükenmişlik ölçeği puanlarının tehlike sinyali düzeyinde ve tükenmişlik var düzeyinde olması, çok düşük düzeyi ile karşılaştırıldı. Buna göre; depresyon puanının bir birim artması tehlike sinyali olma riskini 1.36 kat artırmaktaydı ($p<0.001$). Araştırma görevlisi doktorların tehlike sinyali riski 9.74 kat, sağlık teknisyenlerinin 8.27 kat, temizlik personellerinin 8.68 kat yüksekti (sırasıyla $p=0.004$, $p=0.014$, $p=0.005$). Diğer meslek grupları, stres ve istifa düşüncesi ile tehlike sinyali arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

Depresyon puanının bir birim artması tükenmişlik riskini 1.56 kat, stresin bir birim artması ise 1.36 kat artırıyordu (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$). Araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik riski 7.40 kat, hemşirelerin 5.75 kat, temizlik personellerinin 13.90 kat yüksekti (sırasıyla $p=0.015$, $p=0.003$, $p=0.002$). COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünenlerde tükenmişlik riski 3.50 kat yüksek bulundu ($p=0.015$). Diğer meslek grupları ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumunu etkileyen faktörler.

Değişkenler	Tükenmişlik durumu							
	Tehlike sinyali				Tükenmişlik var			
	B	OR	%95 CI	p	B	OR	%95 CI	p
Depresyon	0.308	1.36	1.16-1.60	p<0.001	0.447	1.56	1.32-1.85	p<0.001
Stres	0.101	1.11	0.94-1.30	p=0.214	0.326	1.39	1.17-1.64	p<0.001
Meslek								
Araştırma görevlisi doktor	2.277	9.74	2.03-46.73	p=0.004	2.001	7.40	1.47-37.23	p=0.015
Hemşire	1.125	3.08	0.99-9.52	p=0.051	1.749	5.75	1.81-18.32	p=0.003
Sağlık teknisyeni	2.112	8.27	1.55-44.23	p=0.014	1.671	5.32	0.83-33.95	p=0.077
Destek personel	1.015	2.76	0.78-9.72	p=0.115	1.286	3.62	0.96-13.61	p=0.057
Temizlik personeli	2.161	8.68	1.89-39.81	p=0.005	2.632	13.90	2.73-70.76	p=0.002
Mekanik teknisyen	-0.216	0.88	0.23-3.42	p=0.856	0.460	1.58	0.40-6.26	p=0.512
GİH*	1.214	3.37	0.95-11.93	p=0.060	0.365	1.44	0.36-5.81	p=0.603
Öğretim üyesi (Ref)		1.00				1.00		
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek								
Evet	0.686	1.99	0.71-5.53	p=0.190	1.252	3.50	1.27-9.62	p=0.015
Hayır (Ref)		1.00				1.00		

*Genel idari hizmetler

4.5. Sağlık Çalışanlarının Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının depresyon puan ortancası 7.0 (Q1=5.0-Q3=12.0), anksiyete puan ortancası 5.0 (Q1=2.0-Q3=8.0) ve stres puan ortancası 8.0 (Q1=5.0-Q3=11.0) olarak bulundu.

Kadınların [8.0 (Q1=4.0-Q3=10.0)] ve bekar katılımcıların [9.0 (Q1=5.0-Q3=13.0)] depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla p=0.001, p<0.001). Çocuğu olmayan çalışanların depresyon puanı [8.5 (Q1=5.0- Q3=12.0)] iki ve daha fazla çocuğu olanlardan [7.0 (Q1=5.0-Q3=10.0)] yüksekti (p=0.027). Tek başına yaşayanların depresyon puanları [9.0

(Q1=5.0-Q3=14.0)] çekirdek aile-1 ile yaşayanlardan [7.0 (Q1=4.0-Q3=10.0)] yüksekti ($p<0.001$). Araştırma görevlisi doktorların depresyon puanı (9.4 ± 4.0) öğretim üyesi (6.1 ± 4.2) ve mekanik teknisyenlerden (6.4 ± 4.6); hemşirelerin puanı (8.5 ± 4.9) öğretim üyelerinden (6.1 ± 4.2) yüksekti (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.007$, $p=0.043$). Sağlık teknisyenlerinin depresyon puanı (10.0 ± 5.4) öğretim üyesi (6.1 ± 4.2) ve mekanik teknisyenlerden (6.4 ± 4.6) yüksekti (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.022$). Hane geliri 9.301 TL ve üzeri olanların depresyon puanı 8.0 (Q1=5.0-Q3=12.0), 2.326-9.300 TL arasında olanlara göre [7.0 (Q1=5.0-Q3=12.0)] daha yüksekti ($p=0.004$). Öğrenim düzeyi ve riskli kronik hastalık ile depresyon düzeyi arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 24).

Kadınların [6.0 (Q1=3.0-Q3=10.0)] ve bekarların [6.0 (Q1=3.0-Q3=9.0)] anksiyete puanı yüksekti (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.037$). Öğrenim düzeyi ön lisans/lisans [6.0 (Q1=3.0-Q3=9.0)] olanların anksiyete puanı yüksek lisans /doktora/uzmanlık [4.0 (Q1=2.0-Q3=7.0)] olanlardan yüksekti ($p=0.002$). Araştırma görevlisi doktorların anksiyete puanı [5.0 (Q1=3.0- Q3=8.0)] öğretim üyeleri [2.0 (Q1=1.0- Q3=5.0)], sağlık teknisyenleri [8.0 (Q1=5.0- Q3=13.0)] ve mekanik teknisyenlerden [3.0 (Q1=1.0- Q3=6.0)]; hemşirelerin puanı [6.0 (3.0-Q3=8.0)] öğretim üyeleri [2.0 (Q1=1.0-Q3=5.0)] ve mekanik teknisyenlerden [3.0, (Q1=1.0- Q3=6.0)] yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.004$, $p=0.008$, $p<0.001$, $=0.001$). Sağlık teknisyenlerinin anksiyete puanı [8.0 (Q1=5.0-Q3=13.0)] öğretim üyeleri [2.0 (Q1=1.0-Q3=5.0)], araştırma görevlisi doktorlar [5.0 (Q1=3.0-Q3=8.0)], mekanik teknisyenler [6.0 (Q1=3.0-Q3=8.0)], destek personel [5.0 (Q1=2.0-Q3=7.0)], temizlik personelleri [7.0 (Q1=2.0-Q3=9.0)], genel idari hizmetler [6.0 (Q1=3.0-Q3=8.0)] ve hemşirelerden [6.0 (Q1=3.0-Q3=8.0)] yüksekti (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.004$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.022$, $p=0.013$, $p=0.007$). Destek personellerin [5.0, (Q1=2.0-Q3=7.0)] ve temizlik personellerinin [7.0 (Q1=2.0- Q3=9.0)] anksiyete puanı öğretim üyelerinden [2.0 (Q1=1.0-Q3=5.0)] yüksekti (sırasıyla $p=0.006$, $p=<0.001$). Genel idari hizmetler çalışanlarının anksiyete puanı [6.0 (Q1=3.0-Q3=8.0)] öğretim üyeleri [2.0 (Q1=1.0-Q3=5.0)] ve mekanik teknisyenlerden [3.0 (Q1=1.0-Q3=6.0)] yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.018$). Çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, aylık hane geliri ve riskli kronik hastalık varlığı ile anksiyete düzeyi arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 24).

Kadınların [8.0 (Q1=6.0- Q3=12.0)] ve bekar çalışanların [8.0 (Q1=6.0- Q3=12.0)] stres puanı yüksek bulundu. Tek başına yaşayanların stres puanı (9.7±5.2) çekirdek aile-1 (7.7±4.2) ile yaşayanlardan daha yüksekti (p=0.015). Meslek grupları değerlendirildiğinde araştırma görevlisi doktorların stres puanı (9.3±3.7) öğretim üyelerinden (6.6±3.7) ve mekanik teknisyenlerden (6.8±4.6) yüksekti (sırasıyla p=0.007, p=0.048). Sağlık teknisyenlerinin stres puanı (11.1±5.5) öğretim üyelerinden (6.6±3.7), destek personelden (7.4±4.8), temizlik personellerinden (7.6±4.3), mekanik teknisyenlerden (6.8±4.6) ve genel idari hizmet çalışanlarından (7.9±3.5) yüksek bulundu (sırasıyla p=0.001,p=0.014, p=0.028, p=0.003, p=0.032). Çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, aylık hane geliri ve riskli kronik hastalık varlığı ile stres düzeyi arasında ilişki yoktu (p>0.05) (Tablo 24).

Tablo 24. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Depresyon Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Anksiyete Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Stres Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS
Cinsiyet			
Kadın	8.0 (4.0-10.0)	6.0 (3.0-10.0)	8.0 (6.0-12.0)
Erkek	7.0 (5.0-12.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-10.0)
	Z=36.967* p=0.001	Z=39.916* p<0.001	Z=38.569* p<0.001
Medeni durum			
Evli	7.0 (4.0-10.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
Bekar	9.0 (5.0-13.0)	6.0 (3.0-9.0)	8.0 (6.0-12.0)
	Z=25.352* p<0.001	Z=27.781* P=0.037	Z=27.252* P=0.016
Çocuk sayısı			
Çocuk yok	8.5 (5.0-12.0)	6.0 (3.0-8.0)	8.0 (5.0-12.0)
1 çocuk	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	8.0 (6.0-11.0)
2 çocuk ve üzeri	7.0 (5.0-10.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-10.0)
	X ² =6.521** p=0.038	X ² =4.021** P=0.134	X ² =3.664** P=0.160
Evde yaşadığı kişiler			
Tek başına	9.0 (5.0-14.0)	6.5±4.8	9.7±5.2
Çekirdek aile 1	7.0 (4.0-10.0)	5.2±4.0	7.7±4.2
Çekirdek aile 2	8.0 (5.0-12.0)	5.7±3.6	8.3±3.9
Geniş aile	7.0 (5.0-13.5)	6.8±4.9	8.9±4.9
Arkadaş	10.0 (5.0-13.5)	5.9±4.0	8.9±4.9
	x ² =15.887** p=0.003	F=2.066*** p=0.088	F=3.070*** P=0.019
Öğrenim düzeyi			
İlkokul/Ortaokul	7.7±5.3	4.0 (1.0-8.0)	6.7±4.9
Lise	7.7±4.5	6.0 (2.0-8.0)	7.8±4.2
Ön lisans/Lisans	8.4±5.2	6.0 (3.0-9.0)	8.7±4.8
Yüksek Lisans /Doktora/Uzmanlık	8.0±4.4	4.0 (2.0-7.0)	8.2±3.9
	F=0.631*** p=0.597	X ² =10.335** p=0.016	F=2.145*** p=0.098
Meslek			
Öğretim üyesi	6.1±4.2	2.0 (1.0-5.0)	6.6±3.7
Araştırma görevlisi doktor	9.4±4.0	5.0 (3.0-8.0)	9.3±3.7
Hemşire	8.5±4.9	6.0 (3.0-8.0)	8.6±4.4
Sağlık teknisyeni	10.0±5.4	8.0 (5.0-13.0)	11.1±5.5
Destek personel	7.4±5.1	5.0 (2.0-7.0)	7.4±4.8
Temizlik personeli	8.3±5.3	7.0 (2.0-9.0)	7.6±4.3
Mekanik teknisyen	6.4±4.6	3.0 (1.0-6.0)	6.8±4.6
Genel idari hizmetler	7.2±3.9	6.0 (3.0-8.0)	7.9±3.5
	F=4.493*** p<0.001	X ² =47.718** p<0.001	F=5.597*** p<0.001
Aylık hane geliri			
2.325 TL ve altı	7.0 (2.5-12.0)	5.0 (2.5-8.5)	6.0 (3.5-12.5)
2.326-9.300 TL	7.0 (5.0-12.0)	6.0 (3.0-8.0)	8.0 (5.0-11.0)
9.301 TL ve üzeri	8.0 (5.0-12.0)	4.0 (2.0-7.0)	8.0 (6.0-11.0)
	X ² =8.521** p=0.014	X ² =1.090** P=0.580	X ² =1.999** P=0.368
Riskli kronik hastalık			
Var	7.0 (4.0-12.0)	6.0 (3.0-9.0)	8.0 (5.0-12.0)
Yok	8.0 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.0-11.0)
	Z=13.624* p=0.636	Z=12.294* P=0.426	Z=12.768* p=0.732

*Mann-Whitney-U testi **Kruskal Wallis testi ***ANOVA

COVID-19 sürecinde gündüz mesaisi ve nöbet [9.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)] şeklinde çalışanların depresyon puanı sadece gündüz mesaisi [7.0 (Q1=4.0- Q3=10.0)] çalışanlardan yüksekti. COVID-19, riskli temas, korunma ile ilgili [9.0 (Q1=6.0-Q3=13.0)] ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile [9.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)] ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmeyenlerin ve kişisel koruyucu ekipmanlarının yeterli olduğunu düşünmeyenlerin [9.0 (Q1=5.0-Q3=13.0)] depresyon puanı yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). COVID-19 öncesi çalışılan birim, COVID-19 sürecinde çalışılan birim ve COVID-19 öncesi çalışma şekli ile depresyon arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 25).

COVID-19, riskli temas, korunma ile ilgili [6.0 (Q1=3.0-Q3=10.0)] ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile [6.0 (Q1=3.0-Q3=10.0)] ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmeyenlerin ve kişisel koruyucu ekipmanlarının yeterli olduğunu düşünmeyenlerin [6.0 (Q1=3.0-Q3=10.0)] anksiyete puanı yüksek olarak tespit edildi (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). COVID-19 öncesi çalışılan birim, COVID-19 sürecinde çalışılan birim, COVID-19 öncesi ve COVID-19 sürecinde çalışma şekli ile anksiyete arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

COVID-19, riskli temas, korunma ile ilgili [9.0 (Q1=7.0-Q3=12.0)] ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile [9.0 (Q1=7.0-Q3=13.0)] ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmeyenlerin ve kişisel koruyucu ekipmanlarının yeterli olduğunu düşünmeyenlerin [9.0 (Q1=6.0-Q3=12.0)] stres puanı daha yüksekti (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). COVID-19 öncesi çalışılan birim, COVID-19 sürecinde çalışılan birim, COVID-19 öncesi ve COVID-19 sürecinde çalışma şekli ile stres arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, stres durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özellikler ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Depresyon Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Anksiyete Ortanca (%25-%75)	Stres Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS
COVID-19 öncesi çalışılan birim			
Dahili bilimler	8.0 (5.0-11.5)	5.0 (4.8-12.0)	8.0 (4.5-12.0)
Cerrahi bilimler	7.0 (2.0-8.0)	5.0 (2.0-8.5)	8.0 (2.0-8.0)
Diğer	7.0 (5.0-11.0)	5.0 (5.0-11.0)	8.0 (4.0-11.0)
	$X^2=0.395^*$ $p=0.821$	$X^2=0.650^*$ $P=0.723$	$X^2=0.447^*$ $P=0.800$
COVID-19 sürecinde çalışılan birim			
COVID poliklinik /servis/ yoğun bakım	8.6±4.9	5.0 (3.0-8.0)	8.6±4.3
Dahili bilimler	7.6±4.6	5.0 (2.0-7.0)	7.9±4.4
Cerrahi bilimler	7.7±4.9	6.0 (1.0-10.0)	8.2±4.8
Diğer	8.1±5.1	4.0 (2.0-8.0)	8.1±5.0
	$F=1.510^{**}$ $p=0.211$	$X^2=1.912^*$ $p=0.591$	$F=0.752^{**}$ $p=0.522$
COVID-19 öncesi çalışma şekli			
Çalışmıyor	8.3±5.5	6.0 (4.0-8.0)	8.4±4.7
Gündüz mesaisi	7.7±4.7	5.0 (2.0-8.0)	8.1±4.5
Vardiya	8.1±5.0	6.0 (2.0-8.0)	8.2±4.6
Gündüz mesaisi ve nöbet	9.2±4.3	5.0 (3.0-8.0)	9.1±3.9
	$F=1.687^{**}$ $p=0.169$	$X^2=3.503^*$ $P=0.320$	$F=1.051^{**}$ $P=0.370$
COVID-19 sürecinde çalışma şekli			
Gündüz mesaisi	7.0 (4.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.8-11.0)
Vardiya	7.0 (4.8-12.0)	6.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.0-12.0)
Gündüz mesaisi ve nöbet	9.0 (6.0-13.0)	5.0 (3.0-8.0)	9.0 (7.0-11.0)
	$x^2=7.854^*$ $p=0.020$	$x^2=5.604^*$ $p=0.061$	$x^2=5.286^*$ $P=0.071$
COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek			
Evet	7.0 (3.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-10.0)
Hayır	9.0 (6.0-13.0)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (7.0-12.0)
	$Z=38.733^{***}$ $p<0.001$	$Z=37.130^{***}$ $p<0.001$	$Z=39.988^{***}$ $p<0.001$
COVID-19 pandemisi sürecinde çalıştığınız kurumda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmek			
Evet	7.0 (4.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-10.0)
Hayır	9.0 (5.0-13.0)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (6.0-12.0)
	$Z=37.588^{***}$ $p<0.001$	$Z=38.308^{***}$ $p<0.001$	$Z=38.776^{***}$ $p<0.001$
COVID-19 pandemisi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek			
Evet	7.0 (4.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.8-10.3)
Hayır	9.0 (6.0-13.0)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (7.0-13.0)
	$Z=36.504^{***}$ $p<0.001$	$Z=35.806^{***}$ $p<0.001$	$Z=37.232^{***}$ $p<0.001$

*Kruskal-Wallis **ANOVA ***Mann-Whitney-U

COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilenlerin [8.0 (Q1=5.0- Q3=13.0)], birlikte çalıştığı sağlık çalışanı COVID-19 tanısı alanların [8.0 (Q1=5.0- Q3=12.0)], hastalarla COVID ile ilişkili [8.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)] ya da ilişkili olmayan bir bölümde temas edenlerin [9.5 (Q1=5.8- Q3=14.0)], şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas edenlerin [8.0 (Q1=5.0-Q3=12.0)], kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmeyenlerin [8.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)], pandemi döneminde istifa etmeyi düşünenlerin [11.0 (Q1=7.0-Q3=14.0)], pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirenlerin [10.0 (Q1=7.0-Q3=15.0)] ve sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalanların [9.0 (Q1=6.0-Q3=13.0)] depresyon puanları yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.016$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.029$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmeyenlerin depresyon puanı düşük tespit edildi ([6.0 (Q1=3.0- Q3=10.0)] ($p=0.027$). COVID-19 tanısı almak, ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması ve yaşadığı yeri değiştirmek istediğinde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak ile depresyon arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

COVID-19 tanısı alanların (7.6 ± 4.5) , COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilenlerin [6.0 (Q1=2.0- Q3=9.0)] , birlikte çalıştığı sağlık çalışanı COVID-19 tanısı alanların [6.0 (Q1=3.0- Q3=8.0)] , COVID-19 ile enfekte hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas edenlerin [6.0 (Q1=3.0- Q3=10.0)] , şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas edenlerin [6.0 (Q1=3.0-Q3=9.0)], pandemi sürecinde istifa etmeyi düşünenlerin [7.0 (Q1=5.0-Q3=10.0)] , pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirenlerin [7.0 (Q1=4.0- Q3=10.0)], yaşadığı yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta sorun yaşayanların [7.0 (Q1=4.0- Q3=10.0)] ve yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalanların [7.0 (Q1=4.0- Q3=10.0)] anksiyete puanları yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.030$, $p=0.017$, $p=0.009$, $p=0.008$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.004$, $p<0.001$). Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmeyenlerin anksiyete puanı düşük bulundu [4.0 (Q1=2.0- Q3=7.0)] ($p=0.035$). Ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması, hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek ve kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek ile anksiyete arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 26).

COVID-19 tanısı alanların (9.8 ± 4.6), COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilenlerin [8.0 (Q1=6.0-Q3=12.0)], birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alanların [8.0 (Q1=6.0- Q3=11.0)], COVID-19 pozitif hastalarla COVID-19 ile ilişkili bir bölümde temas edenlerin [9.0 (Q1=6.0- Q3=12.0)], COVID-19 pozitif hastalarla COVID-19 ile ilişkili olmayan bir bölümde temas edenlerin [9.0 (Q1=7.0-Q3=13.0)], şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas edenlerin [8.0 (Q1=6.0-Q3=11.3)], kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmeyenlerin [8.0 (Q1=6.0-Q3=12.0)], pandemi sürecinde istifa etmeyi düşünenlerin [11.0 (Q1=7.0-Q3=14.0)], pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirenlerin [11.0 (Q1=7.0-Q3=14.0)], yaşadığı yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta sorun yaşayanların [9.0 (Q1=5.0- Q3=11.0)] ve yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalanların [10.0 (Q1=7.0- Q3=13.0)] stres puanı yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.040$, $p=0.002$, $p=0.025$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.015$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.028$, $p<0.001$). Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmeyenlerin stres puanı 7.1 ± 4.3 düşüktü ($p=0.030$). Ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması ile stres arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenimleri ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Depresyon Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Anksiyete Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Stres Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS
COVID-19 tanısı almak			
Evet	9.5±4.8	7.6±4.5	9.8±4.6
Hayır	8.0±4.8	5.5±4.1	8.2±4.4
	t=1.804* p=0.072	t=2.832* p=0.005	t=2.054* p=0.040
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek			
Evet	8.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)	8.0 (6.0-12.0)
Hayır	7.0 (4.0-10.0)	5.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-10.5)
	Z=25.680** P<0.001	Z=28.200** p=0.030	Z=26.641** p=0.002
Birlikte çalıştığı sağlık çalışanının COVID-19 tanısı alması			
Evet	8.0 (5.0-12.0)	6.0 (3.0-8.0)	8.0 (6.0-11.0)
Hayır	7.0 (3.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=24.449** p=0.016	Z=24.473** p=0.017	Z=24.689** p=0.025
Ailede COVID-19 tanısı alan kişi olması			
Evet	8.0 (6.3-12.0)	6.0 (3.0-9.0)	8.0 (6.0-12.0)
Hayır	7.0 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.0-11.0)
	Z=12.065** p=0.064	Z=13.076** p=0.355	Z=12.914** P=0.283
COVID-19 pozitif hastalarla COVID poliklinik, servis, yoğun bakım ya da acil serviste temas etmek			
Evet	8.0 (6.0-13.0)	5.0 (3.0-8.5)	9.0 (6.0-12.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=23.370** p<0.001	Z =37.130** p=0.187	Z =23.646** p<0.001
COVID-19 pozitif hastalarla COVID ile ilişkili olmayan bir bölümde temas etmek			
Evet	9.5 (5.8-14.0)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (7.0-13.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=15.107** p<0.001	Z=16.541** p=0.009	Z=14.919** p<0.001
Şüpheli COVID-19 hastalarıyla temas etmek			
Evet	8.0 (5.0-12.0)	6.0 (3.0-9.0)	8.0 (6.0-11.3)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (4.8-11.0)
	Z=25.894** p<0.001	Z=27.337** p=0.008	Z=25.942** p<0.001
Şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek			

Evet	6.0 (3.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.1±4.3
Hayır	8.0 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)	8.5±4.5
	Z=14.600** p=0.027	Z=14.486** p=0.035	t=-2.178*** p=0.030
Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek			
Evet	7.0 (4.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
Hayır	8.0 (6.0-13.0)	6.0 (3.0-9.0)	8.0 (6.0-12.0)
	Z=26.222** p=0.029	Z=25.850** p=0.056	Z=26.569** p=0.015
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek			
Evet	11.0 (7.0-14.0)	7.0 (5.0-10.0)	11.0 (7.0-14.0)
Hayır	6.0 (3.0-9.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-9.0)
	Z=14.125** p<0.001	Z=16.197** p<0.001	Z=14.596** p<0.001
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek			
Evet	10.0 (7.0-15.0)	7.0 (4.0-10.0)	11.0 (7.0-14.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=11.049** p<0.001	Z=11.453** p<0.001	Z=11.223** p<0.001
Yaşadığı yeri değiştirenlerde kalacak yer bulmakta sorun yaşamak			
Evet	9.2±4.8	7.0 (4.0-10.0)	9.0 (5.0-11.0)
Hayır	8.1±5.3	4.0 (2.0-8.0)	7.0 (4.0-12.0)
	t=-1.453*** p=0.148	Z=6.059** p=0.004	Z=5.770** p=0.028
Yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak			
Evet	9.0 (6.0-13.0)	7.0 (4.0-10.0)	10.0 (7.0-13.0)
Hayır	7.0 (4.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-9.0)
	Z=22.402** p<0.001	Z=20.253** p<0.001	Z=20.441** p<0.001

*ANOVA **Mann-Whitney U ***Student-t testi

COVID-19 pandemisi sürecinde en çok endişelendiği konu birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak [8.0 (Q1=5.0- Q3=12.0)], COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek [8.0 (Q1=5.0- Q3=13.0)], COVID-19 ile enfekte olmak [8.0 (Q1=5.0- Q3=13.0)] olan sağlık çalışanlarında depresyon puanları yüksek bulundu (sırasıyla p=0.036, p=0.008, p=0.007). Psikolojik olarak en çok zorlandığı konu belirsizlik [8.0 (Q1=5.0- Q3=12.5)], aile ve arkadaşlardan uzak kalmak [8.0 (Q1=5.0-Q3=13.0)], iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak [9.0 (Q1=6.0-Q3=13.0)], umutsuzluk [10.0(Q1=7.0-Q3=14.0)], iş yerinde kaldırılabileceğinden fazla iş yükü almış olmak [9.0 (Q1=6.0- Q3=14.0)], iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri [9.0 (Q1=6.0-

Q3=13.5]] ve etrafında destek alacak kimsenin olmaması [12.0 (Q1=8.0- Q3=15.0)] olanların depresyon puanı yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek ile depresyon arasında ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 27).

COVID-19 pandemisi sürecinde en çok endişelendiği konu COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek [6.0 (Q1=3.0- Q3=10.0)] ve COVID-19 ile enfekte olmak [6.0 (Q1=2.3- Q3=10.0)] olan sağlık çalışanlarının anksiyete puanları yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.047$). Psikolojik olarak en çok zorlandığı konu belirsizlik [6.0 (Q1=2.0- Q3=9.0)], aile ve arkadaşlardan uzak kalmak [6.0 (Q1=3.0-Q3=9.3)], iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak [7.0 (Q1=3.0-Q3=10.0)], umutsuzluk [7.0 (Q1=4.0-Q3=10.0)], iş yerinde kaldırılabileceğinden fazla iş yükü almış olmak [6.0 (Q1=4.0- Q3=9.3)], iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri [6.0 (Q1=3.0- Q3=10.0)] ve etrafında destek alacak kimsenin olmaması (7.8 ± 4.4) olanların anksiyete puanı yüksek bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak ve COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek ile anksiyete arasında ilişki tespit edilmedi. ($p>0.05$) (Tablo 27).

COVID-19 pandemisi sürecinde en çok endişelendiği konu COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek [8.0 (Q1=5.5- Q3=11.0)], COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek [9.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)] ve COVID-19 ile enfekte olmak [9.0 (Q1=6.0- Q3=13.0)] olan sağlık çalışanlarının stres puanları yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.046$, $p=0.001$, $p=0.003$). Psikolojik olarak en çok zorlandığı konu belirsizlik [8.0 (Q1=6.0- Q3=12.0)], aile ve arkadaşlardan uzak kalmak [8.0 (Q1=6.0- Q3=12.0)], iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak [9.0 (Q1=7.0- Q3=13.0)], umutsuzluk [10.0 (Q1=7.0- Q3=13.0)], iş yerinde kaldırılabileceğinden fazla iş yükü almış olmak [9.0 (Q1=7.0- Q3=13.0)], iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri [9.0 (Q1=7.0- Q3=12.0)] ve etrafında destek alacak kimsenin olmaması [11.0 (Q1=7.0- Q3=14.0)] olanların stres puanı yüksek bulundu (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak ile stres arasında ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlayan konular ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Depresyon Ortanca (%25-%75)	Anksiyete Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Stres Ortanca (%25-%75)
Birlikte yaşadığı kişilere ya da yakınlarına COVID-19 taşımak			
Evet	8.0 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)	8.0 (6.0-11.0)
Hayır	7.0 (3.0-10.5)	4.0 (2.0-7.5)	7.0 (4.0-10.0)
	Z=14.614* p=0.036	Z=14.982* p=0.073	Z=14.801* p=0.052
COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek			
Evet	8.0 (5.0-12.0)	6.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.5-11.0)
Hayır	7.0 (3.0-12.0)	5.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-10.0)
	Z=24.792* p=0.082	Z=25.258* p=0.152	Z=24.405* p=0.046
COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek			
Evet	8.0 (5.0-13.0)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (6.0-13.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-7.3)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=24.287* p=0.008	Z=23.114* p=0.001	Z=23.209* p=0.001
COVID-19 ile enfekte olmak			
Evet	8.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.3-10.0)	9.0 (6.0-13.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-11.0)
	Z=22.330* p=0.007	Z=23.389* p=0.047	Z=21.912* P=0.003
Belirsizlik			
Evet	8.0 (5.0-12.5)	6.0 (2.0-9.0)	8.0 (6.0-12.0)
Hayır	6.0 (3.0-9.0)	4.0 (2.0-7.0)	6.0 (4.0-9.0)
	Z=18.270* p<0.001	Z =19.947* p<0.001	Z =18.268* p=0.001
Aile ve arkadaşlardan uzak kalmak			
Evet	8.0 (5.0-13.0)	6.0 (3.0-9.3)	8.0 (6.0-12.0)
Hayır	7.0 (4.0-11.0)	5.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-11.0)

	Z=26.627* p=0.002	Z=26.609* p=0.002	Z=26.340* p=0.001
İş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak			
Evet	9.0 (6.0-13.0)	7.0 (3.0-10.0)	9.0 (7.0-13.0)
Hayır	6.0 (3.0-9.0)	4.0 (2.0-7.0)	6.0 (4.0-9.0)
	Z=20.073* p<0.001	Z=22.618* p<0.001	Z=18.945* p<0.001
Umutsuzluk			
Evet	10.0 (7.0-14.0)	7.0 (4.0-10.0)	10.0 (7.0-13.0)
Hayır	6.0 (3.0-9.0)	4.0 (1.8-7.0)	7.0 (4.0-9.0)
	Z=16.542* p<0.001	Z=18.856* p<0.001	Z=18.909* p<0.001
İş yerinde kaldırılabileceğimden fazla iş yükü almış olmak			
Evet	9.0 (6.0-14.0)	6.0 (4.0-9.3)	9.0 (7.0-13.0)
Hayır	7.0 (3.0-9.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-9.0)
	Z=20.287* p<0.001	Z=22.890* p<0.001	Z=20.978* p<0.001
İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri			
Evet	9.0 (6.0-13.5)	6.0 (3.0-10.0)	9.0 (7.0-12.0)
Hayır	7.0 (3.0-10.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (4.0-10.0)
	Z=20.700* p<0.001	Z=24.762* p<0.001	Z=20.682* p<0.001
Etrafında destek alacak kimsenin olmaması			
Evet	12.0 (8.0-15.0)	7.8±4.4	11.0 (7.0-14.0)
Hayır	7.0 (4.0-10.0)	5.2±4.0	7.0 (5.0-10.0)
	Z=10.098* p<0.001	t=5.783** p<0.001	Z=12.028** p<0.001

*Mann-Whitney U **Student-t testi

Pandemi sürecinde evde aile ya da arkadaşlardan oluşan sosyal desteği olmayanların [8.0 (Q1=5.0- Q3=13.0)], iş yerinde sosyal desteği olmayanların [8.0 (Q1=5.0- Q3=12.0)] ve hiçbir desteği olmayanların (14.0±5.9) depresyon puanı yüksek bulundu (sırasıyla p=0.020, p=0.004, p<0.001). Destek kaynağının inanç ve kendine ayırabildiği boş zaman olması ile depresyon arasında ilişki bulunmadı (p>0.05) (Tablo 28).

Destek kaynağı inanç olanların [5.0 (Q1=2.0-Q3=8.0)], kendine ayırabildiği boş zamanı olmayanların [5.0 (Q1=2.0- Q3=9.0)], iş yerinde sosyal desteği olmayanların [6.0 (Q1=2.0- Q3=8.0)] ve hiçbir desteği olmayanların (8.5±5.9) anksiyete puanı yüksek bulundu (sırasıyla p=0.020, p=0.045, p=0.024, p=0.029). Evdeki sosyal destek ile anksiyete arasında ilişki bulunmadı (p>0.05) (Tablo 28).

İş yerinde desteği olmayanların [8.0 (Q1=5.0- Q3=12.0)] ve hiçbir desteği olmayanların (13.2±5.9) stres puanı yüksekti (sırasıyla p=0.023, p=0.001). Evdeki sosyal destek, inanç, kendine ayırabildiği boş zaman ile stres arasında ilişki bulunmadı (p>0.05) (Tablo 28).

Tablo 28. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının destek kaynakları ile karşılaştırılması.

Değişkenler	Depresyon Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Anksiyete Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS	Stres Ortanca (%25-%75) /Ortalama±SS
Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar)			
Evet	7.0 (5.0-11.0)	5.0 (2.0-8.0)	7.0 (5.0-10.0)
Hayır	8.0 (5.0-13.0)	5.0 (2.0-9.0)	9.0 (5.0-13.0)
	Z=32.557* p=0.020	Z=29.145* p=0.895	Z=31.507* p=0.099
İnanç			
Evet	8.5±5.2	6.3±4.6	8.6±4.9
Hayır	8.0±4.6	5.3±3.9	8.2±4.2
	t=1.142** p=0.270	t=2.445** p=0.020	t=0.930** p=0.373
Kendine ayırabildiği boş zaman (Hobi, doğa vb.)			
Evet	7.0 (5.0-11.0)	4.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.0-10.0)
Hayır	7.0 (5.0-13.5)	5.0 (2.0-9.0)	8.0 (5.0-13.0)
	Z=26.743* p=0.942	Z=29.859* p=0.045	Z=26.880* p=0.985
İş yerindeki sosyal destek (Çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum)			
Evet	7.0 (4.0-9.0)	4.0 (2.0-7.0)	7.0 (5.0-9.0)
Hayır	8.0 (5.0-12.0)	6.0 (2.0-8.0)	8.0 (5.0-12.0)
	Z=24.140* p=0.004	Z=23.300* p=0.024	Z=23.317* p=0.023
Destek yok			
Evet	14.0±5.9	8.5±5.9	13.2±5.9
Hayır	8.0±4.7	5.6±4.1	8.2±4.4
	t=4.083** p<0.001	t=2.185** P=0.029	t=3.563** p=0.001

*Mann-Whitney U **Student-t testi

Depresyon puanını; temizlik personeli olmak 1.51 puan, COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek 0.74 puan, COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek 1.51 puan, COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek 1.13 puan, COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek 2.12 puan, iş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak 0.83 puan, etrafında destek alacak kimsenin olmaması 1.22 puan, umutsuzluk 1.99 puan, evde sosyal desteğin olmaması 1.01 puan, iş yerinde sosyal desteğin olmaması 1.14 puan ve hiçbir desteğin olmaması 4.07 puan artırmaktaydı (sırasıyla $p=0.046$, $p=0.048$, $p=0.004$, $p=0.028$, $p<0.001$, $p=0.048$, $p=0.021$, $p<0.001$, $p=0.016$, $p=0.012$, $p=0.003$) (Tablo 29).

Aylık hane gelirin 2.325 TL ve altında olması depresyonu 2.13 puan, kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmemek 1.20 puan azaltıyordu (sırasıyla $p=0.010$, $p=0.012$) (Tablo 29).

Tablo 29. Sağlık çalışanlarının depresyon durumunu etkileyen faktörler.

Depresyon	B	%95 GA	p	R²=0.454 F=7.723 p<0.001
Constant	5.094	-2.45-12.63	p=0.185	
Meslek				
Temizlik personeli [Evet; Hayır(ref)]	1.51	0.03-2.99	p=0.046	
Aylık hane geliri				
2.325 TL ve altı [Evet; Hayır(ref)]	-2.13	-3.76- -0.50	p=0.010	
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek [Evet; Hayır(ref)]	0.74	0.01-1.48	p=0.048	
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek [Evet; Hayır(ref)]	1.51	0.49-2.54	p=0.004	
COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünme [Evet(ref); Hayır]	1.13	0.12-2.13	p=0.028	
Kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek [Evet(ref); Hayır]	-1.20	-2.14- -0.27	p=0.012	
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek [Evet; Hayır(ref)]	2.12	1.26-2.98	p<0.001	
İş yerinde kaldırılabileceğinden fazla iş yükü almış olmak [Evet; Hayır(ref)]	0.83	0.01-1.65	p=0.048	
Etrafında destek alacak kimsenin olmaması [Evet; Hayır(ref)]	1.22	0.18-2.25	p=0.021	
Umutsuzluk [Evet; Hayır(ref)]	1.99	1.21-2.78	p<0.001	
Evdeki sosyal destek (Aile, arkadaşlar) [Evet(ref); Hayır]	1.01	0.19-1.83	p=0.016	
İş yerindeki sosyal destek (Çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum) [Evet(ref); Hayır]	1.14	0.25-2.03	p=0.012	
Destek yok [Evet; Hayır(ref)]	4.07	1.41-6.73	p=0.003	

Anksiyete puanını; sağlık teknisyeni olmak 2.56 puan, şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle temas etmek 2.14 puan, istifa etmeyi düşünmek 2.49 puan, umutsuzluk 2.31 puan, haftalık çalışma süresinin bir saat artması 0.04 puan artırıyordu (sırasıyla p=0.025, p=0.004, p<0.001, p<0.001, p=0.049). COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek anksiyete puanını 1.42 puan azaltıyordu (p=0.020) (Tablo 30).

Tablo 30. Sağlık çalışanlarının anksiyete durumunu etkileyen faktörler.

Anksiyete	B	%95 GA	p	
Constant	-1.81	-11.53-7.92	0.714	R ² =0.487
Meslek				F=3.572
Sağlık teknisyeni [Evet; Hayır(ref)]	2.56	0.33-4.79	p=0.025	p<0.001
COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek [Evet; Hayır(ref)]	-1.42	-2.62- -0.23	p=0.020	
Şüpheli ya da COVID 19 tanısı almış kişilerle hiç temas etmemek [Evet(ref); Hayır]	2.14	0.23-4.05	p=0.004	
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek [Evet; Hayır(ref)]	2.49	1.17-3.81	p<0.001	
Umutsuzluk [Evet; Hayır(ref)]	2.31	1.04-3.59	p<0.001	
COVID-19 sürecinde haftalık çalışma saati	0.04	0.01-0.08	p=0.049	

Stres puanını; sağlık teknisyeni olmak 3.99 puan, pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek 1.70 puan, sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak 1.80 puan, pandemi sürecinde istifa etmeyi düşünmek 1.75 puan, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetme korkusu 1.39 puan, etrafında destek alacak kimsenin olmaması 1.67 puan, umutsuzluk 1.90 puan artırıyordu (sırasıyla p=0.001, p=0.010, p=0.006, p=0.010, p=0.048, p=0.034, p=0.004) (Tablo 31).

Tablo 31. Sağlık çalışanlarının stres durumunu etkileyen faktörler.

Stres	B	%95 GA	p	
Constant	-1.52	-7.33 -10.37	0.714	R ² =0.546 F=4.390 p<0.001
Meslek				
Sağlık teknisyeni [Evet; Hayır(ref)]	3.99	1.71-6.27	p=0.001	
COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek [Evet; Hayır(ref)]	1.70	0.41-2.98	p=0.010	
Yaşadığı yerde sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak [Evet; Hayır(ref)]	1.80	0.52-3.09	p=0.006	
COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek [Evet; Hayır(ref)]	1.75	0.43-3.08	p=0.010	
COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek [Evet; Hayır(ref)]	1.39	0.01-2.76	p=0.048	
Etrafta destek alacak kimsenin olmaması [Evet; Hayır(ref)]	1.67	0.13-3.22	p=0.034	
Umutsuzluk [Evet; Hayır(ref)]	1.90	0.63-3.17	p=0.004	

Yapılan korelasyon analizine göre depresyon ile anksiyete ($r=0.701$, $p<0.01$), depresyon ile stres ($r=0.838$, $p<0.01$) ve anksiyete ile stres ($r=0.767$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki korelasyonun incelenmesi.

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Depresyon	1		
Anksiyete	0,701*	1	
Stres	0,838*	0,767*	1

* $p<0.01$

5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisi 2019 yılının sonunda başlamış olup hem dünyada hem de ülkemizde etkileri hala devam etmektedir. Bütün dünyada hızla yayılan COVID-19 nedeniyle sürekli artan vaka ve ölüm sayıları sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmakta ve çalışanları fiziksel olarak zorlamanın yanı sıra ruhsal olarak da olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını etkileyen risk faktörlerini tespit etmek ve bunları ortadan kaldırmaya yönelik önlemler almak halk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışma, Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecindeki tükenmişlik, depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzluk düzeylerini belirlemek ve bu durumları etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızın bulgularına göre sağlık çalışanlarında uykusuzluk prevalansı %71.6, tükenmişlik prevalansı %59.9 olarak belirlenmiştir. Depresyon puan ortancası 7.0 (Q1=5.0, Q3=13.0), anksiyete puan ortancası 5.0 (Q1=2.0, Q3=8.0), stres puan ortancası 8.0 (Q1=5.0-Q3=11.0) olarak tespit edilmiştir.

5.1. Sağlık Çalışanlarının İş Yaşamı, COVID-19 Hastalarıyla Temas, Tanı Alma Durumları ve Sosyal Etkilenimleri

Çalışmamızda katılımcıların %45.4'ü pandemi sürecinde çalıştığı kurumda kişisel koruyucu ekipmanların yetersiz olduğunu düşünüyordu. Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada katılımcıların %72.2'si kişisel koruyucu ekipmanlarının yetersiz olduğunu belirtmiştir⁹³. Murat ve ark. tarafından İstanbul'da yürütülen bir çalışmada çalışanların %36.2'si koruyucu ekipmana ulaşmada zorluk yaşıyordu⁹⁴. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda kişisel koruyucu ekipmanların yetersiz olduğunu belirtenlerin sıklığı %20.0⁹⁵, %28.0⁹⁶ ve %50.0⁹⁷ olarak rapor edilmiştir. Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda katılımcıların %54.6'si⁵³ kişisel koruyucu ekipman ve personel sayısı gibi fiziki şartların yetersiz olduğunu, %57.2'si⁵² bazı kişisel koruyucu ekipmanların kurum tarafından karşılanmadığını, %11.7'si⁵² kendi ekipmanlarını kendilerinin aldıklarını söylemiştir. Ferry ve ark. tarafından İngiltere'de yapılan bir çalışmada

katılımcıların %33'ü⁹⁸ her ihtiyacı olduğunda koruyucu ekipmana ulaşamadığını; Chatterjee ve ark. tarafından Hindistan'da yürütülen çalışmada⁹⁹ %75.7'si kişisel koruyucu ekipmanların çalıştıkları kurum tarafından verilmediğini belirtmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada kişisel koruyucu ekipmanlara erişim sağlık çalışanları için hayati önem taşımaktadır. Çalışmamızda katılımcıların yarısına yakını bu sorunu yaşadığını belirtmiştir. Literatüre göre de benzer şekilde COVID-19 pandemisinde kişisel koruyucu ekipmana erişimin yaygın bir problem olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Sağlık kurumlarının pandemiye hazırlıksız yakalanması, altyapılarının yetersiz olması ve hızlı tepki verememeleri bu sorunlara neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %36.1'i koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili; %38.3'ü COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilmediğini düşünüyordu. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada katılımcıların %34.0'ı COVID-19 ile ilgili profesyonel eğitim almamıştı⁹⁶. Sertöz ve ark. tarafından İzmir'de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %37.7'si pandemi sırasında görev yaparken bilgi eksikliği nedeniyle zorluk yaşadığını belirtmiştir¹⁰⁰. Ferry ve ark. tarafından İngiltere'de yapılan çalışmada⁹⁸ sağlık çalışanlarının %43'ü kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili yeterli bir eğitim almadığını, Matsuo ve ark. tarafından Japonya'da yapılan çalışmada çalışanların %64.2'si enfeksiyon önleme konusunda eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir¹⁰¹. COVID-19 hastaları ile temas eden sağlık çalışanlarının koruyucu ekipman kullanımı, riskli temas, korunma yöntemleri gibi konularda bilgi düzeyi ve donanımının yüksek olması hastalara bakım verirken kendilerini ve hastaları koruyabilmeleri açısından önemlidir. Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %24.0'ı kendini yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmediğini söyledi. Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de yapılan çalışmada katılımcıların %34.3'ü kendini işi ve çalıştığı birim açısından yeterli görmüyordu⁹³. Murat ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada pandemide hemşirelerin %6'sı kendini hasta bakımı konusunda yetersiz görürken %33.2'si kararsızdı⁹⁴. Arpacioğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada COVID-19 hastalarıyla çalışan sağlık

çalışanlarının %43.3'ü kendini mesleki olarak yeterli hissetmediğini bildirmiştir⁵³. COVID-19'un yeni görülen bir hastalık olması, hasta takip ve tedavisiyle ilgili sık güncelleme yapılması, çalışanların görev yeri ve tanımlarının sıklıkla değişmesi sağlık çalışanlarının kendilerini mesleki olarak yetersiz hissetmesine sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %14.9'u pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirdiğini, bu kişilerin %53.3'ü kalacak yer bulmakta sorun yaşadığını belirtti. Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de yapılan çalışmada katılımcıların %33.3'ü birlikte yaşadığı kişilere enfeksiyon bulaştırmamak için yaşadığı yeri değiştirmiş, bu kişilerin %66.7'si kalacak yer bulmakta sorun yaşamıştır⁹³. Sertöz ve ark. tarafından İzmir'de¹⁰⁰ yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %8.6'sı pandemide evinden ayrıldığını; Murat ve ark. tarafından İstanbul'da⁹⁴ yapılan çalışmada %16.9'u evi yerine otel, yurt gibi hastane tarafından sağlanan bir yerde konakladığını bildirmiştir. Atilla ve ark. tarafından Türkiye genelinde yürütülen çalışmada katılımcıların %23.9'u COVID-19 sonrası ailesinden ayrı yaşadığını belirtmiştir¹⁰². Lasalvia ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %9.6'sı ailesini korumak için evinden ayrılmıştır¹⁰³. Yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanları için yakınlarına enfeksiyon taşımak da bir psikolojik yük oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışanların bir bölümü yakınlarını korumak için evlerinden ayrılmayı tercih etmekte ya da zorunda kalmaktadır. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde çalışanlar yaşadıkları yeri değiştirmişler ve bu kişilerin büyük bölümü kalacak yer bulmakta zorluk yaşamıştır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarını en çok endişelendiren ve psikolojik olarak zorlayan konular değerlendirildiğinde %83.9'u birlikte yaşadıkları kişilere enfeksiyon taşımak, %73.2'si belirsizlik, %68.5'i COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybetmek, %47.2'si iş yerinde kendini güvende hissetmeden çalışmak, %46.4'ü fazla iş yükü, %41.5'i iş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri ve %29.4'ü COVID-19 ile enfekte olmak olarak belirlendi. Murat ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada katılımcıların %16.7'si en çok endişelendiği konunun kendisinin veya ailesinin enfekte olması, %16.3'ü ekip çalışması ve hastane yönetimi ile ilgili sorunlar, %14.8'i COVID-19 ile ilgili belirsizlik durumu, %13.2'si artmış iş yükü olduğunu bildirmiştir⁹⁴. Türkiye'de yapılan bir

çalışmada⁵³ çalışanların %86.7'si aynı evi paylaştığı kişilere enfeksiyon bulaştırma ihtimali nedeniyle kaygılandığını belirtmiş, başka bir çalışmada⁹⁷ katılımcıların %86.9'u ailesini/ebeveynlerini enfekte etmekten korkarken, %54.7'si COVID-19 ile enfekte olmaktan, %54.6'sı ailesinden birini kaybetmekten, %27.7'si hayatını kaybetmekten korkuyordu. Çevik ve ark. tarafından Türkiye'de aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %10.5'i en çok kaygılandığı konunun COVID-19 ile enfekte olmak olduğunu söylerken %58.3'ü ailesine enfeksiyon taşımak olduğunu belirtmiştir⁵². Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %68.0'ı çalışırken kendini güvende hissetmediğini belirtmiştir⁹⁶. Sertöz ve ark. tarafından İzmir'de yürütülen çalışmada çalışanların pandemi sırasında görev yaparken yaşadıkları zorluklar sorulduğunda %22.7'si yoğun çalışma saatleri, %41.6'sı dinlenme alanı, duş, tuvalet gibi fiziksel koşulların yetersizliği olduğunu belirtmiştir¹⁰⁰. Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada katılımcıların %91.7'si virüsü ailelerine bulaştırma riski nedeniyle sorun yaşadığını belirtmiştir⁹³. Zerbini ve ark. tarafından Almanya'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %12.5'inin en büyük endişesinin kendileri ya da ailelerin enfekte olması, %30'unun belirsizlik, %37.5'inin artmış iş yükü olduğu bildirilmiştir⁵⁴. Torrente ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %59.7'si enfekte olmaktan korktuğunu, %83.67'si ailesini enfekte etmekten korktuğunu belirtmiştir¹⁰⁴. Matsuo ve ark. tarafından Japonya'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %93.9'u enfekte olmak, %87.6'sı ailesine enfeksiyon taşımak konusunda kaygı duyarken, %84.2'si iş yükünün azalması gerektiğini düşünüyordu¹⁰¹. Lasalvia ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %82.8'i COVID-19 ile enfekte olmaktan, %64.9'u ailesini enfekte etmekten korktuğunu, %65.3'ü iş yükünün arttığını belirtmiştir¹⁰³. Sağlık çalışanları meslekleri nedeniyle toplumun geri kalanına göre COVID-19 hastalarıyla daha fazla karşılaştıkları için kendilerinin enfekte olma ve enfeksiyon etkenini ailelerine taşıma riskleri yüksektir. Yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanlarını en çok endişelendiren konunun ailelerini/birlikte yaşadığı kişileri enfekte etmek ve hayatlarını kaybetmeleri olduğu görülmektedir. Ayrıca iş yükünün artması, çalışanların iş ortamında kendilerini güvende hissetmemeleri ve işyerindeki fiziki ve planlama yetersizlikleri gibi işyeri ile ilgili yaşadıkları sorunların da sağlık çalışanlarını

psikolojik olarak zorladığı anlaşılmaktadır. Bizim çalışmamızın bulgularının da literatürle benzer olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda çalışanların %36.3'ü pandemi döneminde istifa etmeyi düşündüğünü belirtti. Murat ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada⁹⁴ katılımcıların %19.4'ü, Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de yapılan çalışmada⁹³ katılımcıların %33.3'ü pandemide istifa etmeyi düşündüğünü bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının pandeminin getirdiği riskleri, fiziksel ve duygusal yükü taşımakta zorlanmaları görevlerini bırakmak istemelerine neden olmuş olabilir. Sağlık kurumlarının bu gibi olağanüstü durumlara hazırlıklı olması, çalışanlar için destekleyici ve ideal koşulları oluşturması önemlidir.

Çalışmamızda katılımcıların %42.3'ü sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kaldığını düşünüyordu. Yapıcı ve ark. tarafından Mersin'de yapılan çalışmada katılımcıların %67.6'sı sosyal damgalanmaya maruz kaldığını belirtmiştir⁹³. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada katılımcıların %7.0'ı aile ve yakın arkadaşları tarafından, %14.0'ı komşuları, akrabaları tarafından, %7.0'ı yabancılar tarafından dışlayıcı ve damgalayıcı davranışlara maruz kaldığını belirtmiştir⁹⁶. Lasalvia ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada katılımcıların %49.6 sağlık çalışanı olduğu için insanların onlardan uzak durduğunu, %23.0'ı ise kendi ailelerinin de onlardan uzak durduğunu bildirmiştir¹⁰³. Chatterjee ve ark. tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada katılımcıların %21.1'i kendini dışlanmış hissediyordu⁹⁹. Potansiyel olarak yüksek düzeyde enfeksiyöz hastalarla çalışmanın, toplumda önemli ölçüde damgalanmaya yol açtığı bilinmektedir¹⁰⁵. Sağlık çalışanlarının kendi yakınları ya da çevrelerindeki diğer kişiler tarafından ayrımcılığa uğramaları duygusal olarak kendilerini olumsuz etkileyeceği gibi işlerini yapmaları sırasında bakım verecekleri hastalara karşı olumsuzluklara da neden olabilir. Hala devam etmekte olan pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması önemlidir.

Çalışmamızda pandemi sürecinde çalışanların %64.9'u psikolojilerini olumlu etkileyen destek kaynaklarının evdeki sosyal destek, %35.1'i inanç, %30.4'ü kendine ayırabildiği boş zaman, %20.0'ı iş yerindeki sosyal destek olduğunu belirtti. Sertöz ve ark. tarafından İzmir'de yapılan çalışmada

katılımcıların %28.1'i iş yerinde sosyal desteğin yeterli olduğunu, %39.2'si arkadaşlarından, %72.3'ü ailesinden aldığı desteğin yeterli olduğunu bildirmiştir¹⁰⁰. Zerbini ve ark. tarafından Almanya'da yapılan çalışmada katılımcıların %64.3'ünün destek kaynaklarının aile ve arkadaşlar, %45.3'ünün boş zamanı olması, %22.6'sının iş yerindeki sosyal destek ve %6'sının inanç olarak bildirilmiştir⁵⁴. İngiltere'de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %77'si iş yerinde sosyal desteği olduğunu söylemiştir⁹⁸. Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda sağlık çalışanlarının en çok aileden, arkadaşlardan sosyal destek aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak inanç da önemli bir destek kaynağı olarak görülmektedir. Bunun sebebinin kültürel farklılıklar olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Sağlık Çalışanlarının Uykusuzluk Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda uykusuzluk prevalansı %71.6 bulundu. Türkiye'de yapılan iki çalışmada uykusuzluk prevalansı %20.8⁶⁴ ve %50.4¹⁰⁶ olarak bildirilmiştir. Ataç ve ark. tarafından il sağlık müdürlüğü çalışanlarında yapılan çalışmada uykusuzluk prevalansı %56.1'dir⁸¹. Çin'de yapılan çalışmalarda uykusuzluk prevalansının %27.0 ile %36.1 arasında değiştiği bildirilmiştir^{59,60,80,107}. İspanya'da yapılan çalışmada uykusuzluk prevalansı %57.0⁷⁹, Mısır'da yapılan çalışmada %67.7¹⁰⁸, Suudi Arabistan'da %42.9¹⁰⁹ olarak bildirilmiştir. Beş çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde uykusuzluk prevalansı %23.6 ile %45.5 arasındadır⁵. Çalışmamızda uykusuzluk prevalansı literatüre göre biraz yüksek olmakla birlikte yapılan çalışmalarda da uykusuzluk sağlık çalışanları için yaygın bir sorun olarak görülmektedir.

Çalışmamızda yaşın azalmasıyla uykusuzluk riski artıyordu. Söğütü ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada 35 yaşın altında olanlarda uykusuzluk sıklığı daha yüksekti¹¹⁰. Demartini ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının yaşı arttıkça uyku bozukluklarının arttığı bildirilmiştir⁴³. Çin'de ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda uykusuzluk ve yaş arasında ilişki bildirilmemiştir^{80,109}. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda da yaşla uykusuzluk arasında ilişki tespit edilmediği görülmektedir^{64,106,111}. Çalışmamızda gençlerde uykusuzluk daha sık görülürken literatürde yaş ve uykusuzluk ilişkisiyle ilgili farklı bulgular mevcuttur. Genç çalışanlar iş yerinde daha riskli çalışma ortamlarında ve iş yükünün daha fazla olduğu durumlarda

alışıyor olabilir. Stres ve yorgunluk uyku düzenlerinin bozulmasına neden olmuş olabilir. Meslekteki alışma süresi daha kısa olacağı için deneyim azlığı strese neden olarak uykusuzluğu artırabilir. Ayrıca sosyal izolasyon nedeniyle destek alacağı kişilerin çevresinde bulunmamasına bağlı yalnızlaşma gibi durumlardan daha çok etkileniyor ve daha fazla gelecek kaygısı taşıyor olabilirler. Bu durum yaş grubu düşük sağlık alışanlarında uykusuzluk düzeyinin artmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda uykusuzluk ile cinsiyet arasında ilişki bulunmadı. Işık ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada cinsiyet ve uykusuzluk arasında ilişki bildirilmemiřtir⁶⁴. Çin'de⁸⁰ ve Suudi Arabistan'da¹⁰⁹ yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyet ve uykusuzluk arasında ilişki yoktur. Demartini ve ark. tarafından İtalya'da yapılan bir çalışmada kadınlarda uyku bozukluklarının erkeklere göre daha sık görüldüğü bildirilmiřtir⁴³. Benzer şekilde Türkiye genelinde yapılan iki çalışmada kadınlarda uykusuzluk sıklığı daha yksektir^{106,110}. Literatür değerlendirildiğinde cinsiyet ve uykusuzluk arasındaki ilişkinin net olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda anksiyete ve stres düzeyinin artması uykusuzluk riskini sırasıyla 1.70 kat ve 1.33 kat artırıyordu. Söğütlü ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde anksiyete düzeyinin artması uykusuzluk riskini artırıyordu¹¹⁰. Xiao ve ark. tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada anksiyete ve stres düzeyinin artmasıyla uyku kalitesinin düştüğü bildirilmiřtir⁷⁶. Zhang ve ark. tarafından Çin'de yapılan başka bir çalışmada anksiyete belirtileri olanlarda uykusuzluk sıklığı daha yüksek bildirilmiřtir⁸⁰. Anksiyete ve stresin uyku düzeni ve kalitesini bozduğu bilinmektedir⁷¹. Çalışmamızın bulguları da bu konuda literatürle uyumludur. Burada anksiyete, stres ve uykusuzluk arasında çift yönlü bir ilişki olabilir. Benzer şekilde uykusuzluğun da anksiyete ve stresi tetikleyici bir unsur olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların yaklaşık %15'i beraber yaşadığı kişileri enfeksiyondan korumak için yaşadığı yeri değiştirmişti. Yaşadığı yeri değiştirenlerin yarısından fazlası ise kalacak yer bulmakta sorun yaşamıştı. Yapılan analizde yaşadığı yeri değiştiren çalışanların kalacak yer bulmakta zorluk yaşamasının uykusuzluk

riskini 3.7 kat artırdığı belirlendi. Beraber yaşadığı kişiler için yaşadığı bu kaygının uykusuzluğa neden olduğu görülmektedir.

5.3. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda tükenmişlik prevalansı %59.9, tehlike sinyali düzeyinde durum %21.4 olarak bulundu. Çevik ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada tükenmişlik prevalansı %52.6 olarak bildirilmiştir⁵². Çok merkezli bir çalışmada tükenmişlik prevalansı İngiltere'de %63, Singapur'da %71 ve Polonya'da %68 olarak bildirilmiştir¹¹². İngiltere'de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik prevalansı %79⁹⁸, İspanya'da yapılan çalışmada %43.4¹⁰⁴, Portekiz'de %52.5¹¹³, Japonya'da %31.4¹⁰¹ ve İtalya'da %25.6¹¹⁴ olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının yarısından fazlası tükenmişlik yaşıyordu. Literatürde ve çalışmamızda benzer şekilde COVID-19 pandemisi nedeniyle değişen ve zorlaşan çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Prevalansların değişkenlik göstermesi, araştırmalarda kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda tükenmişlik ile cinsiyet arasında ilişki tespit edilmedi. Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde tükenmişlik ve cinsiyet arasında ilişki bildirilmemiştir^{53,52,115}. Hoşgör ve ark. tarafından İstanbul'da yürütülen çalışmada da cinsiyetler arasında tükenmişlik puanları açısından fark yoktur⁹⁵. Matsuo ve ark. tarafından Japonya'da yapılan çalışmada da cinsiyetler arasında tükenmişlik açısından fark yoktur¹⁰¹. İngiltere, Singapur ve Polonya'da yürütülen bir çalışmada da cinsiyet ile tükenmişlik arasında ilişki bildirilmemiştir¹¹². Ancak İtalya'da^{43,114}, İspanya'da^{104,116}, Güney Kore'de¹¹⁷, İngiltere'de⁹⁸, Ürdün'de⁵¹ ve Portekiz'de¹¹³ yapılan çalışmalarda kadınlarda tükenmişlik daha yüksek saptanmıştır. Literatürde cinsiyetler arasında fark bildirmeyen çalışmalar ve kadınlarda yüksek olarak bildiren çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızda ise her iki cinsiyetin tükenmişlik yönünden COVID-19 pandemisinden benzer şekilde etkilendiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda tükenmişlik ile yaş arasında ilişki bulunmadı. Hoşgör ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada da yaş grupları arasında tükenmişlik açısından fark yoktur⁹⁵. Ürdün'de⁵¹, İngiltere'de⁹⁸, Japonya'da¹⁰¹ ve

İtalya'da¹¹⁴ yapılan çalışmalarda benzer şekilde yaş ile tükenmişlik arasında ilişki bildirilmemiştir. Arpacioğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada gençlerde tükenmişlik daha yüksektir⁵³. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada tükenmişlik düzeyi 36-55 yaş aralığındaki çalışanlarda daha yüksek tespit edilmiştir¹¹⁶. Güney Kore'de¹¹⁷ genç sağlık çalışanlarında; İspanya'da¹⁰⁴ 30 yaş altı çalışanlarda tükenmişlik yüksek bulunmuştur. Literatürde yaş ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Tecrübenin daha az olması nedeniyle genç çalışanlarda tükenmişliğin yüksek olması beklenebilir. Çalışmamız üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yürütülmüştür. Yaş ile tükenmişlik arasında ilişki olmaması bizim örneklemimizdeki genç çalışanların da pandemi öncesi dönemde yoğun çalışma koşullarını tecrübe etmiş olmalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda depresyon puanının bir puan artması tükenmişlik riskini 1.56 kat artırıyordu. Arpacioğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada depresyon düzeyinin artması tükenmişliği artırıyordu⁵³. İngiltere, Singapur ve Polonya'da yürütülen çalışmada depresyonun tükenmişlik riskini 4.0 kat artırdığı bildirilmiştir¹¹². Duarte ve ark. tarafından Portekiz'de yapılan çalışmada depresyonun bir puan artması tükenmişlik düzeyini 0.68 puan artırıyordu¹¹³. Conti ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada depresyon ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmamıştır¹¹⁴. Tükenmişlik yaşayan kişilerin olumsuz bakış açısına sahip olması, negatif duygularının yoğun olması beklenmektedir⁴⁶. Depresyon düzeyinin artmasının bu duyguları tetiklemesi nedeniyle tükenmişlik riskini artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda stres puanının bir birim artması tükenmişlik riskini 1.39 kat artırıyordu. Çelmeçe ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada stres ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü korelasyon tespit edilmiştir¹¹⁵. Atilla ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada stres düzeyi yüksek olanlarda tükenmişlik daha yüksektir¹⁰². Duarte ve ark. tarafından Portekiz'de yapılan çalışmada stresin bir puan artması tükenmişlik düzeyini 1.66 puan artırıyordu¹¹³. Zerbini ve ark. tarafından Almanya'da yapılan çalışmada stres ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü korelasyon vardır⁵⁴. Conti ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada post travmatik stres düzeyi yüksek olanlarda tükenmişlik düzeyi de yüksektir¹¹⁴. COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanları

hastaneye başvuran hastalardan enfeksiyon etkenini alarak hastalanabilmektedir. Hastalığın ve sonuçlarının bilinmezliği nedeniyle hastalıktan korkmaları streslerini artırmış olabilir. Tükenmişlik mesleki strese uzun süre maruz kalma sonucu ortaya çıkan bir durumdur⁴⁴. Bununla uyumlu olarak çalışmamızda ve literatürde de stresin artmasının tükenmişliği artırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda tükenmişlik riski araştırma görevlisi doktorlarda öğretim üyelerine göre 7.40 kat, hemşirelerde 5.75 kat ve temizlik personellerinde 13.90 kat yüksek bulundu. Çelmeçe ve ark. tarafından Tokat'ta yapılan çalışmada doktorlarda tükenmişlik diğer çalışanlardan yüksekti¹¹⁵. Zerbini ve ark. tarafından Almanya'da yapılan bir çalışmada doktorlar ve hemşireler arasında tükenmişlik açısından anlamlı bir fark bildirilmemiştir. Aynı çalışmada COVID-19 hastalarıyla temas eden hemşirelerde tükenmişlik yüksek bildirilmiştir⁵⁴. Torrente ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada doktorlarda tükenmişlik riski 1.64 kat daha fazlaydı¹⁰⁴. Jalili ve ark. tarafından İran'da yapılan çalışmada tükenmişlik düzeyi asistan doktorlarda 6.64 kat, uzman doktorlarda 4.13 kat ve hemşirelerde 4.56 kat yüksek bildirilmiştir⁴⁸. Denning ve ark. tarafından İngiltere, Singapur ve Polonya'da yürütülen çalışmada tükenmişlik doktorlarda 2.1 kat, hemşirelerde 1.4 kat ve diğer klinik çalışanlarında 2.0 kat yüksek saptanmıştır¹¹². Matsuo ve ark. tarafından Japonya'da yapılan çalışmada tükenmişlik hemşirelerde 4.9 kat, laboratuvar teknisyenlerinde 6.1 kat ve radyoloji teknisyenlerinde 16.4 kat yüksektir¹⁰¹. Conti ve ark. tarafından İtalya'da¹¹⁴ yapılan çalışmada doktor ve hemşirelerde; Dosil ve ark. tarafından İspanya'da¹¹⁶ doktorlarda tükenmişlik düzeyi diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek tespit edilmiştir. Doktorlar ve hemşireler COVID-19 hastalarıyla en çok temas eden, tedavi işlemlerini uygulayan meslek gruplarıdır. Bununla birlikte doktorlar hastaların hayati sorumluluğunu da üstlenmektedir. Bu faktörler doktor ve hemşirelerin daha çok tükenmişlik yaşamalarına neden olmuş olabilir. Literatüre ek olarak çalışmamızda temizlik personellerinde de tükenmişlik yüksek bulunmuştur. Bulaşıcı hastalıkla mücadelede hijyen önlemlerinin artmış olmasının temizlik personellerinin iş yükünü artırarak tükenmişliğe sebep olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda istifa etmeyi düşünenlerde tükenmişlik riski 3.50 kat yüksek bulundu. Tabur ve ark. tarafından Türkiye’de yapılan bir çalışmada tükenmişlik düzeyi yüksek olanlarda istifa düşüncesi 13.05 kat yüksekti⁴⁹. Yorgunluk, umutsuzluk, çaresizlik, insanlarla ilgili yaşanan hayal kırıklığı, güvensiz iş ortamı gibi nedenlerle tükenen sağlık çalışanının yapılan işten uzaklaşması ve başarısızlık hissi nedeniyle istifa düşüncesinin artabileceği düşünüldü.

5.4. Sağlık Çalışanlarının Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların depresyon puan ortancası 7.0 (Q1=5.0, Q3=13.0) idi. Türkiye genelinde yapılan çalışmada⁹⁶ katılımcıların depresyon puan ortalaması 5.7 ± 4.9 , Isparta’da yapılan çalışmada¹¹⁸ 8.7 ± 6.2 , Bilecik’te 11.4 ± 4.5 ¹¹⁹ olarak bildirilmiştir. İtalya’da yapılan iki farklı çalışmada sağlık çalışanlarının depresyon puan ortalaması 4.3 ± 3.3 ⁴³ ve 5.3 ± 4.8 ¹²⁰, Katar’da yapılan çalışmada 4.8 ± 4.5 ¹²¹, Singapur ve Hindistan’da yürütülen çalışmada⁷⁵ 3.1 ± 4.9 olarak bildirilmiştir. Hindistan’da doktorlarda yapılan bir çalışmada 8.4 ± 8.9 olarak bildirilmiştir⁹⁹. Depresyon ölçeğinden alınan en yüksek puan 21’dir. Buna göre çalışmamızda katılımcılar ortanın altında bir puan almışlardır. Depresyon puanlarının yüksek olmaması sevindirici bir durumdur. Ancak genellikle yurt dışında yapılan çalışmalarda çalışmamızdan daha düşük depresyon ortalamaları belirlenmiştir. Bu farklılığın sebebinin çalışmaların pandeminin farklı dönemlerinde yapılmış olması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda cinsiyet ve depresyon arasında ilişki bulunmadı. Polat ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada da depresyon ve cinsiyet arasında ilişki bildirilmemiştir⁷⁴. İstanbul’da⁹⁴ ve Bilecik’te¹¹⁹ yapılan çalışmalarda da cinsiyet ve depresyon arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. İtalya’da⁴³, Suudi Arabistan’da¹⁰⁹ ve Avustralya’da¹²² yapılan çalışmalarda benzer şekilde cinsiyetler arasında depresyon açısından fark yoktur. Türkiye genelinde yapılan iki çalışmada kadınlarda depresyon düzeyi erkeklerden yüksektir^{53,106}. Arafa ve ark. tarafından Mısır ve Suudi Arabistan’da yapılan çalışmada kadınlarda depresyon riski 2.57 kat yüksek bildirilmiştir¹²³. Dosil ve ark. tarafından İspanya’da¹¹⁶ ve Mazza ve ark. tarafından İtalya’da¹²⁰ yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyon riski daha yüksek tespit edilmiştir. Ürdün’de¹²⁴ ve çok merkezli¹¹² bir çalışmada erkeklerde depresyon riskinin

kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde depresyon ve cinsiyet arasındaki ilişki konusunda farklı bulgular mevcuttur. Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında depresyon açısından fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında cinsiyet açısından homojen bir dağılım olması, her iki cinsiyetin çalışma koşulları ve pandemiden etkilenme durumlarının benzer olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ile depresyon arasında ilişki bulunmadı. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada depresyon ile yaş arasında anlamlı ilişki yoktur⁹⁶. İtalya'da yapılan iki çalışmada da benzer şekilde yaş ile depresyon arasında ilişki bildirilmemiştir^{120,125}. Işık ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada 20-30 yaş arasında olanlarda depresyon düzeyi yüksektir⁶⁴. Şahin ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan başka bir çalışmada yaşın azalması depresyon riskini artırıyordu¹⁰⁶. Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada depresyon 40-46 yaş aralığındaki çalışanlarda yüksek tespit edilmiştir¹¹⁹. Arafa ve ark. tarafından Mısır ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada 30 yaşından küçük olanlarda depresyon sıklığı 2.88 kat yüksek bildirilmiştir¹²³. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada 26-35 yaş arasındaki çalışanlarda depresyon düzeyi daha yüksek saptanmıştır¹¹⁶.

Meslek grupları değerlendirildiğinde çalışmamızda temizlik personeli olmak depresyon puanını 1.51 puan artırıyor. Işık ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada hemşirelerde depresyon anlamlı olarak yüksekti⁶⁴. Türkiye genelinde yapılan iki çalışmada depresyon semptomları en yüksek hemşirelerde tespit edilmiştir^{97,57}. Denning ve ark. tarafından yürütülen çok merkezli bir çalışmada doktorlarda depresyon riski düşük olarak bildirilmektedir¹¹². Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada teknisyen ve yardımcı personelde depresyon düzeyi yüksek saptanmıştır¹¹⁶. Avustralya'da¹²² ve Türkiye'de^{74,96} yapılan bazı çalışmalarda depresyonla meslek grupları arasında ilişki bildirilmemiştir. Literatürde hemşire, yardımcı personel, teknisyen gibi gruplarda; bizim çalışmamızda ise temizlik personellerinde depresyon yüksek bulunmuştur. Temizlik personellerinin hastanın vücut sıvıları ve atıklarıyla sık teması etmesi; enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri kapsamında yüzey dezenfeksiyon sıklığının artması gibi hijyen

önlemlerinin sıkılaştırılmış olması çalışanların iş yükünü artırarak depresyon bulgularına sebep oluyor olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 riskli teması olması depresyon puanını 0.74 puan artırıyordu. Zhu ve ark. tarafından yapılan çalışmada COVID-19'a maruz kaldığını düşünenlerde depresyon riski 2.03 kat yüksek bildirilmiştir⁶⁸. COVID-19 riskli teması sonrası olası olumsuz sonuçları düşünmek sağlık çalışanlarının daha depresif olmasına neden oluyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların COVID-19 riskli temas ve korunma ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmediğini düşünmesi depresyon puanını 1.13 puan artırıyordu. Yılmaz ve ark. tarafından Eskişehir'de yapılan bir çalışmada kişinin enfeksiyon bulaş riski bilgisinin yetersiz olması depresyon puanını 4.56 kat artırıyordu⁶⁶. Sertöz ve ark. tarafından İzmir'de yapılan çalışmada COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça depresyon azalıyordu¹⁰⁰. Çalışanların COVID-19 konusundaki bilgi düzeyinin düşük olması riskli temaslara daha hazırlıksız yakalanmalarına, gerçek dışı korku ve kaygılara kapılmalarına neden oluyor olabilir. Bu durumun depresif duygu durumunu tetikleyebileceği düşünüldü.

Çalışmamızda kendini COVID-19 pandemisi sürecinde yaptığı iş, çalıştığı birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görmek depresyon puanını 1.20 puan artırıyordu. Murat ve ark. tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada pandemide kendini hasta bakımı konusunda yeterli görmek ile depresyon arasında ilişki bildirilmemiştir⁹⁴. Kendini mesleki olarak yeterli gören sağlık çalışanları daha çok ve daha verici çalışma eğiliminde olabilirler. Bu durum depresyon düzeyini artırıyor olabilir.

Çalışmamızda pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek depresyon puanını 1.51 kat artırıyordu. Arpacıoğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada pandemi sürecinde birlikte yaşadığı kişilerden ayrı yaşamaya başlayanlarda depresyon puanı yüksekti⁵³. İş yerinde pandeminin getirdiği fiziksel ve psikososyal yüklerle ek olarak aileden uzak kalmanın, var olan düzenin bozulmasının çalışanların depresyon düzeyini artırabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda evde sosyal desteğin olmaması depresyon puanını 1.01 puan artırıyordu. Öztürk ve ark. tarafından Ankara'da yapılan çalışmada aileden gelen sosyal destek azaldıkça depresyon düzeyi artırıyordu¹²⁶. Arafa ve ark.

tarafından Mısır ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada aileden gelen duygusal desteğin eksikliği depresyon riskini 3.26 kat artırıyor¹²³. Aileden alınan sosyal destek kişilerin kapıldığı karamsar duygularla baş etmesini kolaylaştırarak olumlu duyguları besliyor olabilir. Desteği yetersiz olanlarda depresyon düzeyinin yüksek olması bu şekilde açıklanabilir.

Çalışmamızda iş yerinde çalışma arkadaşlarından ve çalışma ortamından kaynaklanan desteğin az olması çalışanların depresyon puanını 1.14 puan artırırken, iş yükünün fazla olması 0.83 puan artırıyor. Yılmaz ve ark. tarafından Eskişehir'de yapılan bir çalışmada çalışma arkadaşları ile uyumun yetersiz olmasının depresyon riskini 4.02 kat artırdığı bildirilmiştir⁶⁶. Arafa ve ark. tarafından Mısır ve Suudi Arabistan'da yürütülen çalışmada hastanedeki duygusal desteğin eksik olması depresyon riskini 5.20 kat artırıyor¹²³. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yapılan çalışmada iş yerindeki çalışma düzeninden memnun olanlarda ve hastane tarafından sağlanan ulaşım, konaklama desteğini yeterli bulanlarda depresyon daha düşük olarak bildirilmiştir⁶⁸. Pandemi gibi fiziksel ve duygusal yükün çok arttığı, sürekli hasta kişilerle temas edilen bir durumda iş yerinde desteğin yetersiz olması, uyumsuz bir çalışma ortamı var olan yükü daha da artırarak kişilerin daha olumsuz duygulara kapılmasına neden olabilir. Evde, çalışma ortamında veya genel olarak çevrede sosyal desteğin olmamasının sağlık çalışanların ruhsal durumlarını olumsuz etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda istifa etmeyi düşünmek depresyon puanını 2.12 puan artırıyor. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada COVID-19 sürecinde istifa etmeyi düşünenlerde depresyon sıklığı 2.28 kat yüksek saptanmıştır⁶⁸. Depresyon evde ve işte en çok işlev kaybına neden olan hastalıklardan biri olarak bildirilmektedir⁵³. Çalışanların depresyon düzeyinin artması, yaptıkları işten zevk alamamalarına, olumsuz duygu ve düşüncelere neden olarak istifa düşüncesini tetikleyebilir.

5.5. Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda anksiyete puan ortancası 5.0 (Q1=2.0,Q3=8.0) idi. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada anksiyete puan ortalaması 3.9 ± 3.9 olarak bildirilmiştir⁹⁶. Ersoy ve ark. tarafından

Isparta'da yapılan çalışmada anksiyete puan ortalaması 9.0 ± 6.3^{118} , Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada 14.1 ± 3.7 olarak belirtilmiştir¹¹⁹. İtalya'da yapılan iki farklı çalışmada anksiyete puan ortalaması 3.4 ± 3.2^{43} ve 2.9 ± 3.7^{120} , Katar'da yapılan çalışmada¹²¹ 3.6 ± 3.3 olarak bildirilmiştir. Singapur ve Hindistan'da yürütülen bir çalışmada anksiyete puan ortalamaları 3.2 ± 4.3^{75} , Hindistan'da yürütülen çalışmada ise 7.1 ± 7.8 olarak bildirilmiştir⁹⁹. Anksiyete ölçeğinden alınan en yüksek puan 21'dir. Buna göre çalışmamızda katılımcılar bu puanın dörtte biri düzeyinde bir puan almışlardır. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında genellikle yurt dışında yapılan çalışmalarda çalışmamızdan daha düşük anksiyete ortalamaları belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaş ile anksiyete arasında ilişki saptanmadı. Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda da benzer olarak yaş ile anksiyete arasında ilişki bildirilmemiştir^{96,106,110}. Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada da yaş grupları arasında anksiyete puanları açısından fark yoktur¹¹⁹. İtalya'da ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda da çalışmamıza uyumlu olarak yaş ile anksiyete arasında ilişki bildirilmemiştir^{43,109,120}. Işık ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada 20-30 yaş arasında olanlarda anksiyete düzeyi yüksek bildirilmiştir⁶⁴. Yılmaz ve ark. tarafından Eskişehir'de yapılan çalışmada daha genç yaşta olmanın anksiyete riskini artırdığı saptanmıştır⁶⁶. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada anksiyete düzeyi 36-55 yaş aralığındaki kişilerde daha yüksek bulunmuştur¹¹⁶. Lenzo ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada yaşın azalmasının anksiyete düzeyini artırdığı belirlenmiştir¹²⁵. Literatürde gençlerde anksiyete düzeyinin yüksek olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak yaş ile ilişki bildirilmeyen çalışmalar da yer almaktadır. Literatür ve bizim çalışmamız değerlendirildiğinde yaş ve anksiyete arasındaki ilişkinin net olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın ve erkeklerde anksiyete düzeyleri benzerdi. Yılmaz ve ark. tarafından Eskişehir'de yapılan çalışmada da benzer şekilde cinsiyetle anksiyete arasında ilişki bildirilmemiştir⁶⁶. Holton ve ark. tarafından Avustralya'da yapılan çalışmada da cinsiyet ve anksiyete arasında ilişki saptanmamıştır¹²². İtalya'da^{112,120} ve İspanya'da¹¹⁶ yapılan çalışmalarda kadınlarda anksiyete düzeyi erkeklerden yüksek bulunmuştur. Denning ve ark.

tarafından yürütülen çok merkezli bir çalışmada anksiyete riski kadınlarda 1.47 kat yüksektir¹¹². Alnazly ve ark. tarafından Ürdün'de yapılan çalışmada ise erkeklerde anksiyete kadınlardan daha fazlaydı¹²⁴. Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınlarda anksiyete düzeyi erkeklerden daha yüksek olarak bildirilmiştir^{64,74,106,110,115,119}.

Çalışmamızda sağlık teknisyeni olmak anksiyete puanını 2.56 puan artırıyordu. Tengilimoğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada sağlık teknisyenleri ve hemşirelerin anksiyete puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁹⁷. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada teknisyen ve yardımcı personelin anksiyete puanı hemşire ve doktorlardan yüksektir¹¹⁶. Çin'de⁶¹ ve Avustralya'da¹²² yapılan çalışmalarda hemşirelerin anksiyete puanı yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda hemşirelerde anksiyete sıklığı anlamlı olarak yüksektir^{64,57,110}. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise anksiyete düzeyi ile meslek grupları arasında ilişki bildirilmemiştir.^{74,96,115}. COVID-19 hastalığı korunma, klinik seyir, tedavi gibi konularda hekimlerin bilgi düzeyi diğer sağlık personelinden daha iyi olabilir. Bu nedenle hemşire, sağlık teknisyeni ve yardımcı personel gibi hastalarla temas eden çalışanların daha yüksek düzeyde anksiyeteye sahip olabileceği düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarıyla temas etmesi anksiyete düzeyini 2.14 puan artırıyordu. Tengilimoğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada COVID-19 hastalarıyla temas eden çalışanların anksiyete puanı yüksek bildirilmiştir⁹⁷. Liu ve ark. tarafından Çin'de¹²⁷ yapılan çalışmada COVID-19 hastalarıyla temas etmek anksiyeteyi 2.28 puan, Holton ve ark. tarafından Avustralya'da¹²² yapılan çalışmada 0.84 puan artırıyordu. Farklı çalışmalarda ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarıyla yüksek riskli temasının anksiyete riskini klinikte çalışmayanlara göre 2.06 kat⁴¹, 1.57 kat⁵⁹ ve 2.12⁶⁰ kat artırdığı bildirilmiştir. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda COVID-19 hastalarıyla çalışan sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin çalışmayanlardan yüksek olduğu gösterilmiştir^{61,109,116,124,125}. Bosna Hersek'te⁵⁸ ve Türkiye'de⁹⁶ yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarıyla temas etmek ile anksiyete arasında ilişki bildirilmemiştir. Pandemi sürecinde COVID-19 hastalarına poliklinikte, yataklı

servislerde, acil servislerde, yoğun bakımlarda ve ameliyathanelerde sağlık çalışanları tarafından ihtiyaç duyulan tıbbi tedavi ve uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamaların arasında doğumlar, acil ameliyatlara olduğu gibi PCR yöntemi ile örnek alma, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon gibi partikül saçılımı ve bulaştırıcılık riski yüksek olan işlemler de yer almaktadır. İş yerinde COVID-19 hastalarıyla temas eden ve bu riskleri alan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda ve literatürde de bulgular bu düşüncemizle uyumlu görülmektedir.

Çalışmamızda haftalık çalışma süresinin bir saat artması anksiyete puanını 0.04 puan artırıyordu. Arafa ve ark. tarafından Mısır ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada günlük çalışma saatlerinin uzaması anksiyete düzeyini artırıyordu¹²³. Türkiye genelinde¹¹⁰ ve İzmir'de¹⁰⁰ yapılan çalışmalarda anksiyete ve çalışma saatleri arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışma saatlerinin uzaması nedeniyle çalışanlar hastanede daha uzun vakit geçiriyor ve hastalarla temas süreleri uzuyor olabilir. Bu durumun anksiyete düzeyinin artmasına sebep olmuş olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda COVID-19 sürecinde çalışanların yaklaşık yarısı kendilerini psikolojik açıdan en çok zorlayan konunun umutsuzluk olduğunu bildirdi. Çalışanların yaşadığı umutsuzluğun ise anksiyete puanlarını 2.31 kat artırdığı görüldü. Pandeminin hala devam etmesi ve ne kadar süreceğinin bilinmemesinin kişileri umutsuzluk ve anksiyeteye sürüklemiş olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda istifa düşüncesi anksiyete puanını 2.49 puan artırıyordu. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yürütülen çalışmada COVID-19 pandemisinde istifa etmeyi düşünenlerde anksiyete riski 2.56 kat yüksek bildirilmiştir⁶⁸. Tabur ve ark. tarafından Türkiye'de bir pandemi hastanesinde yapılan çalışmada şiddetli anksiyetesi olanlarda istifa düşüncesi düşük olanlara göre 37.94 kat yüksek bildirilmiştir⁴⁹. Sağlık çalışanları pandemi sürecinde çalışma koşullarındaki zorluklar nedeniyle artan anksiyete düzeyiyle baş etmede zorluk yaşıyor olabilir. Bu durumun çalışmamızda ve bazı diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi çalışanların işlerini bırakmak istemelerine neden olabileceği düşünüldü.

5.6. Sağlık Çalışanlarının Stres Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda stres puan ortancası 8.0 (Q1=5.0-Q3=11.0) idi. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada katılımcıların stres puan ortalaması 6.1 ± 4.5 'tir⁹⁶. Isparta'da¹¹⁸ yapılan çalışmada stres puan ortalaması 9.7 ± 5.6 , Bilecik'te¹¹⁹ 14.0 ± 3.7 olarak bildirilmiştir. İtalya'da yapılan çalışmalarda stres puan ortalaması 7.7 ± 4.0 ⁴³ ve 7.4 ± 5.5 ¹²⁰, Katar'da 6.1 ± 4.2 ¹²¹, Singapur ve Hindistan'da yürütülen çalışmada 4.6 ± 5.5 ⁷⁵ olarak rapor edilmiştir. Stres ölçeğinden alınan en yüksek puan 21'dir. Buna göre çalışmamızda katılımcılar ortanın altında bir puan almışlardır. Diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında genellikle Türkiye'deki çalışmalardaki stres puanlarından daha düşük sonuç elde edilmiş iken yurt dışında yapılan çalışmalardan daha yüksek puan ortalamaları olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyetle stres arasında ilişki saptanmamıştır. Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada benzer şekilde stresle cinsiyet arasında ilişki yoktur¹¹⁹. Holton ve ark. tarafından Avustralya'da yapılan çalışmada da cinsiyetler arasında stres puanı açısından fark tespit edilmemiştir¹²². İtalya'da^{43,120} ve İspanya'da¹¹⁶ yapılan çalışmalarda kadınlarda stres düzeyi erkeklerden yüksek bildirilmiştir. Ürdün'de yapılan çalışmada erkeklerde stres düzeyi daha yüksektir¹²⁴. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda stres düzeyi kadınlarda erkeklere göre yüksek olarak bildirilmiştir^{74,106,115}. Bu bulgular nedeniyle cinsiyet ve stres arasındaki ilişkinin net olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş ile stres arasında ilişki saptanmadı. Türkiye genelinde^{96,106} ve İstanbul'da⁹⁴ yapılan çalışmalarda da stres ve yaş arasında ilişki bildirilmemiştir. Demartini ve ark. tarafından İtalya'da yapılan çalışmada da yaş ile stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır⁴³. Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada 40-46 yaş grubunda stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur¹¹⁹. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada stres düzeyi 26-35 yaş aralığında en yüksek saptanmıştır¹¹⁶. İtalya'da yapılan çalışmalarda yaş azaldıkça stresin arttığı bildirilmiştir^{120,125}.

Çalışmamızda sağlık teknisyeni olmak stres puanını 3.99 puan artırıyordu. Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada teknisyen ve

hemşirelerin stres düzeyi doktorlardan yüksek bildirilmiştir¹¹⁶. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada hemşire olmak stres riskini 2.24 kat, sağlık teknisyeni olmak 1.57 kat artırıyor⁶⁸. Guo ve ark. tarafından Çin'de yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin stres puanı doktorlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁶¹. Şahin ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada doktorların stres düzeyi diğer sağlık çalışanlarından düşük bildirilmiştir¹⁰⁶. Türkiye'de yapılan iki çalışmada hemşirelerin stres puanı anlamlı olarak yüksektir^{64,97}. Türkiye genelinde⁹⁶, İstanbul'da⁷⁴, Tokat'ta¹¹⁵ ve Avustralya'da¹²² yapılan çalışmalarda meslek grupları ile stres düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde hemşire ve sağlık teknisyenlerinde stres düzeyleri yüksek bildirilmiş olup çalışmamızda da sağlık teknisyenlerinde stres yüksek bulunmuştur. Sağlık teknisyenleri hastalarla doğrudan temas etmekte, tetkiklerini yapmakta ya da laboratuvarında vücut sıvılarıyla çalışmaktadır. Hastalığın kendilerine bulaşma riskinin yüksek olduğunu düşünmeleri nedeniyle stres düzeyleri artmış olabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak stres puanını 1.80 puan artırıyor. Zhu ve ark. tarafından yürütülen çalışmada sağlık çalışanı olduğu için aile üyeleri ya da arkadaşlarının kendinden uzak durduğunu hissedenlerin stres riski 1.83 kat yüksek olarak bildirilmiştir⁶⁸. Stres "vücudun çevresel stresörlere karşı verdiği tepki" olarak tanımlanmaktadır⁷⁰. Pandemi döneminde iş yerinden kaynaklanan stresörler artarken sosyal yaşamda da ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalmak stres düzeyinin daha da artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmek konusunda endişeli olmak stres puanını 1.39 puan artırıyor. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yapılan çalışmada COVID-19 ile enfekte olup hayatını kaybetmekten korkanların stres düzeyi 2.8 kat yüksek bildirilmiştir⁶⁸. Cai ve ark. tarafından yürütülen çalışmada stresle ilişkili en önemli faktör kişisel güvenlik ile ilgili endişeler olarak rapor edilmiştir⁷⁷. Zerbini ve ark. tarafından Almanya'da yapılan bir çalışmada enfekte olmaktan korkanlarda stres düzeyi yüksek bulunmuştur⁵⁴. Enfekte olma ve hayatını kaybetme korkusunun çalışanların stres düzeylerini artırması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda ve literatürde de bulgular bu anlamda uyumlu görülmektedir.

Çalışanların yaşadığı umutsuzluğun anksiyetede olduğu gibi stres puanlarını da artırdığı görüldü. Pandemi süreci hakkında kesin bilginin olmaması kişileri umutsuzluk ve strese sürüklemiş olabilir.

Çalışmamızda etrafında destek alacak kimsenin olmaması stres puanını 1.67 puan artırıyordu. Tengilimoğlu ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada pandemide ailesini hiç görmeyenlerde stres düzeyi yüksek bulunmuştur⁹⁷. Öztürk ve ark. tarafından Ankara'da yapılan çalışmada aile ve arkadaşlardan gelen sosyal destek azaldıkça stres düzeyi artıyordu¹²⁶. Cai ve ark tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada stresle baş etmede aile ve arkadaşlardan alınan destek ve çalışma arkadaşlarının olumlu tutumu önemli olarak bildirilmiştir⁷⁷. Xiao ve ark. tarafından Çin'de yapılan başka bir çalışmada sosyal destek arttıkça stres azalıyordu⁷⁶. Arafa ve ark. tarafından Mısır ve Suudi Arabistan'da yürütülen çalışmada ailede, toplumda ve iş yerinde sosyal desteği eksik olanlarda stres düzeyi yüksekti¹²³. Çalışmamızda ve literatürde benzer şekilde sosyal desteği olanların stres düzeyleri daha düşüktü. Aile ve arkadaşlarla vakit geçirmek ve destekleyici bir sosyal çevrenin olmasının stresi azaltmak için önemli olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda istifa düşüncesi stres puanını 1.75 puan artırıyordu. Zhu ve ark. tarafından Çin'de yapılan çalışmada istifa etmeyi düşünenlerde stres riski 2.27 kat yüksek bildirilmiştir⁶⁸. Stres düzeyinin artmasının asabiyet, dikkat eksikliği, diğer çalışanlarla çatışma yaşama gibi belirtileri olabilmektedir⁷¹. Stres düzeyi artan çalışanların iş yaşamında bu gibi sorunlar yaşaması istifa düşüncesine neden olmuş olabilir.

5.7. Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda depresyon ile anksiyete , depresyon ile stres ve anksiyete ile stres arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı korelasyon tespit edildi. Denning ve ark. tarafından yürütülen çok merkezli bir çalışmada anksiyetesi olanlarda depresyon riski 5.1 kat yüksek bulunmuştur¹¹². Öztürk ve ark. tarafından Ankara'da yapılan çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde depresyon ile anksiyete, depresyon ile stres ve stres ile anksiyete arasında yüksek düzeyde korelasyon bildirilmiştir¹²⁶. Çelmeçe ve ark. tarafından Tokat'ta

yapılan çalışmada ise anksiyete ile stres arasında pozitif yönlü korelasyon vardır¹¹⁵. İtalya'da¹²⁵ ve Ürdün'de¹²⁴ yapılan çalışmalarda depresyon ile anksiyete, depresyon ile stres ve anksiyete ile stres arasında pozitif yönlü korelasyon bildirilmiştir. Mo ve ark. tarafından Çin'de yapılan çalışmada stres ile anksiyete arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü korelasyon vardır¹²⁸. Çalışmamızda literatürle benzer olarak depresyon, anksiyete ve stres arasında yüksek düzeyde korelasyon tespit edildi. Ruh sağlığının bir bütün olduğu göz önüne alındığında bu değişkenler arasında ilişki olması ve birbirinden etkilenmesi beklenebilir.



6. SONUÇLAR

Çalışmamızın bulgularına göre,

1. Sağlık çalışanlarının KKE erişimi yetersiz, riskli temas, korunma ve KKE kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri düşük olarak tespit edilmiştir.
2. Çalışanlar pandemi döneminde ayrımcılığa maruz kalmış, ailelerini korumak için yaşadıkları yeri değiştirmek istediklerinde kalacak yer bulmakta zorluk yaşamışlardır.
3. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının en çok yakınlarına COVID-19 taşımaktan, hayatını kaybetmekten ve COVID-19 ile enfekte olmaktan endişe duydukları tespit edilmiştir.
4. Sağlık çalışanlarının en çok aile ve arkadaşlarından, daha sonra inançtan, ve kendilerine ayırabildikleri boş zamandan destek aldıkları belirlenmiştir.
5. Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinde uykusuzluk ve tükenmişlik prevalanslarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.
6. Uykusuzluğu etkileyen faktörler yaş, anksiyete ve stres düzeyi, kalacak yer bulmakta sorun yaşamak olarak belirlenmiştir.
7. Tükenmişliği etkileyen faktörler depresyon ve stres düzeyi, araştırma görevlisi doktor, hemşire ve temizlik personeli olmak ve pandemi döneminde istifa etmeyi düşünmek olarak tespit edilmiştir.
8. Çalışanların depresyon puan ortancası 7.0 (Q1=5.0, Q3=13.0) bulunmuştur.
9. Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yüksek bulunmuştur.
10. Depresyon düzeyini etkileyen en önemli faktörler; temizlik personeli olmak, COVID-19 riskli teması nedeniyle takip edilmek, COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek, COVID-19, riskli temas ve korunma ile ilgili kurumu tarafından yeterli düzeyde bilgilendirildiğini düşünmek, COVID-19 pandemisi sürecinde istifa etmeyi düşünmek, iş yerinde kaldırabileceğinden fazla iş yükü almış olmak, umutsuzluk, evde ve iş yerinde sosyal desteğin olmaması olarak belirlenmiştir.
11. Anksiyete düzeyini etkileyen en önemli faktörler; sağlık teknisyeni olmak, şüpheli ya da COVID-19 tanısı almış kişilerle temas etmek, umutsuzluk ve haftalık çalışma saati olarak belirlenmiştir.

12. Stres düzeyini etkileyen en önemli faktörler; sağlık teknisyeni olmak, pandemi nedeniyle yaşadığı yeri değiştirmek, sağlık çalışanı olduğu için ayrımcılığa maruz kalmak, pandemi sürecinde istifa etmeyi düşünmek, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetme korkusu, etrafında destek alacak kimsenin olmaması ve umutsuzluk olarak tespit edilmiştir.



7. ÖNERİLER

COVID-19 damlacık yoluyla yayılan bir bulaşıcı hastalık olması nedeniyle kişisel koruyucu ekipmanlar hayati önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları için kişisel koruyucu ekipmanlar çalıştıkları kurum tarafından eksiksiz ve ücretsiz olarak sağlanmalıdır.

Çalışanlara riskli temas, korunma ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı konularında belirli aralıklarla hatırlatıcı ve yeni bilgileri aktarmak için eğitimler planlanmalıdır. İhtiyaç duydukları eğitimler çalışanlardan geri bildirim alınarak planlanabilir.

Birlikte yaşadığı kişileri korumak için evinden ayrılan sağlık çalışanları yer bulmak konusunda kaygı yaşamamalıdır. Kurumun kendisi ya da il sağlık müdürlüğü böyle durumlarda çalışanlara ücretsiz kalacak yer tahsis etmelidir.

Asistan doktorlar, hemşireler, temizlik personelleri ve sağlık teknisyenleri psikososyal açıdan riskli meslek grupları olarak bulunmuştur. Hastane yönetimi bu kişilerin çalışma koşullarını iyileştirmeli, iş yükünü hafifletmek için düzenlemeler yapmalı ve görev dağılımlarını uygun şekilde planlamalıdır. Psikososyal risk faktörleri açısından dikkatle izlenmeli ve gerekiyorsa profesyonel destek almaları sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının iş ortamında yaşadığı sorunlar nedeniyle gelişen tükenmişlik, iş veya sosyal yaşamı nedeniyle gelişen depresyon, anksiyete ve stres durumları istifa etmeyi düşünmelerine neden olmaktadır. Aktif olarak çalışabilecek durumda olan bir sağlık çalışanının görevini bırakmak istemesi toplum sağlığı açısından da önemli bir sorundur. İşyerinde çalışanların psikolojisinde bozulmaya neden olan durumlar araştırılmalı ve buna yönelik önlemler alınarak sağlık çalışanlarına daha iyi bir çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarına yönelik yakın ya da uzak çevreden gelen sosyal damgalama ve ayrımcılığın çalışanları psikolojik olarak etkilediği görülmektedir. Bunu engelleyebilmek için toplumun hastalık açısından doğru bilgilendirilmesi, infodeminin önüne geçilmesi gerekmektedir. Bunun için yöneticilere, sağlık otoritelerine ve toplum liderlerine görev düşmektedir.

Araştırmamızda psikososyal risklerden korunmak için sosyal desteğin önemli olduğu bulunmuştur. İş yerinde çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerin iyi olması, ekip çalışmasının sağlanması, yöneticilerin güvenli ve destekleyici bir iş ortamı oluşturması sağlık çalışanlarının işyerinde kendilerini iyi hissetmelerini sağlayacaktır. Ailelerine ve kendilerine ayırabilecekleri yeterli zaman ve bunu sağlayabilecekleri uygun çalışma saatleri oluşturulmalıdır. Sağlık çalışanlarına ailenin ve yakın çevresindeki arkadaşlarının vereceği sosyal desteğin önemli olduğu konusunda bu kişilere eğitimler verilmelidir.

COVID-19 hastalarıyla çalışan sağlık çalışanlarının psikososyal durumları iyi izlenmelidir. Uykusuzluk, depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik düzeylerini tespit etmek için çalışanlara rutin taramalar yapılabilir. Bu şekilde psikososyal etkilenimler hafif seviyedeyken belirlenip gerekli önlemler alınabilir. Talep eden bütün çalışanlara hastane tarafından psikolojik destek sağlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> Erişim tarihi: 06.08.2022.
2. Galbraith N, Boyda D, McFeeters D, et al. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bull.* 2021;45:93-97.
3. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):e14.
4. Tuncay FE, Koyuncu E, Özel Ş. Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Med J.* 2020;2:488-501.
5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901-907.
6. Tekin A. Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve ekonomik sonuçları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2021;40:330-355.
7. World Health Organization. (2018). Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>.
8. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Tıbbi Mikrobiyoloji.* 6th ed. (Başustaoğlu AC, ed.); 2010.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemioloji ve Tani; 2020.
10. Tyrrell DAJ, Bynoe ML. Cultivation of a novel type of common-cold virus in organ cultures. *Br Med J.* 1965;1:1467-1470.
11. Hamre D, Procknow JJ. A new virus isolated from the human respiratory tract. *Proc Soc Exp Biol Med.* 1966;121:190-193.

12. <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html> Erişim tarihi: 06.08.2022.
13. Mittal A, Manjunath K, Ranjan RK, et al. COVID-19 pandemic: Insights into structure, function, and hACE2 receptor recognition by SARS-CoV-2. *PLoS Pathog.* 2020;16:1-19.
14. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> Erişim tarihi: 5.10.2022
15. Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği (KLİMUD). *SARS-CoV-2 Varyantları ve Etkileri.*; 2021.
16. Lam WK, Zhong NS, Tan WC. Overview on SARS in Asia and the World. *Respirology.* 2003;8:29-32.
17. <https://www.cdc.gov/about/history/sars/timeline.htm> Erişim tarihi: 06.08.2022.
18. Xiao J, Fang M, Chen Q, He B. SARS , MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. *J Infect Public Health.* 2020;13:843-848.
19. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)) Erişim tarihi: 06.08.2022.
20. <https://www.klimud.org/content/260/mers-virusu-hakkinda-bilgilendirme> Erişim tarihi:06.08.2022.
21. <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html> Erişim tarihi:06.08.2022.
22. <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-cov.html> Erişim tarihi:06.08.2022.
23. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> Erişim tarihi:06.08.2022.
24. <https://korona.hasuder.org.tr/yeni-koronavirus-covid-19pandemisi-ilk-14-gun-degerlendirmesi/> Erişim tarihi:06.08.2022.
25. <https://covid19.who.int/> Erişim tarihi:06.08.2022.

26. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html> Erişim tarihi:06.08.2022.
27. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted> Erişim tarihi:06.08.2022.
28. World Health Organization (WHO). Transmission of SARS-CoV-2 : Implications for Infection Prevention Precautions.; 2020.
29. World Health Organization (WHO). Diagnostic Testing for SARS-CoV-2, 2020.
30. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3 Erişim tarihi: 05.08.2022.
31. World Health Organization (WHO). Therapeutics and COVID-19: Living Guideline, 2021.
32. <https://www.fda.gov/drugs/emergency-preparedness-drugs/coronavirus-covid-19-drugs> Erişim tarihi: 05.08.2022.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi. 2022;19.
34. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention#H3874558060> Erişim tarihi: 05.08.2022.
35. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines) Erişim tarihi: 05.08.2022.
36. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet. 2020;395:922.
37. Zheng L, Wang X, Zhou C, et al. Analysis of the Infection Status of Healthcare Workers in Wuhan during the COVID-19 Outbreak: A Cross-sectional Study. Clin Infect Dis. 2020;71(16):2109-2113.
38. World Health Organization. The Impact of COVID-19 on Health and Care Workers: A Closer Look at Deaths. Working paper/2021;1.

39. Türk Tabipleri Birliği. *Pandemi Sürecinde Türkiye’de Sağlık Çalışanı Ölümlerinin Anlattığı*, 2022.
40. Sultana A, Sharma R, Hossain M, et al. Burnout among healthcare providers during COVID-19 pandemic: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics*. 2020;7:37-72.
41. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Resaerch*. 2020;288:1-6.
42. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West J Emerg Med*. 2020;21(5):1059-1066.
43. Demartini B, Nisticò V, D’Agostino A, et al. Psychiatric Impact of COVID-19 Pandemic on the General Population and Healthcare Workers in Italy: A Preliminary Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:1-8.
44. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: Zalaquett CP, Wood RJ (eds). *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 1st ed. Scarecrow Education,1997;191-218.
45. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
06.08.2022
46. Türkiye Psikiyatri Derneği. Covid-19 Salgininda Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlikten Korunma Rehberi.; 2020.
47. <https://mentalhealth-uk.org/burnout/> 06.08.2022
48. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, et al. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94:1-31.
49. Tabur A, Elkefi S, Emhan A, et al. Anxiety, burnout and depression, psychological well-being as predictor of healthcare professionals’ turnover during the COVID-19 pandemic: Study in a pandemic hospital. *Healthc*. 2022;10:525.

50. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, et al. Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Front Public Heal.* 2021;9:1-6.
51. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health.* 2021;21(1):811.
52. Çevik H, Ungan M. The impacts of the COVID-19 pandemic on the mental health and residency training of family medicine residents: findings from a nationwide cross-sectional survey in Turkey. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):1-13.
53. Arpacioğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B. COVID - 19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik , Covid korkusu , depresyon , mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Med J.* 2021;46(1):88-100.
54. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of health care professionals in times of COVID-19– survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci — an Interdiscip J.* 2020;18:1-9.
55. <https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
Erişim tarihi: 06.08.2022
56. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/23/depresyon> Erişim tarihi: 06.08.2022
57. Mete B, Kartal F, Donmez E, et al. The evaluation of general psychiatric symptoms of medical staffs in the Covid-19 pandemic in Turkey. *Med Sci | Int Med J.* 2021;10(2):409.
58. Marijanović I, Kraljević M, Buhovac T, et al. Use of the depression, anxiety and stress scale (DASS-21) questionnaire to assess levels of depression, anxiety, and stress in healthcare and administrative staff in 5 oncology institutions in Bosnia and Herzegovina during the 2020 COVID-19 pandemic. *Med Sci Monit.* 2021;27:1-9.

59. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):1-12.
60. Que J, Shi L, Deng J, et al. Psychological impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *Gen Psychiatry*. 2020;33(3):1-12.
61. Guo J, Guo J, Liao L. Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey of China mainland. *Vasc Invest Ther* 2021;4:6-11.
62. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu> Erişim tarihi: 06.10.2022
63. https://psychiatry.org/Patients-Families/Anxiety-Disorders/What-are-Anxiety-Disorders#section_8 Erişim tarihi: 06.10.2022
64. Işık M, Kirli U, Özdemir PG. Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı. *Turk Psikiyat Derg*. 2021;32(4):225-234.
65. Akova İ, Kiliç E, Özdemir ME. Prevalence of Burnout, Depression, Anxiety, Stress, and Hopelessness Among Healthcare Workers in COVID-19 Pandemic in Turkey. *Inq (United States)*. 2022;59:1-11.
66. Yılmaz Karaman İG, Yastıbaş C. Covid-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon , Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi Nasıldır? *Van Tıp Derg*. 2021;28(2):249-257.
67. Luo M, Guo L, Yu M, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;291:113190.
68. Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100443.

69. <https://www.verywellmind.com/stress-and-health-3145086#citation-11>
Erişim tarihi: 06.08.2022
70. Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore Med J.* 2018;59(4):170-171.
71. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. The validity and reliability of depression stress and anxiety scale (Dass-21) Turkish short form. *J Financ Econ Soc Res.* 2017;2(2):78-91.
72. Güçlü N. *Stres Yönetimi.* 2001;1:91-109.
73. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, et al. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res.* 2020;290:1-5.
74. Polat Ö, Coşkun F. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Med J West Black Sea.* 2020;4(2):51-58.
75. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun.* 2020;88::559-565.
76. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019(COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit.* 2020;26:1-8.
77. Cai H, Tu B, Ma J, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID) in Hubei, China. *Med Sci Monit.* 2020;26:1-16.
78. <https://www.psychiatry.org/patients-families/sleep-disorders/what-are-sleep-disorders> Erişim tarihi: 05.10.2022
79. Herrero San Martin A, Parra Serrano J, Diaz Cambriles T, et al. Sleep characteristics in health workers exposed to the COVID-19 pandemic.

- Sleep Med. 2020;75:388-394.
80. Zhang C, Yang L, Liu S, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:1-9.
 81. Ataç Ö, Sezerol MA, Taşçı Y, ve ark. Anxiety and Insomnia Among Healthcare Workers During the Covid-19 Pandemic. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2020;18:47-57.
 82. Egeli A, Kapıcı Y, Güç B, ve ark. COVID-19 pandemi sürecinin sağlık çalışanları üzerindeki psikiyatrik yükü. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg*. 2021;3:180-189.
 83. <https://mersinism.saglik.gov.tr/TR,8304/saglik-kurumlari.html> Erişim tarihi:06.08.2022.
 84. <https://hastane.mersin.edu.tr/hastane/kurumsal/hakkimizda> Erişim tarihi: 06.08.2022.
 85. Malach-Pines A. The burnout measure, short version. *Int J Stress Manag*. 2005;12:78-88.
 86. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu ile Eş Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu'nun Türkçe uyarlaması ve psikoanalitik-varoluşçu bakış açısından mesleki ve eş tükenmişlik ilişkisi. *Kuram ve Uygulamada Egit Bilim*. 2013;13:1408-1417.
 87. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *BehaP Res Ther*. 1995;33:335-343.
 88. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:227-239.
 89. Yıldırım A, Boysan M, Kefeli MC. Psychometric properties of the Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). *Br J Guid Couns*. 2018;46:582-595.

90. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2:297-307.
91. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, et al. Psychometric properties of the insomnia severity index in Turkish sample. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2010;11:248-252.
92. <https://www.csgeb.gov.tr/asgari-ucret/> Erişim tarihi: 05.10.2022
93. Yapıcı G, Altınören Evgin İ, Ertong Attar G, ve ark. Bir üniversite hastanesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının sosyal ilişkilerindeki dönüşümlerin değerlendirilmesi. *IBAD Sos Bilim Derg.* 2022;13:30-50.
94. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30:533-543.
95. Hoşgör Gündüz D, Çatak Tanyel T, Cin S, ve ark. Covid-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: istanbul ili örneği. *Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Derg.* 2021;8:372-386.
96. Taşdelen R, Ayık B, Kaya H, ve ark. Türk sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisine psikolojik tepkileri: Damgalanmanın etkisi. *Arch Neuropsychiatry.* 2022;59:133-138.
97. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Tosun N, et al. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression , anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. *Leg Med.* 2021;48:1-33.
98. Ferry A V, Wereski R, Strachan FE, et al. Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. 2021;114:374-380.
99. Chatterjee SS, Bhattacharyya R, Bhattacharyya S, et al. Attitude, practice, behavior, and mental health impact of COVID-19 on doctors. *Indian J Psychiatry.* 2020;62:257-265.
100. Sertöz ÖÖ, Tunçel ÖK, Sertöz N, ve ark. Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik :

- Psikolojik destek ihtiyacının değerlendirilmesi. Türk Psikiyatr Derg. 2021;32:75-86.
101. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F. Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. JAMA Netw Open. 2022;2019:2020-2023.
 102. Atilla EA, Karakaya A. Covid-19 Pandemi döneminin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerine etkisi. İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2021;23:653-680.
 103. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, et al. Levels of burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors : a sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of. BMJ Open. Published online 2021:1-12.
 104. Torrente M, Sousa PAC, Sánchez- A, et al. To burnout or not to burnout : a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. Published online 2021:1-12.
 105. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C. Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. Sustainability. 2020;12:1-13.
 106. Şahin MK, Aker S, Şahin G, et al. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. J Community Health. 2020;45:1168-1177.
 107. Tian T, Meng F, Pan W, et al. Mental health burden of frontline health professionals treating imported patients with COVID-19 in China during the pandemic. Psychol Med. 2021;51:1955-1956.
 108. Elkholy H, Tawfik F, Ibrahim I, et al. Mental health of frontline healthcare workers exposed to COVID-19 in Egypt: A call for action. Int J Soc Psychiatry. 2021;67:522-531.
 109. Al Ammari M, Sultana K, Thomas A, et al. Mental Health Outcomes Amongst Health Care Workers During COVID 19 Pandemic in Saudi Arabia. Front Psychiatry. 2021;11:1-11.
 110. Söğütlü Y, Söğütlü L, Göktaş SŞ. Relationship of COVID-19 pandemic

with anxiety , anger , sleep and emotion regulation in healthcare professionals. 2021;11:41-49.

111. Yildirim TT, Yildirim K, Asafov A, et al. Türkiye'deki sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını döneminde uykusuzluk düzeyinin değerlendirilmesi. 2020;34:235-240.
112. Denning M, Goh ET, Tan B, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. PLoS One. 2021;16:1-18.
113. Duarte I, Teixeira A, Castro L, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health. 2020;20:1-10.
114. Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, et al Burnout Status of Italian healthcare workers during the first COVID-19 pandemic peak period. Healthc. 2021;9:1-13.
115. Çelmeçe N, Menekay M. The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. Front Psychol. 2020;11:1-7.
116. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. Front Psychol. 2020;11:1-11.
117. Hwang H, Hur WM, Shin Y. Emotional exhaustion among the South Korean workforce before and after COVID-19. Psychol Psychother Theory, Res Pract. 2021;94:371-381.
118. Ersoy S, Özkahraman Ş, İsmail K, ve ark. Covid-19 ' lu hastalara tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesi. Turkish Stud. 2020;15:1037-1049.
119. Cebeci SP, Durmaz H. Coronavirüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2021;10:46-56.

120. Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1-14.
121. Khodoruth MAS, Al-Nuaimi SK, Al-Salihy Z, et al. Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19. *BJPsych Open*. 2021;7:1-6.
122. Holton S, Wynter K, Trueman M, et al. Psychological well-being of Australian hospital clinical staff during the COVID-19 pandemic. *Aust Heal Rev*. 2021;45:297-305.
123. Arafa A, Mohammed Z, Mahmoud O. Depressed, anxious, and stressed: What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? *J Affect Disord*. 2021;278:365-371.
124. Alnazly E, Khraisat OM, Al-bashaireh AM, et al. Support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One*. 2021;16:e0247679.
125. Lenzo V, Quattropani MC, Sardella A, Martino G, Bonanno GA. Depression, anxiety, and stress among healthcare workers during the COVID-19 outbreak and relationships with expressive flexibility and context sensitivity. *Front Psychol*. 2021;12:1-9.
126. Öztürk M, Ertem Tuncer G, Kotanoğlu MS, et al. Sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Ankara Eğt Arş Hast Derg*. 2021;54:70-77.
127. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e98.
128. Mo Y, Deng L, Zhang L, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020;28:1002-1009.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome, Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
ARDS	Akut respiratuar distres sendromu
BT	Bilgisayarlı tomografi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
COVID-19	Coronavirus disease, Koronavirüs hastalığı
DASÖ-21	Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
FDA	U.S. Food and Drug Administration, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
HIV	Human Immunodeficiency Virus, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
ICD-11	International Classification of Diseases, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MERS	Middle East Respiratory Syndrome, Orta Doğu Solunum Sendromu
NAAT	Nükleik asid amplifikasyon testleri
RNA	Ribonükleik asit
rRT-PCR	Reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome, Şiddetli Akut Solunum Sendromu
TÖ-KF	Tükenmişlik Ölçeği- Kısa Formu
UŞİ	Uykusuzluk Şiddeti İndeksi
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu

ŞEKİLLER ve RESİMLER DİZİNİ

Şekiller	Sayfa No
Şekil 1. Koronavirüs yapısı	6
Şekil 2. Patojenik insan koronavirüslerinin kökeni ve taşınması	7
Şekil 3. 21. Yüzyılda görülen önemli salgın hastalıklar	8



TABLolar DİZİNİ

Tablolar	Sayfa no
Tablo1. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri	41
Tablo 2. Sağlık çalışanlarının bazı çalışma yaşamı özellikleri	43
Tablo 3. Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumları ve sosyal etkilenimleri	45
Tablo 4. COVID-19 pandemisi sürecinde çalışmaya katılan sağlık çalışanlarını en çok endişelendiren ve psikolojik olarak zorlayan konular	47
Tablo 5. COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının psikolojisini olumlu yönde etkileyen en önemli destek kaynakları	48
Tablo 6. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması	50
Tablo 7. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının yaş, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresine göre karşılaştırılması	51
Tablo 8. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması	52
Tablo 9. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının COVID-19 öncesi ve sonrası çalışma saatlerine göre karşılaştırılması	53
Tablo 10. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenmelerine göre karşılaştırılması	54
Tablo 11. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlandıklarını düşündükleri konulara göre karşılaştırılması	56
Tablo 12. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının destek kaynaklarına göre karşılaştırılması	58
Tablo 13. Sağlık çalışanlarının uykusuzluk durumlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeyleriyle karşılaştırılması	59
Tablo 14. Lojistik regresyon analizine göre uykusuzluğu etkileyen faktörler	59
Tablo 15. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması	61

Tablo 16. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının yaş, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresine göre karşılaştırılması	62
Tablo 17. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerine göre karşılaştırılması	63
Tablo 18. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının COVID-19 öncesi ve sonrası çalışma saatlerine göre karşılaştırılması	64
Tablo 19. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenimleri ile karşılaştırılması	65
Tablo 20. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlayan konulara göre karşılaştırılması	67
Tablo 21. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının destek kaynakları ile karşılaştırılması	68
Tablo 22. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeyleriyle karşılaştırılması	69
Tablo 23. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumunu etkileyen faktörler	70
Tablo 24. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması	73
Tablo 25. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, stres durumlarının çalışma yaşamıyla ilgili özellikler ile karşılaştırılması	75
Tablo 26. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının COVID-19 hastalarıyla temas, tanı alma durumu ve sosyal etkilenimleri ile karşılaştırılması	78
Tablo 27. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının, COVID-19 pandemisi sürecinde onları en çok endişelendiren ve psikolojik açıdan zorlayan konular ile karşılaştırılması	82
Tablo 28. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres durumlarının destek kaynakları ile karşılaştırılması	85
Tablo 29. Sağlık çalışanlarının depresyon durumunu etkileyen faktörler	87

Tablo 30. Sağlık alışanlarının anksiyete durumunu etkileyen faktörler	88
Tablo 31. Sağlık alışanlarının stres durumunu etkileyen faktörler	89
Tablo 32. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki korelasyonun incelenmesi	89



EKLER

Ek-1: T.C. Sağlık Bakanlığı İzni

The image shows a screenshot of a Gmail inbox. The email is titled "Bilimsel Araştırma Başvurusu" and is from "Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>". The sender is listed as "Alıcı: ben". The email content is in Turkish and discusses a scientific research application. It mentions the applicant's name as "GÜLÇİN YAPICI-2020-09-11T12_32_36" and provides a link to the application form: <https://bilimselarastirma.sag>. The email is signed by the Ministry of Health of Turkey, specifically the General Directorate of Health Services. It includes a disclaimer and a warning about the confidentiality of the information.

Bilimsel Araştırma Başvurusu Gelen Kutusu x

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>
Alıcı: ben

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığır gerekmektedir.
Açıklama :
Form Adı : GÜLÇİN YAPICI-2020-09-11T12_32_36
Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.sag> İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilir

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda yorum yapamaz.
Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. If you have received this e-mail in error, please notify the sender immediately. The Ministry of Health of Turkey makes no warranty for the content of this e-mail. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not be those of the Ministry of Health of Turkey.
This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok
Yeni bir tane başlatın

Yanıtla Yönlendir

Mersin Üniversitesi Posta için masaüstü bildirimlerini etkinleştirin.
Tamam Hayır, teşekkürler

Ek-2: Mersin Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Mersin Üniversitesi - YAZI İŞLERİ
BİRİMİ
Tarih: 22/09/2020
Sayı: 41993462-774.01.01-
E.00001473338



0001473338

Sayı : 41993462-774.01.01
Konu : İzin Talebi

DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi : 18/09/2020 tarihli ve E.1469962 sayılı yazımız.

İlgi yazımızda belirtilen fakültenizin de görevli Arş. Dr. Elif Tuğçe SOLMAZ'ın , Prof.Dr. Gülçin YAPICI danışmanlığında yürüteceği "Bir Üniversitesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Tükenmişlik, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Uykusuzluk Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi " adlı çalışmamız ile ilgili hastanemizde veri toplama talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/ rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim



Adres: Mersin Üniversitesi Hastanesi KEP
Adresi:mersinuniv.hast@hs01.kep.tr
E-posta:
Telefon: +90 (0324) 241 00 00 / 21065

Ayrıntılı bilgi için: EVRİM ÇELİK ARSLAN
Fax: +90 (0324) 241 00 98
Elektronik ağ:www.mersin.edu.tr



1/1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden f2c3bc02-553c-42e0-855d-aea2ce70fc1a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.


Ek-3. Etik Kurul İzni

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
30/09/2020	20	682

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülçin YAPICI'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Tükenmişlik, Depresyon, Anksiyete ve Uykusuzluk Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 25/09/2020 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığına** yayımlanan "**COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Klinik Araştırmalarda Alınacak Tedbirler**" kapsamında gönüllüler ve araştırmacıların güvenliği açısından alınması gereken önlemler (sürekli olarak bir risk değerlendirmesi yapılması, COVID-19 kaynaklı öncelikler ve aciliyetin göz önünde bulundurulması, araştırma merkezinin yükünün azaltılması, sosyal izolasyon kurallarına uyulmasının sağlanması, araştırma ekibinin iş yükünün azaltılması vb.) doğrultusunda ve araştırmanın yapılabilmesi için izin alınması durumunda gereken izin yazısının başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN Başkan	İmza Prof. Dr. Selma ÜNAL Başkan Yardımcısı	İmza Prof. Dr. F. Özlem KANDEMİR Üye
İmza Prof. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ Üye	İmza Prof. Dr. Murat BOZLU Üye	İmza Prof. Dr. M. Sami SERİN Üye
İmza Prof. Dr. İsmail ÜN Üye	(Katılmadı) Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE Üye	İmza Doç. Dr. Ataman KÖSE Üye
İmza Doç. Dr. Gülhan TEMEL Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi M. Türkan IŞIK Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AZİZOĞLU Üye
İmza Dr. Öğr. Üyesi Özge KURMUŞ Üye	(Katılmadı) H. Betül LEVENT ERDAL Üye	(Katılmadı) Lale DAĞLI Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden 841ec33e-d09c-43ef-a83a-bead6c3fd039 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Veri Formu

“BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDEKİ TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE UYKUSUZLUK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ” ÇALIŞMASI VERİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu veri formu "Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Tükenmişlik, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Uykusuzluk Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" adlı araştırma kapsamında hastanemizde çalışan sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisi sürecindeki psikososyal etkilenimleri hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar sağlık çalışanlarının süreçten ne düzeyde etkilendiğinin ve bunu etkileyen faktörlerin tespit edilmesine ve çözüm önerileri geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Çalışmada kimlik bilgileriniz kullanılmayacak, kişisel verileriniz korunacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıda yer alan soruları yanıtlayınız. Veri formunda bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, veri formunda bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz: Bekar Evli Diğer ise lütfen belirtiniz:
.....
4. Çocuğunuz var mı?
 Evet (Kaç çocuk.....) Hayır
5. Evde kimlerle yaşıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 Eş Çocuk Anne/Baba Kardeş Arkadaş
Diğer.....
6. Eğitim durumunuz (Tamamladığınız eğitim durumunu işaretleyiniz):
 Okuryazar İlk-Ortaokul Lise Ön lisans/lisans
 Yüksek lisans/Doktora/Uzmanlık
7. Mesleğiniz:.....
8. Mesleğinizde kaçınıcı yılınız?
9. Çalıştığınız birimi belirtiniz. (Çalıştığınız birim COVID-19 ile ilgiliyse belirtiniz: Çocuk cerrahi COVID-19 servisi.. gibi)
COCOVID-19 öncesi çalıştığınız birim:.....
COVID-19 sonrası çalıştığınız birim(ler):
10. Hanenize giren aylık toplam gelir: (Asgari ücret bugün için: 2.325 TL'dir)
 2.325 ve altında 2.326 – 4.650 4.651 – 6.975
 6.976 – 9.300 9.301 – 11.625 11.626 – 13.950
 13.951 – 16.275 16.276 ve üzeri
11. Kronik hastalığınız var mı?
 Evet ise belirtiniz:.....
 Hayır

- 12.** COVID-19 Pandemi sürecinde aşağıdakilerden size uygun olanları işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Covid 19 tanısı aldım
- Covid 19 riskli temas nedeniyle takip edildim
- Birlikte çalıştığım sağlık çalışanı Covid 19 tanısı aldı
- Covid 19 tanısı konmuş hastalarla temas ettim
- Şüpheli Covid 19 hastalarıyla temas ettim
- Pandemi öncesi çalıştığım hasta grubuyla temas ettim (Covid 19 ilişkili bir birimde çalışmadım)
- Ailemde Covid 19 tanısı konmuş kişi oldu
- 13.** Covid-19 öncesi çalışma şekliniz
- Gündüz mesaisi Vardiya Gündüz mesaisi ve nöbet
- 14.** Covid-19 sürecinde çalışma şekliniz
- Gündüz mesaisi Vardiya Gündüz mesaisi ve nöbet
- 15.** Covid-19 öncesi ve sonrası haftalık ortalama çalışma süreniz (saat cinsinden)
- a.Covid Öncesi:..... b.Covid Sonrası:.....
- 16.** Covid-19 ile ilgili bir bölümde (Covid poliklinik, servis, yoğun bakım) aralıksız çalışma süreniz:
- 8 saat 12 saat 16 saat 24 saat
- 17.** Covid-19 nedeniyle yaşadığınız yeri değiştirdiniz mi?
- Evet Hayır
- 18.** Yaşadığınız yeri değiştirirken kalacak yer bulmakta zorluk yaşadınız mı? (Önceki soruya "Hayır" dediyse bu soruyu boş bırakınız)
- Evet Hayır
- 19.** Yaşadığınız yerde sağlık çalışanı olduğunuz için ayrımcılığa maruz kaldınız mı?
- Evet Hayır
- 20.** Covid-19, riskli temas ve korunma ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?
- Evet Hayır
- 21.** Kendinizi Covid-19 sürecinde yaptığınız iş, çalıştığınız birim ile ilgili mesleki olarak yeterli görüyor musunuz?
- Evet Hayır
- 22.** Pandemi sürecinde kişisel koruyucu ekipmanlarınızın yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
- Evet Hayır
- 23.** Pandemi sürecinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?
- Evet Hayır
- 24.** Covid-19 sürecinde hiç istifa etmeyi düşündünüz mü?
- Evet Hayır

- 25.** Covid-19 sürecinde sizi en fazla endişelendiren seçeneği işaretleyiniz.
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
 Covid-19 ile enfekte olmak
 Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmek
 Birlikte yaşadığı kişilere, yakınlarına Covid-19 taşımak
Diğer (belirtiniz).....
- 26.** Covid-19 sürecinde sizi psikolojik açıdan en çok zorlayan seçenekleri işaretleyiniz
 İş yerinde kaldırabileceğimden fazla yük almış olmak (İş yükü)
 İş yerinde planlama ve altyapı yetersizlikleri
 İş yerinde kendimi güvende hissetmeden çalışmak
 Ailemden/ arkadaşlarımdan uzak kalmak
 Etrafımda destek alacağım kimsenin olmaması
 Belirsizlik (Covid süreci, çalışma ve yaşam koşulları ile ilgili)
 Umutsuzluk
Diğer (belirtiniz).....
- 27.** Şu anda psikolojinize olumlu yönde etkileyen, en önemli destek kaynağınız nedir?
 Evdeki sosyal destek (aile, arkadaşlar)
 Kendinize ayırabildiğiniz boş zaman (hobi, doğa vb.)
 İş yerindeki sosyal destek (çalışma arkadaşları, ekip çalışması, mesleki doyum)
 İnanç
Diğer (belirtiniz).....
- 28.** Aşağıdaki hastalıklardan biri nedeniyle şu anda tedavi görüyor musunuz?
 Major depresyon
 Yaygın anksiyete bozukluğu
 Travma sonrası stres bozukluğu
 Uyku bozuklukları
 Hayır
- 29.** Tedavi görmeye ne zaman başladınız? (Yukarıdaki soruya “Hayır” dediyseniz bu soruyu boş bırakınız).....

Ek-5: Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu

TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (TÖ-KF)

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. **İş ortamınız ve mesleğinizle** ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

ÖRNEK: 5 1- Yorgun

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir Zaman	Sadece Bir Defa	Nadiren	Bazen	Sıksık	Çoğunlukla	Her Zaman

- 1- Yorgun
 2- İnsanlar İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış
 3- Umutsuz
 4- Kapana Kısılmış
 5- Çaresiz
 6- Çökmüş
 7- Zayıf
 8- Güvensiz
 9- Uyuma Güçlüğü
 10- Yeter Artık Dayanamıyorum

PUAN HESAPLAMA:

Puanınızı hesaplamak için 10 maddeye verdiğiniz puanları toplayıp 10 rakamına bölünüz. Çıkan sonuç sizin tükenmişlik puanınızdır.

YORUMLANMASI

Ölçek maddelerinin “1 Hiçbir zaman” ve “7 Her zaman” biçiminde puanlanması sonucu TÖ-KF’den tek bir toplam puan elde edilmekte ve her bir kişinin tükenmişlik düzeyi aşağıdaki biçimde yorumlanmaktadır.

- 1) Ölçekten alınan “2.4 ve altındaki” puanlar tükenmişlik derecesinin çok düşük olduğu biçiminde yorumlanmaktadır.
- 2) Ölçekten alınan “2.5 ile 3.4” arasındaki puanlar tükenmişlik için tehlike sinyallerinin olduğu biçiminde yorumlanmaktadır.
- 3) Ölçekten alınan “3.5 ile 4.4” arasındaki puanlar tükenmişlik durumu içinde bulunulduğu biçiminde yorumlanmaktadır.
- 4) Ölçekten alınan “4.5 ile 5.4” arasındaki puanlar çok ciddi bir tükenmişlik problemi yaşandığı biçiminde yorumlanmaktadır.
- 5) Ölçekten alınan “5.5 ve üzerindeki” puanlar en kısa zamanda profesyonel yardım alınması gerektiği biçiminde yorumlanmaktadır.

Ek-6: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0	1	2	3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

Alt Ölçek Puanlarının Hesaplanması

DASS - Depresyon = DASS3 + DASS5 + DASS10 + DASS13 + DASS16 + DASS17 + DASS21

DASS - Anksiyete = DASS2 + DASS4 + DASS7 + DASS9 + DASS15 + DASS19 + DASS20

DASS - Stres = DASS1 + DASS6 + DASS8 + DASS11 + DASS12 + DASS14 + DASS18



Ek-7: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (UŞİ)

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (ISI)

1. Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

	<u>Hiç</u>	<u>Hafif</u>	<u>Orta</u>	<u>Şiddetli</u>	<u>Çok şiddetli</u>
a) Uykuya dalmakta güçlük:	0	1	2	3	4
b) Uykuyu sürdürmekte güçlük:	0	1	2	3	4
c) Çok erken uyanma problemi:	0	1	2	3	4

2. Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/memnuniyetsizsiniz?

<u>Çok Memnun</u>	<u>Memnun</u>	<u>Nötr</u>	<u>Memnun Değil</u>	<u>Hiç Memnun Değil</u>
0	1	2	3	4

3. Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

<u>Kesinlikle Engelleme Değil</u>	<u>Biraz Engelleme</u>	<u>Oldukça Engelleme</u>	<u>Çok Engelleme</u>	<u>Çok Fazla Engelleme</u>
0	1	2	3	4

4. Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

<u>Kesinlikle Fark Edilemez</u>	<u>Biraz Fark Edilebilir</u>	<u>Oldukça Fark Edilebilir</u>	<u>Çok Fark Edilebilir</u>	<u>Çok Fazla Fark Edilebilir</u>
0	1	2	3	4

5. Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

<u>Kesinlikle Endişelendiriyor</u>	<u>Biraz Endişelendiriyor</u>	<u>Oldukça Endişelendiriyor</u>	<u>Çok Endişelendiriyor</u>	<u>Çok Fazla Endişelendiriyor</u>
0	1	2	3	4

Puanlama/Yorumlama Yönergesi:

Yedi maddenin puanlarını toplayınız (1a+1b+1c+ 2+3+4+5) = _____

Toplam puan 0-28 arasında değişmektedir.

- 0-7 = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk
- 8-14 = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği
- 15-21 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)
- 22-28 = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

