

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 SALGININDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
YAŞADIKLARI KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
MESLEKİ BENLİK SAYGILARINA VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Begüm İPEKÇİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Özgür ÖZTÜRK

İSTANBUL, Mart 2021

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 SALGININDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
YAŞADIKLARI KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
MESLEKİ BENLİK SAYGILARINA VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Begüm İPEKÇİ

182005112

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Özgür ÖZTÜRK

İSTANBUL, Mart 2021

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 SALGININDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
YAŞADIKLARI KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
MESLEKİ BENLİK SAYGILARINA VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ
Begüm İPEKÇİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Özgür ÖZTÜRK

Diğer Jüri Üyeleri: Dr. Öğrt. Üyesi İbrahim Fuat AKGÜL

Dr. Öğrt. Üyesi Özlem MESTÇİOĞLU

İSTANBUL, Mart 2021

TEŞEKKÜRLER

Hayatım boyunca olduğu gibi tez çalışma sürecimde de hiçbir şekilde destek ve emeklerini esirgemeyen babam Recep İPEKÇİ'ye ve annem Ayşe İPEKÇİ'ye sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunarım. Her daim yaşadığım iyi ve kötü zamanlarda bana destek olup ayağı kaldırıp daha ileri gitmemi sağladığınız için şükran borçluyum.

Lisans eğitimimden ilk iş deneyimime kadar okumak ve çalışmaktan büyük keyif aldığım ve onur duyduğum ikinci ailem olan Okan Üniversitesi'ne, tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. İbrahim Alinur Büyükaksoy, Prof. Dr. Mustafa Erdinç Telatar ve Öğrenci Dekanı Enver Keskin'e teşekkür ve şükranlarımı sunuyorum.

Ve tez çalışmam süresince araştırmalarım için yardımda bulunan her türlü destek, moral ve motivasyonumu sağlayan sevgili arkadaşım Opr. Dr. Zafer KAYA'ya teşekkür eder şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
SUMMARY	vii
SEMBOLLER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. SAĞLIK ÇALIŞANLARI	2
2.2. SALGINLAR	2
2.2.1 DOĞAL AFETLER SONRASI SALGINLAR.....	2
2.2.1.2. Ölü Cisimler ve Hastalık	2
2.2.1.3. Yerinden Olma: Birincil Endişe	3
2.2.1.4 Bulaşıcı Hastalık Risk Faktörleri Önlem Unsurları ve Yöntemi	4
2.2.1.5 Doğal Afetlerle İlişkili Bulaşıcı Hastalıklar	4
2.2.1.5.1. Suyu Bağlı Bulaşıcı Hastalıklar	4
2.2.1.5.2. Kalabalıktan Kaynaklanan Hastalıklar.....	6
2.2.1.5.3. Vektör kaynaklı hastalıklar	7
2.2.1.5.4. Doğal Afetlerle İlişkili Diğer Hastalıklar.....	8
2.2.1.5.5. Felaketle İlgili Hizmet Kesintisi	8
2.2.1.6. Üç Veba Pandemisi Genel Bakış.....	9
2.2.1.6.1. Veba ve Halk Sağlığı	11
2.2.1.6.2. Vebanın Etkisi	11

2.2.2. YİRMİ BİRİNCİ YÜZYIL SALGINLARI: SARS VE EBOLA.....	13
2.2.2.1. Ebola.....	13
2.2.2.2. SARS ve Koronavirüs	17
2.2.3. RUH SAĞLIĞI ve COVID-19 SALGINI.....	20
2.2.3.1. 2019 Yılında Koronavirüs Hastalarında Görülen Şiddetli Sonuçlar (COVID-19).....	24
2.3. KORKU	27
2.4. KAYGI.....	29
2.4.1. Kaygı Çeşitleri.....	34
2.4.1.1. Durumluk Kaygı	35
2.4.1.2. Sürekli Kaygı	35
2.4.1.3. Yüzer-Gezer ve Gizli Kaygı	36
2.4.1.4. Olumlu ve Olumsuz Kaygılar	37
2.4.2. Kaygının Nedenleri	37
2.4.3. Kaygının Belirtileri.....	39
2.2.4. Kaygı ve Sağlık	40
2.4.5. Kaygı ve Covid-19	43
2.4.5.1. Pandemide Psikolojik Tepkiler.....	44
2.4.5.2. Pandemide Psikososyal Etmenlerin Ruh Sağlığına Etkisi.....	46
2.4.5.3. Pandemide Halkın Doğru Bilgilendirilmesi ve Ruh Sağlığı	47
2.5. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI	48
2.5.1. Tükenmişlik ile İlgili Kavramlar	50
2.5.1.1. Tükenmişlik ve Stres	50
2.5.1.2. Covid-19 ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı.....	60
2.6. MESLEKİ BENLİK SAYGISI	61
2.6.1. Benlik	62
2.6.2. Benlik Saygısı.....	64
2.6.3. Mesleki Benlik	65
2.6.4. Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Arasındaki İlişki	66
3. YÖNTEM	68
3.1. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ	69
3.2. NORMALLİK ANALİZİ	69

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	70
4. BULGULAR.....	73
4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK BİLGİLERİ AÇISINDAN DAĞILIMLARI.....	73
4.2. KORONAVİRÜS ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	79
4.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR	84
4.4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	89
4.5. MESLEKİ BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	93
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	101
5.1. ARAŞTIRMANIN DEMOGRAFİK BİLGİLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR	102
5.2. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS ANKSİYETE ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR.....	103
5.3. KATILIMCILARIN BECK ANKSİYETE ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR.....	104
5.4. KATILIMCILARIN MASLACH TÜKENMİŞLİK ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR.....	106
5.5. KATILIMCILARIN MESLEKİ BENLİK SAYGI ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR.....	108
KAYNAKÇA.....	109

ÖZET

COVID-19 SALGININDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIKLARI KORKU VE KAYGI DÜZEYLERİNİN MESLEKİ BENLİK SAYGILARINA VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının ve farklı meslekler yapan bireylerin klinik uygulama sırasında yaşadıkları kaygı düzeyleri ve kaygı yaşamasına neden olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Kaygı, bireylerde alışılmışın dışında bir hassasiyet duygusu, vücudun bazı bölgelerinde kan basıncı ve duygusal bütünlüklerinde birtakım bozukluklar gibi tepkimelere sebebiyet verdiği gözlemlenmiştir. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Cinsiyet ile tükenme ilişki pek çok araştırmacı tarafından ele alınmış olup genel olarak tükenmişliğin, kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu tez, Covid-19 salgınında sağlık çalışanlarının yaşadıkları korku ve kaygının düzeylerinin mesleki benlik saygılarına ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesini amaçlamıştır.

Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanların 498'i kadın, 444'ü erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların 614'ü evli, 328'i bekar bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların 490'ının çocuğu var, 452'sinin ise çocuğu yoktur. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 828'inin aile tipi çekirdek, 94'ünün geniş, 20'sinin ise ailesi parçalanmıştır. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri 23'ünün lise mezunu, 20'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, 79'unun ön lisans mezunu, 439'unun lisans mezunu, 113'ünün yüksek lisans mezunu, 247'sinin tıp fakültesi mezunu, 21'inin ise diğerdir. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının 84'ü nöbet tutmakta, 258'i ise nöbet tutmamaktadır. Katılımcıların 82'si acil serviste, 57'si ameliyathanede, 121'i Covid-19 biriminde, 78'i yoğun bakım ünitesinde, 604'ü ise diğer birimlerde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının 551'i kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmekte, 111'i kaygı ve korku düzeyinin yüksek olmadığını düşünmekte, 280'i ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler. Sağlık çalışanlarının 623'ünün ailelerindeki bireylerin kaygı ve korku düzeylerin yüksek olduğunu düşünmekte, 101'inin ailelerindeki bireylerin kaygı

ve korku düzeylerinin yüksek olmadığını düşünmekte, 218'i ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, sağlık, kaygı, mesleki deformasyon, stres, tükenmişlik.

Tarih:



SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE FEAR AND ANXIETY LEVELS EXPERIENCED BY HEALTHCARE EMPLOYEES IN THE COVID- 19 OUTBREAK ON THE PROFESSIONAL SELF-RESPECT AND BURNOUT LEVELS

This descriptive study was conducted to determine the levels of anxiety experienced by healthcare professionals and individuals with different professions during clinical practice and the factors that cause anxiety. It has been observed that anxiety causes reactions such as an unusual sense of sensitivity in individuals, blood pressure in some parts of the body, and some disorders in emotional integrity. There was no significant relationship between the gender of healthcare professionals and their burnout levels. The relationship between gender and burnout has been studied by many researchers and it has been concluded that burnout is generally higher in women than in men. This thesis aimed to examine the levels of fear and anxiety experienced by healthcare workers in the Covid-19 epidemic, their professional self-esteem and levels of burnout.

498 of the healthcare professionals included in the study are female and 444 are male participants. 614 of the participants are married and 328 are single individuals. 490 of the participants have children, 452 of them have no children. 828 of the healthcare professionals participating in the study are family-type nuclear, 94 are broad, and 20 have family members. The education level of healthcare workers is 23 high school graduates, 20 health vocational high school graduates, 79 associate degree graduates, 439 undergraduate graduates, 113 graduate graduates, 247 medical faculty graduates, and 21 others. . 84 of the healthcare professionals included in the study are on duty and 258 do not. 82 of the participants work in the emergency room, 57 in the operating room, 121 in the Covid-19 unit, 78 in the intensive care unit, and 604 in other units. 551 of the healthcare professionals think that their anxiety and fear levels are high, 111 of them think that the level of anxiety and fear is not high, and 280 of them think that it is partially high. 623 of the healthcare professionals think that individuals in their families have high levels of anxiety and fear, 101 of them think that the anxiety and fear levels of individuals in their families are not high, and 218 of them think that it is partially high.

Key Words: Covid-19, health, occupational deformation, Anxiety, Stress, Fatigue.

Date:



SEMBOLLER ve KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenocorticotropic Hormone
AİDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome'un (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
ARI	: Acute respiratory infection
BM	: Birleşmiş Milletler
CDC	: Centers For Disease Control and Prevention
CFR	: cost and freight
CIA	: Central Intelligence Agency
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAS	: Genel Adaptasyon Sendromu
GOARN	: Global Outbreak Alert and Response Network
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
IOM	: International Organization for Migration
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PMI	: Project Management Institute
RAND	: Research AND Development
TDK	: Türk Dil Kurumu
UST	: Uluslararası Sağlık Tüzüğü
Vb.	: Ve benzeri

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 3.1. Güvenilirlik Testi.....	69
Tablo 3.2. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	70
Tablo 4.1. Katılımcıların Hastaneler Açısından Dağılımlar	73
Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Dağılımları	73
Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Dağılımları	73
Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuk Durumları Açısından Dağılımları.....	74
Tablo 4.5. Katılımcıların Aile Tipleri Açısından Dağılımları	74
Tablo 4.6. Katılımcıların Eğitim Durumları Açısından Dağılımları	74
Tablo 4.7. Katılımcıların Nöbet Durumları Açısından Dağılımları	75
Tablo 4.8. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birim Açısından Dağılımları	75
Tablo 4.9. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri Açısından Dağılımları	76
Tablo 4.10. Katılımcıların Aile Bireylerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri Açısından Dağılımları	76
Tablo 4.11. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	76
Tablo 4.12. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	77
Tablo 4.13. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	77
Tablo 4.14. Katılımcıların Pandemi Sürecinde COVID Tanısı Alması Açısından Dağılımları	77
Tablo 4.15. Katılımcıların Yakınlarının Pandemi Sürecinde COVID Tanısı Alması Açısından Dağılımları	77
Tablo 4.16. Katılımcıların Yakınlarının Pandemi Sürecinde COVID Şüphesi Olması Açısından Dağılımları	78
Tablo 4.17. Katılımcıların Pandemi Sürecinde Sonra Sosyal Medyada Harcadığı Süre Açısından Dağılımları	78
Tablo 4.18. Katılımcıların Koronavirüs Anksiyete Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	79
Tablo 4.19. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	79

Tablo 4.20. Katılımcıların Medeni Durum ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 4.21. Katılımcıların Aile Tipi ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	80
Tablo 4.22. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 4.23. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 4.24. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	81
Tablo 4.25. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	82
Tablo 4.26. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	83
Tablo 4.27. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	83
Tablo 4.28. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	84
Tablo 4.29. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	85
Tablo 4.30. Katılımcıların Medeni Durum ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	85
Tablo 4.31. Katılımcıların Aile Tipi ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ...	85
Tablo 4.32. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	86
Tablo 4.33. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	86
Tablo 4.34. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	87
Tablo 4.35. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	87
Tablo 4.36. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	88

Tablo 4.37. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki	88
Tablo 4.38. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	89
Tablo 4.39. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki	89
Tablo 4.40. Katılımcıların Medeni Durum ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki	90
Tablo 4.41. Katılımcıların Aile Tipi ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki	90
Tablo 4.42. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki	90
Tablo 4.43. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	91
Tablo 4.44. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	91
Tablo 4.45. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	92
Tablo 4.46. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	92
Tablo 4.47. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki	93
Tablo 4.48. Katılımcıların Mesleki Benlik Saygısı Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	93
Tablo 4.49. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki	94
Tablo 4.50. Katılımcıların Medeni Durum ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	94
Tablo 4.51. Katılımcıların Aile Tipi ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki	95
Tablo 4.52. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	95

Tablo 4.53. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	96
Tablo 4.54. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	96
Tablo 4.55. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki	97
Tablo 4.56. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	97
Tablo 4.57. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki	98
Tablo 4.58. Koronavirüs Anksiyete, Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçekleri Arasında Korelasyon Testi	98
Tablo 4.59. Koronavirüs Anksiyete, Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçekleri Arasında Regresyon Testi.....	99

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 2.1. Üç hıyarcıklı veba salgını (Çizim, Bill Nelson) 10



BÖLÜM 1. GİRİŞ

Genel olarak kaygının tanımı; tehdit edici unsurlar altında kalan kişinin hissettiği huzursuzluk ve endişe durumu olarak tanımlanır. Kaygı iki çeşit altında incelenebilir; durumluk kaygı ve sürekli kaygı. Durumluk kaygı; bireyin gündelik yaşantısında ona huzursuzluk veren ve istenmeyen durumlarda tehdit unsuru olarak algıladığı olaylar karşısında kendisini gösteren kaygı çeşitlidir. Sürekli kaygı ise kişiyi tehdit eden, huzursuzluk veren ve istenmeyen bir durumla karşı karşıya kalmadan bireyin içten içe nedensiz bir şekilde hissettiği uzun ve şiddetli bir kaygı tipidir.

Kişiler yaşantıları boyunca birçok çeşitli streslere maruz kalırlar. Bu streslere çalışma hayatlarında da genellikle maruz kalırlar. Bireyler yaşadıkları bu streslere farklı tepkiler gösterebilirler. Kişilerin stres karşısındaki belirtileri; duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, depresif içerikli duygular şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel olarak ise, gerginlik tipi baş ağrıları, alerjik tepkiler, gastrointestinal rahatsızlıklar, alkol ve madde bağımlılığı veya bağışıklık sistemine bağlı rahatsızlıklar ortaya çıkabilir.

Kaygı bireylerin yaşantısında her zaman karşılına çıkabilecek bir etkindir. Birçok meslek dalında ve öğrencilerde farklı kaygılar ortaya çıkabildiği gibi sağlık çalışanlarında da bu tarz kaygılarla karşılaşılabilir. Sağlık çalışanlarının topluma hizmet verecek kişiler olduğu düşünülürse, bu çalışanların kaygı düzeylerinin belirlenmesi önem teşkil eder. Sağlıkla alakalı bölümlerde okuyan öğrencilerin mezun olduktan sonra atılacakları meslek doğrultusunda insan sağlığı ile birebir ilgili olacakları için bu öğrencilerin de bedensel, ruhsal ve akıl sağlıklarının yerinde olması önem teşkil eder. Bu sebepten dolayı bu öğrencilerin de kaygı düzeylerinin araştırılıp ölçülmesi önemlidir.

Yapılan bu çalışma ile sağlık çalışanlarının içinde bulunulan pandemi sürecinde yaşadıkları korkular, kaygılar, tükenmişlik seviyeleri, mesleki benlik saygıları ölçülmeye çalışılmıştır. Sağlık çalışanlarından konuya ilişkin verilerin toplanması için anket çalışması yürütülmüş, katılımcılardan elde edilen veriler ile SPSS 22. 0 (Statistical package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analizler yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının katılımcı olarak belirlendiği bu çalışmada, pandemi sürecinde içinde bulundukları bu koşullar altında özellikle mesleki benlik saygısına ilişkin belirleyici sonuçlar elde edilmiştir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK ÇALIŞANLARI

İnsan hayatının her döneminde sağlık önemli bir yer tuttuğu gibi sağlık çalışanlarının da göz ardı edilemez önemi bulunmaktadır. Bu bağlamda insan hayatının devamlılığında görev alan bu meslek grubundaki insanların yaşam kaliteleri de oldukça önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü insan sağlığı için önemli rol oynayan sağlık çalışanlarını tanımlarken, sağlığı geliştirme hedefi ile çalışan kişiler ifadesini kullanmıştır. Bu ifadeden yola çıkılarak Dünya Sağlık Örgütü “*tabipler, hemşireler, ebeler, laboratuvar teknisyenleri, halk sağlığı ile ilgilenen uzmanlar, toplum sağlığı çalışanları, eczacılar*” gibi meslek grubundaki kişileri her anlamda önleyici, koruyucu, teşvik edici ve tedavi edici hizmetlerinden dolayı sağlık çalışanı olarak ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün insan sağlığının geliştirilmesi yolunda hizmet veren tüm ücretli bakıcıları ve anneleri de sağlık çalışanları arasında değerlendirdiği görülmektedir (Chen vd., 2006).

Yapılan bu çalışmanın amacında içinde bulunulan salgın sürecinin etkisi bulunmaktadır. Buradan yola çıkılarak salgın süreçlerinin nasıl geliştiği, neler olduğu ve dünya üzerinde yaşanılmış olan büyük salgınlar hakkında bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Çalışmada; COVID-19 salgın sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları korkular, kaygılar, tükenmişlik seviyeleri, mesleki benlik saygıları ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda, sürecin anlaşılması doğrultusunda salgınlardan bahsedilmesi uygun görülmüştür.

2.2. SALGINLAR

2.2.1 DOĞAL AFETLER SONRASI SALGINLAR

2.2.1.2. Ölü Cisimler ve Hastalık

Afetten etkilenen bölgede çok sayıda cesedin bulunması, ölü bedenlerin doğal afetlerden sonra salgın hastalıklar için bir risk oluşturduğuna dair kanıt bulunmamasına rağmen (Özer, 1994) salgın hastalık endişelerini artırabilmektedir (De Goyet vd., 2004). Doğrudan doğal afet yüzünden sebep olunan ölümün, insan kalıntılarındaki salgın riski oluşturmamaktadır. (World Health Organization, 2004). Ölü bedenler, yalnızca koleradan

ölümler (Sack ve Siddique, 1998) veya hemorajik ateşler (Boumandouki vd., 2005) gibi belirli önlemler gerektiren birkaç durumda sağlık riski oluşturduğu bilinmektedir. Salgın hastalıklarda ölü bedenlerin nasıl yönetilmesine ilişkin ilkeler aşağıda gösterilmiştir;

Salgın hastalıkta ölü bedenlerin yönetimi için ilkeler

Salgın hastalıklarda gerçekleşen ölü bedenlerin, toplu yönetiminde genellikle hemen gömülmedikleri veya yakılmadıkları takdirde salgının bir tehlikeyi tetikleyeceğine dair yanlış inançlar bulunmaktadır. Salgında alınması gereken önlemler olarak aşağıdakilerin yapılması önemle salık verilmektedir;

- Toplu zayıat durumlarında cenazenin yakılması tercih sebebidir.
- Cesetleri belirlemek için her türlü çaba gösterilmeli, mümkünse toplu gömülmeden kaçınılmalıdır.
- Aileler, kültürel olarak uygun cenaze törenleri ve sosyal geleneklere göre cenaze törenleri düzenleme fırsatına (ve malzemelere erişimi vb.) sahip olmalıdır.
- Mezarlıklar veya krematoryumlar gibi mevcut tesislerin yetersiz olduğu yerlerde, alternatif yerler veya tesisler sağlanmalıdır.
- Kan ve vücut sıvıları için evrensel önlemler alınmalıdır
- Eldivenler kullanıldıktan sonra hemen imha edilmelidir
- Eldivenler doğru şekilde imha edilmelidir
- Görevli kişilerin, ölümlerin vücutlarına temas sonrası ve yemekten önce ellerin mutlaka sabunla yıkanması gerekir
- Araçların ve ekipmanın dezenfeksiyonu önemlidir
- Ölü vücutların gömülmeden önce dezenfekte edilmesine gerek yoktur (kolera, shigellosis veya hemorajik ateş vakaları hariç) (Morgan, 2004).

Bu gerçeklere rağmen, afet sonrası salgın riski hem sağlık görevlileri hem de medya tarafından sıklıkla abartılmaktadır. Yakın zamanda ortaya çıkan salgın tehditleri, bu efsaneleri ortadan kaldırma girişimlerine bakılmaksızın, son zamanlarda afetlerden etkilenen bölgelerden gelen medya raporlarının yinelenen bir konusu olmaya devam etmektedir (De Goyet, 2004; Özer, 1994, De Goyet, 2000).

2.2.1.3. Yerinden Olma: Birincil Endişe

2.2.1.4 Bulaşıcı Hastalık Risk Faktörleri Önlem Unsurları ve Yönetimi

Afetten etkilenen nüfusun ihtiyaçlarına en etkin şekilde yanıt vermek, doğru şekilde yapılacak bulaşıcı hastalık risk değerlendirmesini gerektirmektedir. İnsani yardım fonlarının verimli kullanımı, bu risk değerlendirmesine dayalı olarak öncelikli müdahalelerin uygulanmasına bağlıdır.

Sistematik, kapsamlı bir değerlendirme ise afetten etkilenen bölgede yaygın olan endemik epidemi hastalıkları, yerleşim yerlerinin sayısı, büyüklüğü, konumu ve yoğunluğu dahil olmak üzere etkilenen nüfusun yaşam koşulları, güvenli su, yeterli sanitasyon tesislerinin mevcudiyeti, nüfusun temel beslenme durumu, aşılama kapsamı, sağlık hizmetlerine ve etkili vaka yönetimine erişim derecesi ile mümkün olmaktadır.

2.2.1.5 Doğal Afetlerle İlişkili Bulaşıcı Hastalıklar

Aşağıdaki bulaşıcı hastalık türleri, doğal afetler nedeniyle yerlerinden edilen nüfuslarla ilişkilendirilmiştir. Afet sonrası risk değerlendirmeleri yapılırken bu hastalıklar dikkate alınmalıdır.

2.2.1.5.1. Suya Bağlı Bulaşıcı Hastalıklar

Güvenli suya erişim bir doğal afet nedeniyle tehlikeye girebilmektedir. İshal hastalığı salgınları genellikle içme suyu kirlenmelerinden sonra meydana gelebilmektedir. Sel ve ilgili afetler sonrası başta insan kaynaklı kullanım alanları ve doğal kullanım rezervlerinin yer değiştirmelerinden sonra rapor edilmektedir. 2004'te Bangladeş'te yaşanan sel sonrası ishal hastalık salgının 17.000 vakayı kapsadığı ifade edilmiştir. 1998'de Batı Bengal'de büyük (16.000 vaka) bir kolera salgınının (*Vibrio cholerae*), önceden yaşanan seller dolayısıyla olduğu düşünülmektedir (Sur vd., 2000). Mozambik'te 2000 yılının Ocak-Mart ayları arasında sellerin ishal hastalığında bir artışa yol açtığı gözlemlenmiştir (Kondo vd., 2002).

Endonezya'da 1992–1993'te yapılan büyük bir çalışmada, sel taşkınının paratifoid ateş (*salmonella enterica serotip paratyphi A*)'e neden olduğu için ishalleri hastalıklar önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Albert vd., 2004). 2001-2003 yılında Endonezya'da sel'e maruz kalan insanların, sel'e maruz kalmayan insanlardan 4 kat daha fazla *Cryptosporidium parvum* enfeksiyonu için risk faktörü oluşturduğu yapılan değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkmıştır (Katsumata vd., 1998).

Doğal afetlerden sonra ishalli hastalık salgınları riski gelişmekte olan ülkelerden sanayileşmiş ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Noji vd., 1997; Ahern vd., 2005). Endonezya'nın Aceh Eyaletinde, 2004 yılının aralık ayında yaşanan tsunamide iki hafta sonra Calang kasabası'nda yapılan hızlı bir sağlık değerlendirmesi sonucunda, hayatta kalanların %100'ünün korunmasız kuyulardan su içtiklerini ve yaşayan sakinlerin %85'inin 2 hafta içinde ishalden dolayı rahatsızlıklarını rapor ettiği görülmüştür (Brennan ve Kamuriddin, 1998). Pakistan'ın Muzaffarabad kentinde, 2005 depreminden sonra 1.800 kişinin plansız, yeterli donanımı bulunmayan bir kampta olduğundan dolayı akut sulu ishal salgınının meydana geldiği görülmektedir. Salgın çoğunlukla yetişkinlerde olmak üzere 750'den fazla vaka içermektedir. (World Health Organization, 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde, ishal hastalığı Allison (Waring vd., 2002) ve Katrina Kasırgaları (Centers For Disease Control And Prevention; Palacio vd., 2005) sonrasında da görülmüştür. Katrina kasırgasından sonra kurtulanların arasında norovirüs, Salmonella ve toksijenik ve toksik olmayan V. cholerae olduğu doğrulanmıştır. Hepatit A ve E, güvenli su ve arındırmaya erişim eksikliği ile bağlantılı olarak fekal-oral yolla bulaştığı da ifade edilmektedir. Hepatit A gelişmekte olan ülkelerin çoğunda endemiktir. Çoğunlukla çocukların maruz kaldığı ve erken yaşta bağışıklık geliştirdikleri gözlenmektedir. Sonuç olarak, bu tür ortamlarda Hepatit A'nın büyük salgın riski genellikle düşük olduğu görülmektedir. Endemik bölgelerde ise Hepatit E salgınları sıklıkla şiddetli yağmur ve seller dolayısıyla ortaya çıkmaktadır. Hastalık genellikle hafiftir ve kendi kendini sınırlar, ancak gebe kadınlarda vaka-ölüm oranları %25'e ulaşabilir (Aggarwal ve Krawczynski, 2000). 2005 yılında Pakistan'da yaşanan depremten sonra, güvenli suya erişimin zayıf olduğu bölgelerde sporadik hepatit E vakalarının ve gruplarının yaygın olduğu görülür. Yer değiştirenler arasında çoğu hepatit E olarak doğrulanan 1.200'den fazla akut sarılık vakası meydana gelmektedir (World Health Organization, 2006). Aceh'de Aralık 2004 tsunamisinden sonra hem hepatit A hem de hepatit E kümeleri kaydedilmiştir (World Health Organization, 2005).

Leptospirosis, kirli suyla doğrudan temas yoluyla bulaşabilen, salgın hastalığa yatkın zoonotik bir bakteriyel hastalıktır. Kemirgenler idrarlarında büyük miktarda leptospir bırakırlar ve bulaşma deri ve mukoza zarlarının su, nemli toprak veya bitki örtüsü (şeker kamışı gibi) veya kemirgen idrarı ile kontamine olmuş çamurla teması yoluyla gerçekleşir. Su baskını, kemirgenlerin çoğalması ve ortak yüksek zeminde kemirgenlerin

insanlara yakınlığı nedeniyle organizmanın yayılmasını kolaylaştırır. 2001'de Typhoon Nali ile ilişkili olarak Tayvan, Çin Cumhuriyeti'nde "leptospirosis salgınları" meydana geldiği bilinmektedir (Yang vd., 2005); Hindistan, Mumbai'de, 2000 yılında selden sonra (Karande vd., 2000); 1998'de selden sonra Arjantin'de (Vanasco vd., 1998); 1997'de Rusya Federasyonu'nun Krasnodar bölgesinde (Kalashnikov, 2003) görülmüştür. 1996'da Brezilya'da selle ilgili bir leptospirosis salgınından sonra, mekansal analiz, leptospirosis insidans oranlarının Rio de Janeiro'nun sele meyilli bölgelerinde ikiye katlandığını göstermektedir (Barcelles ve Sabroza, 2001).

2.2.1.5.2. Kalabalıktan Kaynaklanan Hastalıklar

Doğal afetler nedeniyle yerlerinden edilen nüfuslarda kalabalıklaşma yaygındır. Bu yüzden salgın hastalıkların bulaşmasını daha da kolay olabilmektedir. Kızamığın bir doğal afetten sonra bulaşma riski, afetten etkilenen nüfusun ve özellikle de 15 yaşın altındaki çocukların arasında aşılama oranına bağlıdır. Kalabalık yaşam koşulları, kızamığın bulaşmasını kolaylaştırır ve salgınları önlemek için daha yüksek aşılama kapsamı düzeyleri gerektirdiği ifade edilmektedir (Marin vd., 2006). Kızamık, 1991 yılında Filipinler'de Mt. Pinatubo'da 18.000'den fazla vaka içermektedir (Surmieda vd., 1992). Aceh'deki tsunamiden sonra, Aceh Utara bölgesinde 35 vakayı içeren bir kızamık kümesi meydana gelmiş ve kitlesel aşılama kampanyalarına rağmen devam eden vakalar ve kümeler görülmüştür (World Health Organization, 2005). 2005 yılında Pakistan'da, Güney Asya depreminden sonra ara sıra kızamık vakaları ve grupları (depremden sonraki 6 ayda 400 klinik vaka) da meydana gelmiştir (World Health Organization, 2005).

Neisseria meningitidis menenjit, özellikle kalabalıklaşma durumlarında kişiden kişiye bulaştığı ifade edilmektedir. Aceh ve Pakistan'da yerlerinden edilen kişiler arasındaki menenjit vakalarının ve ölümlerinin DSÖ tarafından belgelendiği görülmektedir (World Health Organization, 2006; World Health Organization, 2005). Aceh ve Pakistan'da olduğu gibi antimikrobiyal profilaksi ile hızlı kontrol altına alındığı durumda, bulaşma kesintiye uğrayabilmektedir. Afetten etkilenen popülasyonlarda yakın zamanda büyük salgınlar bildirilmemiştir. Ancak çevrede yaşanan çatışmalar (terör, savaş vs.) nedeniyle yerlerinden edilen popülasyonlarda bazı hastalıkların belgelendiği ifade edilmektedir (Gaspar vd., 2001).

Akut solunum yolu enfeksiyonları (ARI), özellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda yerinden edilmiş nüfuslar arasında önemli bir hastalık ve ölüm nedeni olduğu

görülmektedir. Sağlık hizmetlerine ve tedavi için anti-mikrobiyal ilaçlara erişimin olmaması, ARI'den kaynaklı ölüm riskini daha da artırmaktadır. Yerinden edilmiş kişiler arasındaki risk faktörlerinden olan kalabalıklaşmanın neden olduğu steril olmayan ortamda pişirme yapılmasından ve yetersiz beslenmeden dolayı hastalıklarda artış görülür. 1998'de Mitch Kasırgası'ndan sonraki 30 gün içinde Nikaragua'da ve Pakistan'daki 2005 depreminde (World Health Organization, 2006) bildirilen ARI hastalığındaki artışın 4 kat arttığı ifade edilmektedir. ARI, 2004'te Aceh'de tsunami tarafından yerinden edilenler arasında en yüksek vakaya ve ölüme sebebiyet veren hastalık olarak görülmüştür (World Health Organization, 2005).

2.2.1.5.3. Vektör kaynaklı hastalıklar

Doğal afetler, özellikle siklonlar, kasırgalar ve sel gibi meteorolojik olaylar, vektör üreme alanlarını ve vektör kaynaklı hastalık bulaşmasını etkileyebilmektedir. İlk su baskını mevcut sivrisinek üreme alanlarını temizlediği görülürken, yoğun yağış veya nehirlerin taşmasından kaynaklanan durgun su yeni üreme alanları oluşturabilmektedir. Bu durum, yerel sivrisinek vektör türlerine ve tercih edilen habitatına bağlı olarak vektör popülasyonunda bir artışa ve hastalık bulaşma potansiyeline (tipik olarak birkaç hafta gecikmeyle) neden olabileceği ifade edilmektedir. Enfekte ve duyarlı konakçıların kalabalıklaşması, zayıflamış bir halk sağlığı altyapısı ve devam eden kontrol programlarının kesintiye uğraması, vektör kaynaklı hastalık bulaşması için risk faktörleri arasında yer almaktadır (Lifson, 1996).

Selin ardından ortaya çıkan sıtma salgınları iyi bilinen bir fenomendir. 1991'de Kosta Rika'nın Atlantik Bölgesi'nde meydana gelen bir deprem, üreme için faydalı olan ve sıtma vakalarında aşırı bir artıştan önce gelen habitat değişiklikleriyle ilişkilendirilmektedir (Sáenz vd., 1995). Ek olarak, El Niño-Güney Salınımı ile bağlantılı periyodik sel baskını, Peru'nun kuzeyindeki kuru kıyı bölgesinde sıtma salgınları ile ilişkili olduğu görülmektedir (Gagnon vd., 2002).

Sivrisinek üremesine olanak sağlayan habitat (toprak kayması, ormansızlaşma, nehir barajı ve suyun yeniden yönlendirilmesi), Dang humması bulaşması yağış ve nem gibi meteorolojik koşullardan etkilenir ve genellikle güçlü bir mevsimsellik göstermektedir. Bununla birlikte, iletim doğrudan selle ilişkili olmadığı görülmektedir. Bu tür olaylar, bulaşma riskinin yüksek olduğu dönemlerle aynı zamana denk gelebilir ve temel su temini ve katı atık bertaraf hizmetlerinin kesintiye uğramasından kaynaklanan vektör üreme

alanlarının (çoğunlukla yapay kaplar) artan kullanılabilirliği nedeniyle daha da kötüleşebilmektedir. Salgın riski, insan davranışındaki değişiklikler (dışarıda uyurken sivrisineklere maruz kalmanın artması, dang hummasından endemik olmayan alanlara geçiş, hastalık kontrol faaliyetlerinde duraklama, aşırı kalabalık) gibi diğer karmaşık faktörlerden etkilenebilmektedir.

2.2.1.5.4. Doğal Afetlerle İlişkili Diğer Hastalıklar

Tetanosun direkt olarak insandan insana bulaşmadığı bilinmektedir. Ancak tetanos ya da kazıklı humma, gram-pozitif, anaerobik bir basıl olan *Clostridium tetani* bakterisi tarafından salınan bir toksinden kaynaklı olarak yayılma özelliği taşımaktadır. Özellikle aşılama seviyelerinin düşük olduğu popülasyonlarda kontamine yaralar, tetanos kaynaklı hastalık sonucunda ölümle ilişkilendirildiği ifade edilir. Aceh'de 106 tetanos vakasından oluşan bir grup tespit edilir. Bu vakada 20 kişinin tetanos kaynaklı öldümü kayıtlara geçmiştir. Tsunamiden 1 / 2 hafta sonra hastalığın zirve yaptığı saptanır (World Health Organization, 2005). 2005 yılında yaşanan Pakistan depreminden sonra tetanos vakalarının bildirildiği görülmektedir (World Health Organization, 2006).

1994 yılı ocak ayında Güney Kaliforniya depreminden sonra olağandışı bir koksidiyomikoz (halk arasında Kaliforniya hastalığı, San Joaquin Vadisi ateşi, çöl romatizması veya vadi ateşi) salgınının meydana geldiği görülür. Enfeksiyonun doğrudan kişiden kişiye bulaşmadığı bilinmektedir. Kuzey ve Güney Amerika'nın bazı yarı kurak bölgelerinde toprakta bulunan *Coccidioides immitis* mantarından kaynaklı insanlara bulaştığı ifade edilmektedir. Bu salgın, depremin ardından meydana gelen heyelanların ardından artan hava kaynaklı toza maruz kalma ile ilişkili olduğu görülmektedir (Schneider vd., 1997).

New York City'de

2.2.1.5.5. Felaketle İlgili Hizmet Kesintisi

Afetlerin sonucunda elektrik, su arıtma ve tedarik tesisleri kesintiye uğratabilir ve böylece su kaynaklı hastalık riskini artırabilir. Yaşanılan elektrik/güç eksikliği, aşının soğuk zincirinin korunması dahil olmak üzere sağlık tesislerinin düzgün işleyişini de etkileyebilir. 2003 yılında New York City'de yaşanan elektrik kesintisinin sonucunda ishal hastalığında artış görülmüş ve hastalığının yaygınlaştığı ifade edilmiştir. Elektrik kesintisinin, bölgede bulunan 9 milyon kişiyi başlangıçta birkaç saatten 2 güne kadar

elektriksiz bıraktığı rapor edilmiştir. İshal vakaları, geleneksel olmayan sürveyans teknikleri kullanılarak geniş çapta dağıldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Salgın araştırmasının bir parçası olarak gerçekleştirilen bir vaka-kontrol çalışması, soğutma tesislerinin büyük ölçüde kesintiye uğradığı elektrik kesintisinin başlamasından sonra ishalleri hastalık ile et ve deniz ürünleri tüketimi arasında bağlantı kurulduğu görülmektedir (Marx vd., 2006).

2.2.1.6. Üç Veba Pandemisi Genel Bakış

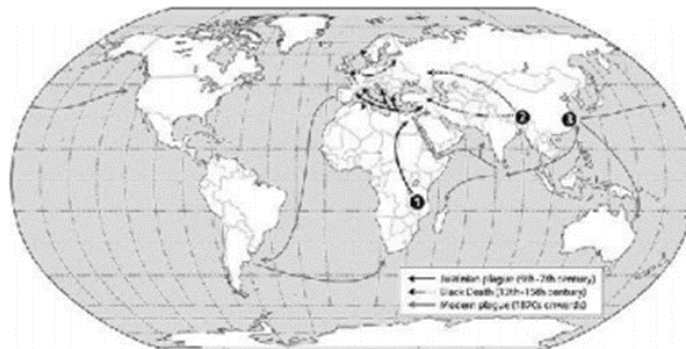
Hıyarcıklı (bubonic) veba, bulaşıcı hastalıkların ve bunların toplum üzerindeki etkilerinin tartışılmasında kaçınılmaz bir referans noktasıdır. Birçok bakımdan veba, akla gelebilecek en kötü felaketi temsil etmekte ve böylece diğer salgınların değerlendirilebileceği standardı belirlediği bilinmektedir. Daha sonraki yüzyıllarda, toplumlar yeni ve alışılmadık hastalık salgınları yaşadıklarında (örn. Koronavirüs), salgından kaynaklı yıkımların vebaya eşit olup olmadığı tartışılır. On dokuzuncu yüzyılda kolera, yirminci yüzyıldaki İspanyol gribi ve AIDS gibi özellikle korkulan hastalıklar, bazıları tarafından "vebanın dönüşü" olarak adlandırılır. Benzer şekilde, on dokuzuncu yüzyılın en büyük katili olan tüberküloz, yaygın olarak "beyaz veba" olarak anıldığı bilinmektedir. Nitekim, "veba" terimi, "kaza salgını" veya "banka soygunları" gibi ifadelerde olduğu gibi, kriz bulaşıcı olmadığında bile genel olarak toplumsal felaketler için bir metonim haline geldiği ifade edilmektedir (Snowden, 2019).

Hıyarcıklı vebanın en çarpıcı yönünün, olağanüstü ölümcüllüğü olduğu bilinmektedir. Virölans, bir hastalığın zarar ve patolojik semptomlara neden olma kapasitesi olarak adlandırılır. Bir patojenin hastalık, ıstırap ve ölüme neden olmak için insan vücudunun savunmasını aşma yeteneğinin ölçüsü olduğu şeklinde de açıklanabilir. Bu anlamda vebanın son derece öldürücü olduğu ifade edilmektedir. Hızlı bir şekilde vücuda nüfus eder, dayanılmaz semptomlara neden olur ve tedavi edilmezse, yüksek bir vaka ölüm oranına (CFR- *Case Fatality Rate*) ulaşılmaktadır. Vaka ölüm oranı (CFR), bu durumda bir patojenin öldürme oranı anlamına gelmektedir. Antibiyotiklerin keşfedilmesinden önceki dönemde, vebanın enfekte ettiği insanların yarısından fazlasını öldürdüğü ifade edilir. En az yüzde 50'lik bir CFR için bu oranın diğer birkaç hastalığın toplamıyla elde edildiği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca vebanın vücuttaki ilerlemesi korkunç derecede hızlı olduğu bilinir. Dolayısıyla hastalar veba semptomlarının başlamasından sonraki günler içinde ya da daha hızlı bir şekilde ölmekteydiler (Snowden, 2019).

Bu hastalığın diğerk bir korkutucu özelliği, kurbanlarının yaşına ve sınıf profillerine bakmaksızın her yaştan insana bulaştığı ifade edilmektedir. Bilinen endemik hastalıklar öncelikle çocukları ve yaşlıları etkilemektedir. Bu hastalıklara örnek; kabakulak, kızamık, çiçek hastalığı ve çocuk felci gibi bulaşıcı hastalıkları olan bir toplumun normal deneyimini oluşturmaktadır. Ancak vebanın çok daha farklı olduğu bilinmektedir.

Fakat veba ilk çıktığı dönemde yaşlı ve çocuklara dahil olarak erişkin erkeklere ve kadınlara da bulaşmaktaydı. Bu özellik, vebayı doğal olmayan veya doğaüstü bir olay gibi göstermekteydi. Aynı zamanda serbest bıraktığı ekonomik, demografik ve sosyal çöküntüleri de arttırdığı söylenmektedir. Başka bir deyişle, salgın çok sayıda öksüz, dul ve yoksul ailenin oluşmasına sebep olmaktaydı (Snowden, 2019).

Vebanın bir diğerk ayırt edici özelliği de yarattığı terör olduğu bilinmektedir. İnsanlar öfkeli bir tanrıyı yatıştırmaya çalışırken vebadan etkilenen toplulukların kitlesel histeri, şiddet ve dini canlanmalarla karşılık verdiği görülmekteydi. Ayrıca, bu kadar korkunç bir felaketten sorumlu suçlu tarafları bulmak için endişeyle kendi aralarına da bakmaktaydılar. Hastalığı ilahi bir ceza olarak gören insanlar için sorumlular günahkârlar olmaktaydı. Böylece veba, günah keçisi olarak kimi insanları ilan etmeye ve cadı avına çıkmaya yol açmaktaydı. Alternatif olarak, hastalığın şeytani yorumuna meyilli olanlar için sorumlular, insan öldürmeye yönelik bir komplonun ajanları olarak görülmekteydi. İntikamcılar sık sık yabancıları ve Yahudileri avlayarak cadıları ve zehirleyicileri aramaktaydılar (Snowden, 2019).



şekil 2.1. Üç hıyarcıklı veba salgını (Çizim, Bill Nelson)

Bu bölüm, bir hastalık olarak vebaya karşı uygulanan halk sağlığı politikaları, vebanın genel etkisi ve yaklaşık bin beş yüz yıllık tarihi kapsayan üç büyük veba salgını dahil olmak üzere vebaya giriş niteliğinde bir genel bakış sunmaktadır.

2.2.1.6.1. Veba ve Halk Sağlığı

Veba aynı zamanda önemliydi çünkü kritik öneme sahip ve halk sağlığının gelişmesi açısından toplumsal bir tepkiye yol açtığı bilinmektedir. Hıyarcıklı veba, halkları korumak ve korkunç bir hastalığın yayılmasını, yani hastaların çeşitli türlerde zorla tecrit edilmesini engellemek için tasarlanmış ilk ve en acımasız halk sağlığı politikasına ilham vermektedir. Halk sağlığının veba önlemlerinin uygulanması orduya bağlı olmakta ve orduya güvenmeyi içermektedir. Her şeyden önce, sıhhi hatları (insanların ve malların tüm hareketlerini engelleyerek bir nüfusu izole etmeyi amaçlayan askeri hatları) zorunlu ve önemli kılmaktadır. Ek olarak, vebaya karşı savunmalar arasında lazaretos olarak bilinen fino evleri ile karantinanın uygulanması amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık hakimleri veya sağlık kurulları olarak bilinen sağlık otoritelerinin, düzenlemeleri uygulamak için acil durum yetkileriyle donatıldıkları bilinmektedir. Bazı yerlerde bu kurumların yetkilerini nüfusuna hatırlatmak için bayraklar ve iskeleler dikilmektedir (Snowden, 2019).

Rönesans İtalyan şehir devletleri, bu anti-lig tepkilerinin öncüleri olarak özel bir rol oynamaktadır. Bu sorumluluk onlara, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'dan yolcu ve mal aldıkları Akdeniz'deki ticaret yollarının merkezindeki savunmasız konumları tarafından yüklendiği bilinmektedir. Floransa, Venedik, Cenova ve Napoli liman kentleri, yaygın olarak taklit edilmiş ve bu politikaların geliştirilmesinde öncü oldukları bilinmektedir. Daha sonraki yüzyıllarda ise başka bir modelin ortaya çıktığı bilinmektedir. Kolera, sarıhumma ve AIDS gibi yeni ve ölümcül hastalıklar ortaya çıktığında, sağlık yetkililerinin ilk tepkilerinden biri anti-lig önlemlerini yeniden harekete geçirmek olduğu gözlenmektedir. Askeri generallerin, son savaşı tekrar tekrar savaşıma eğiliminde oldukları ve böylece geçmişten uygun olmayan stratejilerle yeni düşmanlarla yüzleştikleri söylenmektedir. Yüzyıllar boyunca halk sağlığı otoriteleri için de aynı şey söylenmektedir. Çünkü veba savunmasının araçları, güçlü ve enerjik bir tepki izlenimi vermekte ve böylece nüfusa bir miktar korunma duygusu sağlamaktadır (Snowden, 2019).

2.2.1.6.2. Vebanın Etkisi

Vebanın bir hastalık olarak önde gelen bir özelliği, muazzam sosyal etkisinin olduğudur. Kesinlikle hıyarcıklı veba, bulaşıcı hastalıkları dar ve özel bir ilgi alanı olarak görmemek için güçlü bir gerekçe oluşturmaktadır. Veba, savaş, din, ekonomi ve yüksek

kültür çalışmaları olarak toplumu etkilediği dönemlerde tarihi anlamak için gerekli olan "büyük resmin" bir parçası olmaktadır. Elbette mesele, hastalık determinizmi ya da "mikrobiyal Marksizm" diye adlandırılabilen bir durumu ortaya koymak olduğu söylenmemektedir. İddia daha basit olarak ise, belirli hastalıkların toplum üzerinde dönüştürücü bir etkiye sahip olduğu ve vebanın bunlardan biri olduğu şeklinde olmaktadır. Diğer birçok hastalık, hatta grip veya çocuk felci gibi hastalıklar bile benzer bir etkiye sahip olmamaktadır. Vebayı keşfetmemizin önemli bir görevi, bulaşıcı hastalıklar alanında neden bu kadar büyük farklılıkların var olduğunu incelemek ve neden bazıları büyük bir kültürel, politik ve sosyal iz bırakırken diğerleri bırakmaz sorusunun cevabını vermektir. Hıyarcıklı veba, toplumun her alanını etkileyen bir hastalığın en iyi örneklerinden bir olmaktadır. Çünkü erken modern Avrupa'nın demografisini dönüştürdüğü söylenmektedir. Her nesilde bir salgın ile tekrarlayan döngülerin, on dördüncü ve on sekizinci yüzyıllar arasındaki nüfus artışında büyük bir fren niteliğinde olduğu görülmektedir. Ekonomik yaşam ve kalkınma üzerinde de yıkıcı etkileri olduğu bilinmektedir. Dini ve popüler kültürü önemli ölçüde etkilediği, yeni bir dindarlığa, veba azizlerinin kültlerine ve tutku oyunlarına yol açtığı söylenmektedir. Ayrıca hıyarcıklı vebanın insanların ölüme bakış açılarını ve tanrı ile olan ilişkilerini derinden etkilediği görülmektedir. Vebanın kültür ve sanat üzerinde de büyük etkileri olduğu bilinmektedir. Literatürde, Giovanni Boccaccio, Daniel Defoe, Alessandro Manzoni ve Albert Camus'un eserleri de dahil olmak üzere veba edebiyatının bütün bir tür olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Aynı zamanda Avrupa resim ve heykelinin ikonografisini dönüştürdüğü ve kurtarıcıya, Meryem Ana'ya ve veba azizleri Sebastian ve Roch'a adanmış büyük katedral ve kiliselerin inşasıyla mimariyi derinden etkilediği gözlenmektedir. Genellikle bir şehirde vebanın sona ermesini kutlamak için inşa edilen veba sütunlarının, Tanrı'nın merhametini anımsatmak için Viyana'da ve orta Avrupa genelinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Ayrıca vebanın hüморal açıklayıcı çerçeveyi derinlemesine test ederek hastalıkların tıbbi paradigması üzerinde büyük bir entelektüel etkiye sahip olduğu da söylenmektedir. Hipokrat ve Galen'in öğretilerinin, hıyarcıklı vebanın geçişini tatmin edici bir şekilde açıklamakta zorlandığı görülmektedir. Bu durumun, çok sayıda insanın aynı hüморal dengesizliğin neredeyse aynı anda yaşanmasının nasıl mümkün olduğu sorusunu akla getirmektedir. Hipokrat ve takipçileri, günümüzün deyimiyle çevresel hakaret olarak adlandırılabilen şeyin olasılığına başvurduğu söylenmektedir.

Ortodoksların açıklaması, belirli bir bölgedeki atmosferin "bozuk" olduğu ve "salgın bir anayasa" yarattığı şeklinde olduğu bilinmektedir. Nedenin ise, toprakta veya yakındaki bataklıklarda ve bataklıklarda organik maddenin çürümesinden kaynaklanan ölümcül bir fermantasyon olduğunu söylemekteydiler. Bu zehirli efüzyonun havayı kirlettiği ve zehri soluduklarında veya gözeneklerinden emdiklerinde çok sayıda duyarlı insanı rahatsız ettiğini söylemektedir (Snowden, 2019).

2.2.2. YİRMİ BİRİNCİ YÜZYIL SALGINLARI: SARS VE EBOLA

2.2.2.1. Ebola

İlk kez ortaya çıkan veya tekrardan meydana gelen hastalıklara verilen resmi tepkinin önemli bir yönü, mikropların devletlerin güvenliğine ve uluslararası düzenine tehdit olarak görülmektedir. İlk kez, yalnızca halk sağlığı yetkilileri değil, istihbarat kurumları ve muhafazakâr düşünce kuruluşları da bulaşıcı hastalıkları ulusal ve küresel güvenliğe yönelik "geleneksel olmayan bir tehdit" olarak sınıflandırmaktadır. 2000 yılında, CIA'nın o yıl için ulusal istihbarat tahmininin salgın hastalık tehlikesine adandığı ve büyük bir güvenlik sorunu olarak görüldüğü bir dönüm noktası haline gelmektedir.

Üç yıl sonra, CIA'nın raporundan hareketle, RAND Corporation, "hem hastalığı hem de güvenliği kapsayan bugüne kadar yapılandan daha kapsamlı bir analiz" sağlamaya çalışırken, hastalık ve güvenliğin kesişim noktasına yöneldiği görülmektedir (Brower ve Chalk, 2003).

CDC (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri), Ulusal Alerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü ve Beyaz Saray tarafından öngörülen yeni ortaya çıkan hastalıklarla yüzleşmek için bir planın başlangıç noktası, Tıp Enstitüsü'nün insanlar ve mikroplar arasında sürmekte olan Darwinci mücadeleyi tanımlamasıdır. IOM (Uluslararası Göç Örgütü)'nin analizinde, mikropların müthiş avantajlara sahip olduğu görülmekte ve sayılarının milyarlarca kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Ortaya çıkan mikropların muazzam değişkenlikten hoşlandığı ve insanlardan milyarlarca kat daha hızlı çoğaldığı ifade edilmektedir. Joshua Lederberg mikroplar için; "Mikrobiyal genlere karşı çukurlaştık, esas olarak aklımız var" şeklinde bahsetmiştir (Lederberg, 1996). IOM'nin analizini başlangıç noktası olarak alırsak, ABD'nin yeni soruna verdiği yanıt en iyi şekilde, insan zekasını organize etme ve yayma girişimi olarak görülmektedir.

Ortaya çıkan bulaşıcı hastalık tehdidiyle ilgili 1996 tarihli bir Beyaz Saray "Bilgi Formu", açık bir alarmla açıklanmakta, "Ulusal ve uluslararası bulaşıcı hastalık izleme, önleme ve müdahale sistemi ABD vatandaşlarının sağlığını korumak için yetersizdir" şeklinde söylenmektedir. Durumu düzeltmek için Beyaz Saray'ın altı politika hedefi belirlediği ifade edilmektedir. Bunlar:

1. Özel sektör ve halk sağlığı ve tıp toplulukları ile iş birliği içinde hem Federal, Eyalet ve yerel düzeylerde hem de Amerika Birleşik Devletleri'ne giriş limanlarında yerel bulaşıcı hastalık sürveyans ve müdahale sistemini güçlendirilmelidir.
2. Bölgesel merkezlere dayalı ve modern iletişimle birbirine bağlanan küresel bir bulaşıcı hastalık izleme ve müdahale sistemi oluşturulmalıdır.
3. Teşhis, tedavi ve önlemeyi iyileştirmek ve bulaşıcı hastalık etkenlerinin biyolojisini daha iyi anlamak için araştırma faaliyetlerini güçlendirilmelidir.
4. Kamu ve özel sektör iş birliği yoluyla bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı hastalık acil durumlarıyla mücadele için gereken ilaçların, aşıların ve teşhis testlerinin mevcudiyetini sağlanmalıdır.
5. Dünya çapında bir bulaşıcı hastalık izleme, önleme ve müdahale ağına katkıda bulunmak için misyonların genişletilmesi ve ilgili Birleşik Devletler Hükümeti kurumlarının yetkisi oluşturulmalıdır.
6. Sivil toplum kuruluşları ve özel sektör ile iş birliği yaparak, ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar konusunda kamu bilinci teşvik edilmeli (The White House, 1996).

Ulusal Alerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü, 2, 3 ve 4. hedeflerin peşinde, salgın hastalıklarla savaşmak için yeni tedaviler geliştirmek üzere bir araştırma gündemi oluşturmakta ve bilgi patlamasına yol açmaktaydı. 1995'ten sonraki on yılda, bütçesi 1994'te 50 milyon dolardan 2005'te 1 milyar doların üzerine çıktığı bilinmekte ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili yayınların çoğaldığı görülmektedir. Gerçekten de ajans müdürü Anthony S. Fauci, 2008 yılında özellikle HIV / AIDS'in insanlık tarihinde en kapsamlı olarak incelenen hastalık haline geldiğini iddia etmektedir. Dahası, federal kurumun çalışmaları, özel kuruluşların, özellikle Bill ve Melinda Gates Vakfı'nın üniversite ve ilaç endüstrisi laboratuvarlarının faaliyetleri ile tamamlanmaktadır.

IOM'nin temel araştırmayı vurguladığı aynı zamanda, CDC, Beyaz Saray yönergesinin 1. hedefine uygun olarak ortaya çıkan patojenlere karşı savunma stratejisi geliştirmektedir. 1994 ve 1998'de yayınlanan iki çığır açan çalışmada, hedeflerini dört ana alanda

özetlediği bilinmekte: gözetim, uygulamalı araştırma, önleme ve kontrol ile federal, eyalet, yerel ve uluslararası alanlarda teşhis laboratuvarları için ihtiyaç duyulan altyapının ve eğitimli personelin geliştirilmesi olmaktadır. Ek olarak, CDC, uluslararası halk sağlığı topluluğu ve Gıda ve İlaç İdaresi ve Savunma Bakanlığı gibi diğer gözetim kurumları ile bağlarını güçlendirmekte, hastalık salgınlarına yanıt verme kapasitesini artırmakta; Gelişen Bulaşıcı Hastalıklar dergisini bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgileri bir havuzda toplamak için başlatmakta ve ortaya çıkan ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar konusunda bir dizi büyük uluslararası konferansa sponsor olmaktadır.

Ulusal İstihbarat Konseyi ile yapılan görüşmenin ardından, Başkan George W. Bush, tek bir hastalıkla mücadele için şimdiye kadar başlatılan en kapsamlı finanse edilen iki girişimi kurmak için bir adım daha attığı bilinmektedir. 2003 yılında kurulan ve 2018 gibi yakın bir tarihte yenilenen ilki, Küresel AIDS Koordinatörünün Dışişleri Bakanlığı Ofisi tarafından yönetilen Başkanın AIDS Yardımına Yönelik Acil Durum Planı (PEPFAR) olarak adlandırılmaktadır. On iki Sahraaltı Afrika ülkesinin yanı sıra Vietnam, Haiti ve Guyana'ya odaklanan PEPFAR, profilaktik önlemler ve antiretroviral tedavinin yanı sıra sağlık altyapısı da oluşturmaktadır. AIDS öksüzlerini desteklemek ve tıbbi personeli eğitmek gibi eylemler için milyarlarca dolar sağlandığı bilinmektedir. AIDS koordinatörünün gözetiminde PEPFAR, bir dizi federal kurumun (ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı) katılımını denetlemektedir. Bunlar; Sağlık ve İnsan Hizmetleri, Devlet, Savunma, Ticaret ve Çalışma Daireleri ve Barış Gönüllüleri kurumlarıdır.

Spesifik bir salgını hedefleyen ikinci büyük program, Başkan Bush'un 2005 yılında Amiral Timothy Ziemer başkanlığında kurduğu President's Malaria Initiative (PMI) olduğu bilinmektedir. PEPFAR gibi, PMI de insancılığı aydınlanmış kişisel çıkarla birleştirdiği görülmektedir. Amacının, sağlık altyapısını geliştirmek ve artemisinin temelli kombinasyon tedavisi, böcek ilacı ile işlenmiş sineklik, sağlık eğitimi ve vektör gibi sıtma önleyici araçların kullanılmasını desteklemek için Sahra altı Afrika'daki sıtmanın tahribatına bol miktarda finansman sağlamak olduğu ifade edilmektedir.

Küresel düzeyde, DSÖ ayrıca mikrobiyal patojenlerle devam eden kuşatmaya uluslararası hazırlığı güçlendirmek için önemli adımlar atmaktaydı. Bir ilki, işlevleri farkındalık yaratmak, kaynakları harekete geçirmek ve pandemiyi izlemek için hastalığa özgü UNAIDS'in 1996 yılında oluşturulduğu bilinmektedir. Hastalığa karşı mücadeledeki finansman seviyeleri 1996'da 300 milyon dolardan, on yıl sonra yaklaşık 9 milyar dolara

yükseldiği görülmektedir. Bir başka adım da Birleşik Devletler gibi Birleşmiş Milletler (BM)'in bulaşıcı hastalıkları uluslararası güvenliğe tehdit olarak gördüğünü duyurması olmuştur. Bu yeni gelişmeyi kabul ederek, BM Güvenlik Konseyi, 2001 yılının haziran ayında HIV / AIDS krizine ait Özel Oturum ayırmak için eşi görülmemiş bir adım attığı bilinmektedir. Oturum, küresel salgını "küresel bir acil durum ve insan yaşamı ve haysiyetinin önündeki en büyük zorluklardan biri" olarak nitelendiren "HIV / AIDS'e Bağlılık Bildirgesi: Küresel Kriz — Küresel Eylem" i kabul ettiği görülmektedir (United Nations, 2001). Beş yıl sonra, 2006 yılının haziran ayında, BM Genel Kurulu'nun kampanyaya olan bağlılığını yeniden teyit ettiği bilinmekte ve temel amacı bakıma ve tedaviye erişimi iyileştirmek için ulusal kampanyalar düzenlemek olan "HIV / AIDS hakkında 2006 Siyasi Bildirisi"ni kabul ettiği bilinmektedir.

Üçüncü bir adım ise, 2005 yılında, eski UST (Uluslararası Sağlık Tüzüğü) 1969'un yerini alacak yeni bir Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST 2005) yapılandırması oluşturulmasıdır. Eski yapılanmada yalnızca veba, sarı humma ve kolera durumunda bildirim gerektirse de gerekli yeni kurallarda, bilinmeyen patojenler ve yeni ortaya çıkan enfeksiyonlar dahil olmak üzere uluslararası önemi, halk sağlığı için acil durumları bildirilmektedir. 2005 düzenlemelerinin, uluslararası endişeyi tetiklemesi gereken olayların doğasını belirlediği bilinmekte ve 193 adet DSÖ'ne üye devletin tamamını gözetim ve müdahale kapasitelerini geliştirmeye adanmış olduğu görülmektedir. Ek olarak, mikropların siyasi sınırları tanımadığını kabul eden UST 2005, uluslararası sınırlarda savunma önlemleri almaya odaklanmak yerine gerçek zamanlı epidemiyolojik kanıtlara dayalı olarak bir salgını kontrol altına almak için gereken her yerde etkili yanıtlar çağrısında bulunmuştur.

Son olarak, DSÖ'nün hızlı bir yanıt kapasitesi düzenlediği görülmektedir. Bunun, kaynak bakımından en fakir ülkelerin bile bir salgına acil durumda müdahale etmek için ihtiyaç duyulan uzmanlara ve araçlara erişimini sağlamak amacıyla 2000 yılında kurulan Küresel Salgın Uyarı ve Müdahale Ağı (GOARN) olduğu bilinmektedir. Bu amaçla GOARN'ın altmış ülkenin kaynaklarını bir araya getirerek ve bu alanda beş yüz uzmanı organize ettiği söylenmektedir. Ayrıca aşı ve ilaçları stoklayarak salgın olaylar sırasında dağıtımını da denetlediği bilinmektedir.

2.2.2.2. SARS ve Koronavirüs

Uygulamada yeni yapıların ilk testi, yirmi birinci yüzyılın ortaya çıkan ilk büyük hastalık tehdidi olan 2002–2003 SARS salgını olduğu düşünülmektedir. Kasım 2002'de Çin'in Guangdong eyaletinde görüldükten sonra SARS, DSÖ'nün bir bildirim aldığı ve küresel bir seyahat uyarısı açıkladığı, Mart 2003'te uluslararası bir sağlık tehdidi olarak patlak verdiği bilinmektedir. Mart ile 5 Temmuz'da hastalığın kontrol altına alındığı bildirisi arasında SARS2ın 8.098 kişiyi etkilediği görülmekte ve 774 kişinin ölümüne neden olduğu bilinmektedir. Tüm bölgelerde uluslararası seyahat durdurulmuş, sadece Asya ülkelerine 60 milyar dolar brüt harcamaya ve iş zararına sebebiyet verdiği ifade edilmektedir.

Geriye dönük çalışmaların gösterdiği gibi SARS, küresel sistemin güvenlik açıklarını en ciddi şekilde açığa çıkaran birçok özelliği göstermiştir. Vektör olmaksızın insandan insana bulaşabilen solunum yolu hastalığı olduğu bilinmektedir. Bir haftadan fazla asemptomatik kuluçka dönemine sahiptir ve diğer hastalıkların belirtilerine benzeyen semptomlar ürettiği bilinmektedir. Bakıcılara ve hastane personeline ağır bir zarar verdiği ifade edilmemiş, hava yolculuğu ile kolayca ve sessizce yayıldığı bilinmekte ve CFR'si yüzde 10'dur. Dahası, ortaya çıktığı sırada SARS'ın nedensel patojeni (SARS ile ilişkili koronavirüs) bilinmemektedir. Hastalığın ne bir teşhis testi ne de spesifik bir tedavisi bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı, IOM'nin tüm ülkelerin yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklara karşı her zamankinden daha savunmasız olduğuna dair 1992 öngörüsü çarpıcı biçimde doğrulanmaktadır. SARS, dünyanın spesifik bir bölgesi için hiçbir tercih göstermemekte ve refah, eğitim, teknoloji veya sağlık hizmetlerine erişim olanağına bakmaksızın global çapta yayıldığı ifade edilmektedir.

Gerçekten de SARS, Çin'deki salgından sonra, uçakla öncelikle Singapur, Hong Kong ve Toronto gibi varlıklı şehirlerde yayıldığı bilinmekte ve burada bulunan yolcular ve onların bağlantılarını, hastane çalışanlarını, hastaları, fakir ve marjinalleştirilmiş halktan ziyade ziyaretçilerini vurduğu görülmektedir. Bilinen vakaların yarısından fazlası, Hong Kong'daki Prince of Wales Hastanesi, Toronto'daki Scarborough Hastanesi ve Singapur'daki Tan Tock Seng Hastanesi gibi iyi donanımlı ve teknolojik olarak gelişmiş hastane ortamlarında bile meydana geldiği görülmektedir.

Salgının başlangıcında Çin'in çöküşünden sonra, ulusal hükümetler IHR 1969 (International Health Regulations) ile tam bir iş birliği yaptıkları bilinmekte, İnternet

üzerinden gerçek zamanlı iş birliği içinde çalışan dünyanın en donanımlı laboratuvarlarının en önde gelen epidemiyologları, koronavirüs ve SARS'ı sadece iki haftada eşi görülmemiş bir hızla belirlemeyi başardıkları bilinmektedir. Aynı zamanda, yeni oluşturulan GOARN, Kanada Halk Sağlığı Dairesi, CDC ve DSÖ'nün Küresel Grip Gözetim Ağı gibi ulusal ortaklarla birlikte, küresel uyarılar yayınlamak, hastalığın ilerlemesini izlemek, kontrol altına almak için hızlı adımlar attığı ifade edilmektedir. İronik bir şekilde, teşhis ve izleme çabalarının yüksek teknoloji kalitesi göz önüne alındığında, izleme, tecrit, karantina, grup toplantıların iptali, yolcuların gözetimi, kişisel hijyeni artırma önerileri, maskeler, önlükler, eldivenler, göz koruması yoluyla bariyer koruması gibi sınırlama politikaları on yedinci yüzyılın hıyarcıklı vebasına karşı halk sağlığı stratejilerine dayanan geleneksel yöntemlere ve on dokuzuncu yüzyılda epidemiyolojinin bir disiplin olarak temeline dayanmaktadır. SARS yirmi dokuz ülkeyi ve beş kıtayı etkilemesine rağmen, kontrol altına alma operasyonu, salgını yalnızca düzensiz topluluk katılımıyla, öncelikle hastane ortamlarıyla başarılı bir şekilde sınırlandırılmış görülmektedir. DSÖ 5 Temmuz 2003'de, salgının bittiğini ancak açıklayabilmiştir.

Küresel sıhhi savunma, SARS'ın pandemi zorluğuna dayanmasına rağmen, ciddi şüpheleri su yüzüne çıkardığı görülmektedir. Kasım 2002 ile Mart 2003 arasındaki Çin'in salgını gizleme politikası, uluslararası sağlığı tehlikeye attığı ve müdahale ağındaki tek bir zayıf bağlantının bile uluslararası acil müdahale sistemini zayıflatabileceğini ortaya çıkarmıştır. Guangdong eyaletinde Kasım ayında SARS salgının Pekin'e yayılmasının ardından dört ay boyunca, Çinli yetkililer süreci gizleme ve örtme politikasına devam eder. Çin Halk Cumhuriyeti ile Hong Kong ve Tayvan'ı ticaret, yatırımın aile bağları ve turizm yoluyla birbirine bağlayan bağlantılarının kapsamı göz önüne alındığında, yeni bir salgının tüm farkındalığı ile birlikte, dış dünyaya ulaşmasını engellemek artık imkansızdır. Özellikle internet ve sosyal medya çağında haberlerin yayılmasını engellemek, yeni yılın ilk aylarında Çin'de seyahatin en yoğun olduğu bir dönemde salgını gizlemek artık çok zordur. Çin Halk Cumhuriyeti bir 'ustalık ve kontrol hayalini' hem kendi halkına hem de dış dünyaya yansıtmamaya kararlı olduğu göstermek çabasıdadır. Komünist Parti, salgın hakkında çok fazla bilginin, yoksullaştırılmış yaşam standartlarının, yetersiz bir sağlık sistemi ve halk sağlığının acil durumlarına hazırlıksız olduğu ülkedeki gerçekliği ortaya çıkaracağından endişe etmektedir. Buna bağlı olarak

Başbakan Wen Jiabao liderliğindeki rejim Mart 2003'e kadar doğru ve zamanında bilgi için tüm uluslararası baskılara direnmeye devam etmiştir. Çin hükümeti, bunun yerine krizin boyutunu en aza indirmiş, kamu tüketimi için rakamları manipüle etmiş, tüm olumsuz haberlerin basına yansımaları yasaklamış ve DSÖ ekiplerinin ülkenin etkilenen bölgelerine erişimini engellemiştir

2003 Mart ayında, DSÖ ihbarcı rolünü üstlendiğinde ve sahip olduğu kısmi bilgileri yayınlama kararı ile Çin'in farklı bir yönde ilerlediği izlenmektedir. 17 Nisan'da Politbüro, SARS vakalarını zamanında bildirme sözü vermiş, DSÖ'ne Guangdong ve Pekin'e erişim izinin önünü açarak, Başbakan Yardımcısı Wu Yi gözetimi altında 'SARS Görev Gücü' kurarak rotayı tersine çevirmiştir. Çin yönetimi, salgına karşı halkın günlük yaşamının ve ülkenin kötü bir şekilde hazırlandığını kabul etmiş ve CDC müdürünün de bu konuya yönelik özür dilediği bilinmektedir.

Rejim böylelikle daha açık hale gelse de daha yumuşak ve otoriter hale gelmediği ifade edilmektedir. Nitekim parti, idam cezasına kadar uzanan ağır yaptırımlarla desteklenen yarı askeri karantina ve tecrit tedbirleri uygular. İhlalcileri, yetkililere ihbar etmeye istekli muhbirlerine de ödül verildiği ifade edilmektedir.

Çin'in uyguladığı yanlış politikalara rağmen, SARS'ın kontrol altına alınmasındaki en önemli faktörün tesadüf olduğunu açıkça ortaya konulmaktadır. Dünya, hastalığın damlacıklar yoluyla yayıldığı, grip ve çiçek hastalığı gibi klasik hava yoluyla bulaşan hasatlıkların aksine, bulaşma riskinin uzun süreli temas gerektirdiği için şanslı sayılmıştır. Kontrol altında tutulması kolaydır çünkü insandan insana kolaylıkla aktarılamadığı bilinmektedir. SARS hastalarının çoğu, herhangi bir ikincil temas varsa, çok azını enfekte etmektedir. Nadiren sorgulanan epidemiyolojik bir varsayım, tüm hastaların aşağı yukarı eşit derecede bulaşıcı olduğudur. Bununla birlikte, SARS durumunda, salgında büyük bir rol, çok sayıda teması orantısız bir şekilde etkileyen ve bu nedenle süper kırıncılar olarak adlandırılan küçük bir hasta grubu tarafından onaylanmıştır. Etkilenenlerin küçük bir kısmına bulaşma bağımlılığı, SARS'ın yayılmasında önemli bir sınırlama olarak görülmektedir.

SARS, her ne kadar zayıf bir şekilde aktarılabilir olsa da etkilediği müreffeh ve iyi kaynaklara sahip ülkelerin hastanelerinde ve sağlık sistemlerinde "kapasite artışı"

olmadığını ortaya çıkarmaktadır. SARS, salgın grip olmuş olsaydı ve iyi donanımlı modern hastaneler ve halk sağlığı hizmetleri bulunan şehirleri ziyaret etmek yerine kaynak bakımından fakir ülkelere seyahat etmiş olsaydı bu durum karşısında neler olabileceği düşünüldüğünde 2003 olaylarının bu duruma dair bir öngörü niteliğinde olduğu söylenebilir. Dahası, SARS, savaşın ya da bir doğal afetin yıkımı ve yerinden edilmesinin ortasında değil, barış zamanında geldiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, Birinci Dünya Savaşı sırasında birliklerin hareketiyle yaygın bir şekilde yayılan grip salgını olan 1918-1919 “İspanyol Hanımefendi”nin meydan okumasını tekrar etmedi SARS, DSÖ'nün bulunduğu Güneydoğu Asya'da da bir solunum hastalığı olarak ortaya çıktı. Nöbetçi sistem, tam olarak böyle bir acil durumu izlemek ve müdahale etmek için oluşturulmuştur. Toronto'daki Scarborough Hastanesi'nde ön saflarda SARS salgınıyla savaşan Doktor Paul Caulford bu konuları gündeme getirdi. Aralık 2003'te, acil durum geçtikten sonra şu ifadelerde bulunmuştur:

“SARS bizi, gezegenimize nasıl davrandığımızı ve sağlık hizmetlerini nasıl sunduğumuz konusunu sonsuza kadar değiştirmiştir. SARS, birkaç hafta içinde dünyanın en iyi kamu kuruluşları tarafından finanse edilen sağlık sistemlerinden birini diz çöktürdü. Kaynaklarımız ve teknolojilerimiz olmadan hastalığın bir topluma neler yapabileceğini düşünmek beni cesaretlendirdi. Hem yerel hem de dünya ölçeğinde sağlık hizmeti sunumunu yönetme şeklimizde önemli değişiklikler olmadan, milyonlarca insanın bu virüsle ya da sonraki şekilde, aksi takdirde önlenemez imhası riskini alıyoruz.” (Caulford, 2003).

SARS'a karşı kazanılan zaferin sonunda bir soru kalmaktadır: “1992'den beri salgın hastalıklara karşı yeniden silahlanma konusundaki etkileyici çabalardan sonra bile, uluslararası toplum yaklaşmakta olan hastalıklara ne kadar hazır? Sonsuza dek değişim gerçekleşti mi?”

2.2.3. RUH SAĞLIĞI ve COVID-19 SALGINI

Belirsiz tahminler, test ve tedavi için müdahale ekiplerini ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını enfeksiyondan korumak için ortaya çıkan ciddi kaynak kıtlığı, kişisel özgürlükleri ihlal eden alışılmadık halk sağlığı önlemlerinin dayatılması, büyük ve büyüyen mali kayıplar ve yetkililerden gelen çelişkili mesajlar başlıca konular arasındadır. Kuşkusuz yaygın duygusal sıkıntıya ve Covid-19 ile ilişkili psikiyatrik hastalık riskinin artmasına katkıda bulunacak stresörlerdir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları,

pandemik tepkinin bir parçası olarak bu duygusal sonuçların ele alınmasında önemli bir role sahiptir (Gaspar vd., 2001).

Halk sağlığıyla ilgili acil durumlar, hem bireylerin (örneğin güvensizlik, kafa karışıklığı, duygusal izolasyon ve damgalanmaya neden olan) hem de toplulukların (ekonomik kayıp, iş ve okulların kapanması, tıbbi sağlık için yetersiz kaynaklar nedeniyle yanıt ve ihtiyaçların eksik dağılımı) sağlığını, güvenliğini ve refahını etkileyebilmektedir. Bu etkiler, hastalığa yakalanan kişilerde bir dizi duygusal tepkiye (sıkıntı veya psikiyatrik durumlar gibi), sağlıksız davranışlara (aşırı madde kullanımı gibi) ve halk sağlığı direktiflerine (evde hapis ve aşı gibi) uyulmamasına dönüşebilme özelliği taşımaktadır. Genel popülasyonda afet ruh sağlığı üzerine yapılan kapsamlı araştırmalar, duygusal sıkıntıların etkilenen popülasyonlarda her yerde mevcut olduğunu ortaya koymuştur, bu Covid-19 salgınından etkilenen popülasyonlarda yankılanması kesin bir bulgudur.

Afetlerden sonra çoğu insan dirençlidir ve psikopatolojiye boyun eğmezler. Aslında, bazı insanlar yeni güçler bulmaktadırlar. Bununla birlikte, "geleneksel" doğal afetlerde, teknolojik kazalarda ve kasıtlı kitle imha eylemlerinde birincil endişe, travmaya maruz kalmadan kaynaklanan travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB). Hayatı tehdit eden viral enfeksiyon gibi doğal nedenlerden kaynaklanan tıbbi durumlar, TSSB tanısı için gerekli travma için mevcut kriterleri karşılamamaktadır ancak depresif ve anksiyete bozuklukları gibi başka psikopatoloji ortaya çıkabilmektedir.

Bazı gruplar, pandeminin psiko-sosyal etkilerine karşı diğerlerinden daha savunmasız olabilmektedir. Özellikle, hastalığa yakalanan kişiler, hastalığa yakalanma riski yüksek olanlar (yaşlılar, bağışıklık fonksiyonu zayıflamış kişiler ve toplu ortamlarda yaşayan veya bakım görenler dahil) ve önceden tıbbi, psikiyatrik veya madde kullanım sorunları olan kişiler, olumsuz psiko-sosyal sonuçlar için artan risk olarak görülmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, virüse maruz kalma riski, sevdiklerine bulaştırma ve sevdiklerine bakma endişeleri, kişisel koruyucu destek (KKD) eksikliği, daha uzun çalışma saatleri ve duygusal ve etik açıdan yüklü kaynak tahsis kararları. Ruh sağlığı sorunları için tarama, psiko-eğitim ve psiko-sosyal destek gibi önleme çabaları, bunlara ve olumsuz psiko-sosyal sonuçlar riski taşıyan diğer gruplara odaklanılmalıdır.

Hastalığın doğasında var olan streslerin ötesinde, kitlesel ev hapsi direktifleri (evde kalma emirleri, karantina ve tecrit dahil) İnsanlar için yenidir ve insanların bireysel ve toplu olarak nasıl tepki vereceği konusunda endişeleri artırmaktadır. Karantinaya alınan

kişiler ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının örneklerinde psikolojik sekellerin yakın zamanda gözden geçirilmesi öğretici olabilir; stres, depresyon, asabiyet, uykusuzluk, korku, kafa karışıklığı, öfke, hayal kırıklığı, can sıkıntısı ve karantina ile bağlantılı damgalanma gibi, bazıları karantina kaldırıldıktan sonra da devam eden sayısız duygusal sonucu ortaya çıkarmıştır. Spesifik stres etkenleri arasında daha uzun hapis cezası, yetersiz malzeme bulundurma, tıbbi bakım ve ilaçları temin etmede zorluk ve sonuçta mali kayıplar bulunmaktadır (Lifson, 1996). Mevcut pandemide nüfusun büyük bir kısmının belirsiz süreler boyunca evde hapsedilmesi, kalış süreleri arasındaki farklar çeşitli yargı bölgeleri tarafından verilen ev emirleri ve hükümetten ve halk sağlığı yetkililerinden gelen çelişkili mesajlar büyük olasılıkla rahatsızlığı artıracaktır. 2000'lerin başlarında şiddetli akut solunum sendromundan (SARS) etkilenen topluluklarda yapılan bir araştırma, topluluk üyelerinin, etkilenen bireylerin ve sağlık çalışanlarının başkalarına bulaşma riskini azaltmak ve toplumun sağlığını korumak için karantinaya uymaya motive olduklarını ortaya koyduğu ifade edilmektedir. Duygusal sıkıntı, bazılarının emirlerini ihlal etmeyi düşünmeye sevk ettiği görülmektedir.

Psiko-sosyal ihtiyaçları izleme ve klinik uygulamada doğrudan hasta görüşmeleri sırasında destek sağlama fırsatları, bu krizde büyük ölçekli ev hapsi ile büyük ölçüde azaltılmaktadır. Giderek artan bir şekilde birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan psiko-sosyal hizmetler, tele tıp aracılığıyla sunulmaktadır. Covid-19 bağlamında, psiko-sosyal değerlendirme ve izleme Covid-19 ile ilişkili stresörlere (enfekte kaynaklara maruz kalma, enfekte aile üyeleri, sevdiklerinin kaybı ve fiziksel mesafeler gibi), ikincil olumsuzluklar (ekonomik kayıp, örneğin), psikososyal etkiler (depresyon, anksiyete, psikosomatik meşguliyetler, uykusuzluk, artan madde kullanımı ve aile içi şiddet gibi) ve savunmasızlık göstergeleri (önceden var olan fiziksel veya psikolojik durumlar gibi) şeklindedir. Bazı hastaların resmi zihinsel sağlık değerlendirmesi ve bakımı için sevk edilmesi gerekirken, diğerleri, sağlığı geliştirmek ve başa çıkmayı geliştirmek için tasarlanmış destekleyici müdahalelerden (psiko-eğitim veya bilişsel davranış teknikleri gibi) yararlanabilmektedirler. Genişleyen ekonomik kriz ve bu pandemiye çevreleyen sayısız belirsizliğin ışığında, intihar düşüncesi ortaya çıkabilir ve bir akıl sağlığı uzmanıyla acil konsültasyonu veya olası acil psikiyatri hastanesine yatış için sevk gerektirebilmektedir.

Psikososyal spektrumun daha hafif ucunda, hastaların, aile üyelerinin ve halkın deneyimlerinin çoğu, bu tür strese karşı olağan tepkiler hakkında bilgi verilerek ve insanların korkunç koşulların ortasında bu tür streslerde bile idare edebileceğine ve yaptıklarına işaret edilerek uygun şekilde normalleştirilebilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, stres yönetimi ve başa çıkma (faaliyetlerin yapılandırılması ve rutinlerin sürdürülmesi gibi) için öneriler sunabilir, hastaları sosyal ve zihinsel sağlık hizmetlerine bağlayabilir ve hastalara gerektiğinde profesyonel ruh sağlığı yardımı almaları için danışmanlık yapabilir. Medya haberleri duygusal olarak rahatsız edici olabileceğinden, pandemi ile ilgili haberlerle temas izlenmeli ve sınırlandırılmalıdır. Ebeveynler genellikle çocuklarının sıkıntısını hafife aldıklarından, çocukların tepkilerini ve endişelerini ele almak için açık tartışmalar teşvik edilmelidir.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının kendilerine gelince, SARS-CoV-2'nin yeni doğası, yetersiz testler, sınırlı tedavi seçenekleri, yetersiz KKD ve diğer tıbbi malzemeler, genişletilmiş iş yükleri ve ortaya çıkan diğer endişeler, stres kaynaklarıdır ve sistemleri alt etme potansiyeline sahiptirler. Akıl sağlığı hizmeti sağlayıcıları da dahil olmak üzere hizmet sunanlar için öz bakım, hastalık ve riskler hakkında bilgilendirilmeyi, kişinin kendi stres tepkilerini izlemeyi ve kişisel ve profesyonel sorumluluklar ve endişeler için uygun yardım aramayı içerir, gerekirse profesyonel ruh sağlığı müdahalesi dahildir. Sağlık hizmetleri sistemlerinin, tepkileri ve performansı izleyerek, atamaları ve programları değiştirerek, beklentileri değiştirerek ve gerektiğinde psiko-sosyal destek sunmak için mekanizmalar oluşturarak bireysel hizmet sunucuları ve genel operasyonlar üzerindeki stresi ele alması gerekecektir. Çoğu Covid-19 vakasının, ruh sağlığı eğitimi çok az olan veya hiç olmayan çalışanlar tarafından sağlık hizmeti ortamlarında tespit edileceği ve tedavi edileceği düşünüldüğünde, bu ortamlarda psiko-sosyal endişeler için değerlendirme ve müdahalenin yapılması zorunludur. İdeal olarak, ruh sağlığı ile ilgili hususların Covid-19 bakımına entegrasyonu, eyalet ve yerel planlama yoluyla örgütsel düzeyde ele alınacaktır; şiddetli psiko-sosyal sonuçları belirleme, yönlendirme ve tedavi etme mekanizmaları ve uzmanlara danışma kapasitesinin sağlanması (Gagnon vd., 2002).

Sağlık sistemi liderlerine, ilk müdahale ekiplerine ve sağlık profesyonellerine psiko-sosyal konularla ilgili eğitim ve öğretim sağlanmalıdır. Ruh sağlığı ve acil durum yönetimi toplulukları, afet ruh sağlığı, akıl sağlığı triyajı ve sevk, özel nüfus ihtiyaçları ve ölüm bildirimi ve yas bakımı ile ilgili kanıta dayalı kaynakları belirlemek, geliştirmek

ve yaymak için birlikte çalışmalıdır. Risk iletişimi çabaları, önleme direktifleri, aşı bulunabilirliği ve kabul edilebilirliği gibi ortaya çıkan sorunların karmaşıklıklarını ve pandemilerle ilgili gerekli kanıta dayalı müdahaleleri önceden tahmin etmeli ve bir dizi psiko-sosyal endişeyi ele almalıdırlar. Ruh sağlığı uzmanları, güvenilir liderler tarafından iletilecek mesajların hazırlanmasına yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (Gagnon vd., 2002).

Covid-19 salgınının bireysel ve toplum sağlık ile duygusal ve sosyal işlevsellik için endişe verici sonuçları bulunmaktadır. Tıbbi bakım sağlamanın yanı sıra, halihazırda gergin olan sağlık hizmeti sağlayıcıları, psiko-sosyal ihtiyaçları izlemede ve hastalarına, sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve halka psiko-sosyal destek sağlamada önemli bir role sahiptirler.

2.2.3.1. 2019 Yılında Koronavirüs Hastalarında Görülen Şiddetli Sonuçlar (COVID-19)

Küresel olarak, yaklaşık 150 ülkede tahmini 7.000 ölüm dahil olmak üzere, 2019 yeni koronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğu yaklaşık 170.000 doğrulanmış koronavirüs hastalığı (COVID-19) vakası bildirilmiştir (WHO 2020). 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınını bir pandemi olarak ilan ettiği bilinir (WHO 2020). Çin'den elde edilen veriler, yaşlı yetişkinlerin, özellikle de ciddi sağlık sorunları olanların, gençlere göre ciddi COVID-19 ile ilişkili hastalık ve ölüm riskinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020). Çin'de rapor edilen COVID-19 vakalarının çoğunluğu hafif olmakla birlikte (%81), ölümlerin yaklaşık %80'i 60 yaşındaki yetişkinler arasında meydana gelmiş, yalnızca 19 yaşındaki bir kişide (%0,1) ölüm meydana geldiği iletilmektedir (Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020).

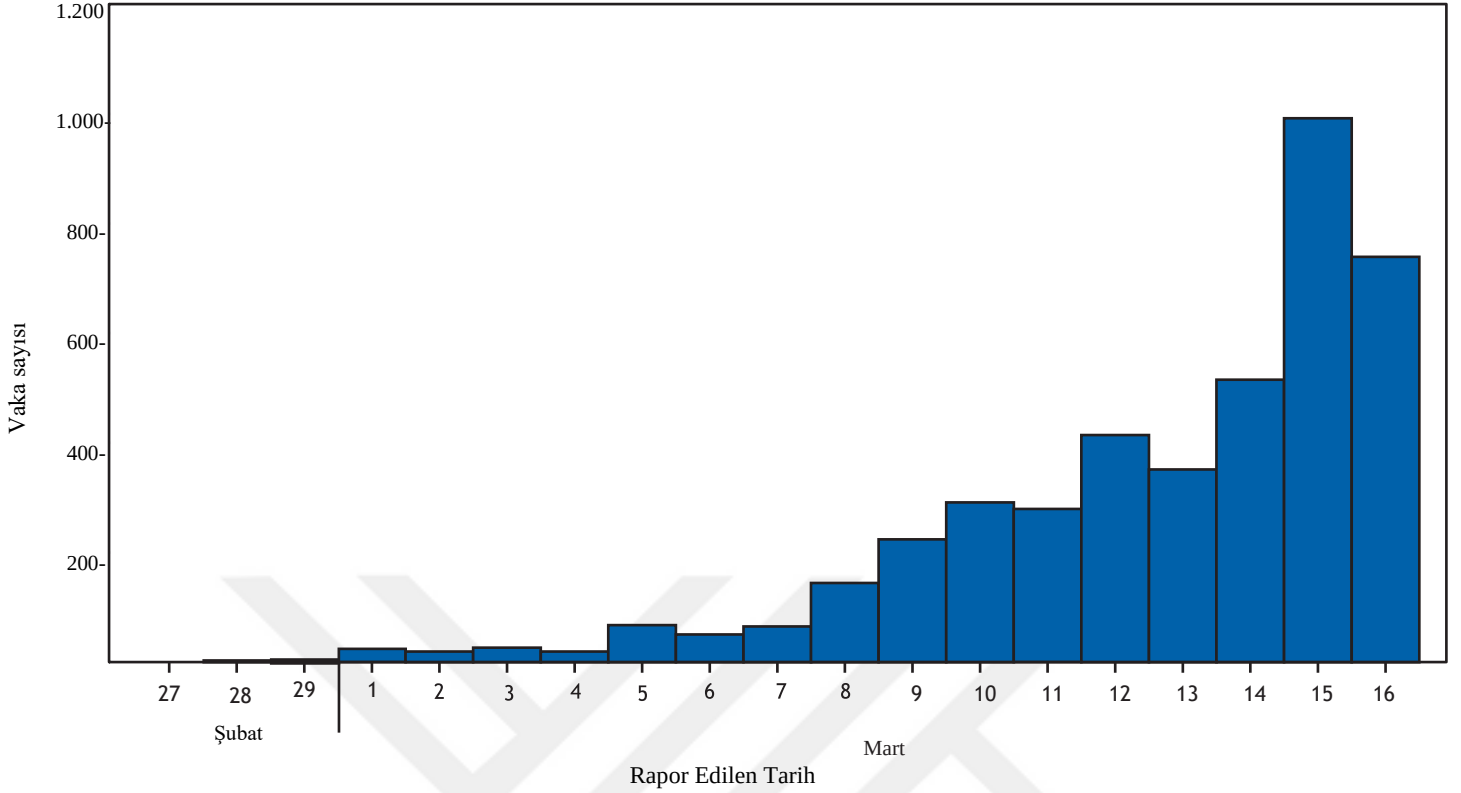
Bu raporda, Amerika Birleşik Devletleri'nde 12 Şubat- 16 Mart 2020 tarihleri arasında meydana gelen COVID-19 vakaları ve hastalığın şiddeti (hastane, yoğun bakım ünitesine yatış ve ölüm) yaş gruplarına göre analizi verilmektedir.

16 Mart itibarıyla, Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam 4.226 COVID-19 vakası, uzun süreli bakım tesislerinde yaşayan yaşlı yetişkinler arasında bildirilen çok sayıda vaka ile CDC'ye bildirildiği ifade edilmektedir (CDC, 2020). Genel olarak, vakaların %31'i, hastaneye yatışların %45'i, YBÜ (Yoğun Bakım Ünitesi)'ne kabullerin %53'ü ve COVID-19 ile ilişkili ölümlerin %80'i 85 yaşındaki kişiler arasında şiddetli sonuçların en

yüksek yüzdesi ile 65 yaşındaki yetişkinler arasındadır. Aksine, 19 yaşları arasında hiçbir YBÜ yatışı veya ölümü rapor edilmediği görülmektedir. Diğer ülkelerden gelen raporlara benzer şekilde, bu bulgu COVID-19'dan ciddi hastalık ve ölüm riskinin ileri yaş gruplarında daha yüksek olduğunu göstermektedir. 49 eyalet, Columbia Bölgesi ve üç ABD bölgesinden (CDC, 2020) 12 Şubat- 16 Mart arasındaki CDC'in analiz edildiği ifade edilmiştir. Wuhan, Çin ve Japonya'dan ABD'ye geri gönderilen kişiler arasındaki (yolcu gemilerinden ülkesine geri gönderilen hastalar dahil) vakaların hariç tutulduğu ifade edilmiştir. Devletler ve yargı bölgeleri, önceden geliştirilmiş veri toplama formlarını kullanarak laboratuvar tarafından doğrulanmış COVID-19 vakalarına ilişkin verileri gönüllü olarak bildirdiği görülmektedir (CDC, 2020).

Bu raporda açıklanan vakalar, hem eyalet veya yerel halk sağlığı laboratuvarları tarafından onaylanan COVID-19 vakalarını hem de eyalet veya yerel halk sağlığı laboratuvarlarında pozitif test ve CDC'de doğrulama olanlarını içermektedir.

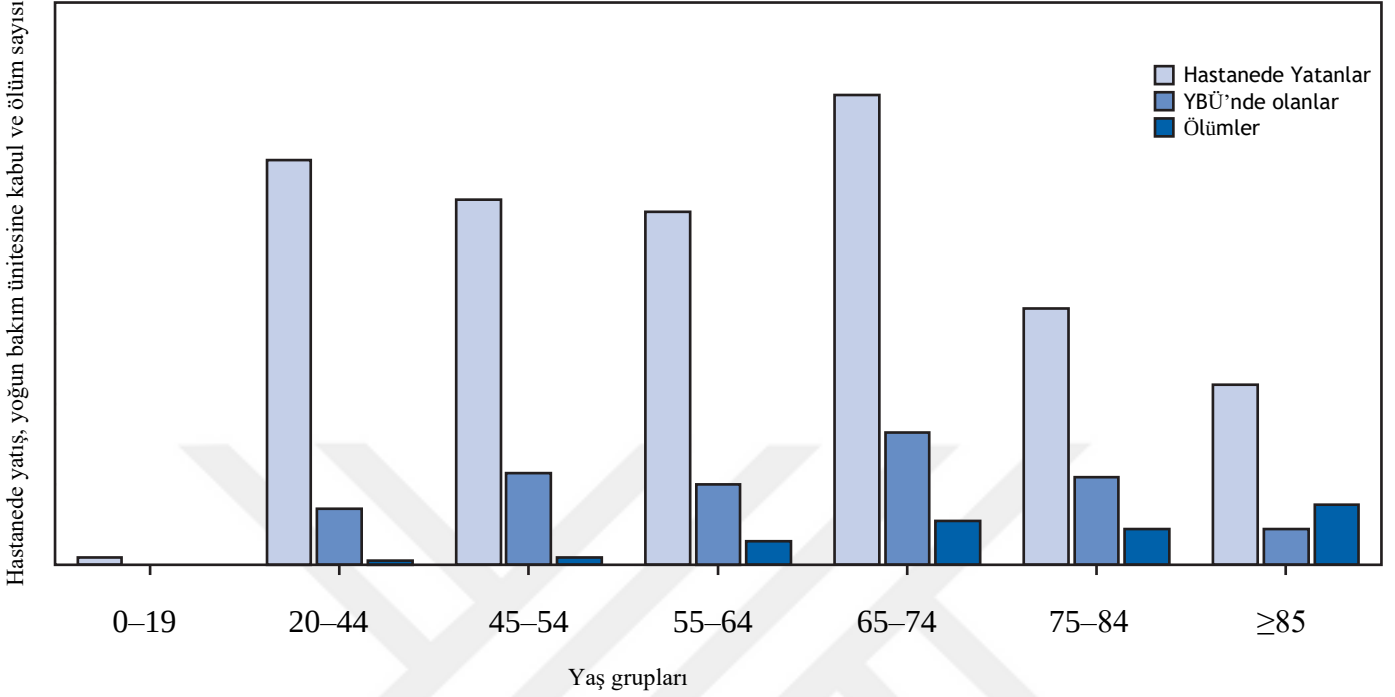
İlk açıklanan vakalarla ilgili veriler hastalığın ciddiliği açısından başlangıç niteliğinde olmuştur. Hastaneye yatan 1.514, YBÜ'nde olan 2.253, ölen 2.001 ve 386 tane yaşlı bireyin olduğu rapor edilmiştir. Bu eksik veriler nedeniyle, hastaneye yatış, yoğun bakım ünitesine kabul ve ölüm yüzdeleri (CDC) bir aralık olarak tahmin edilmiştir. Bu yüzdelerin alt sınırı, payda olarak her yaş grubundaki tüm vakalar kullanılarak tahmin edilmiştir. Bu yüzdelerin karşılık gelen üst sınırı ise, yalnızca payda olarak her sonuç hakkında bilinen bilgiler içeren vakalar kullanılarak tahmin edilmiştir. 16 Mart itibariyle, Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam 4.226 COVID-19 vakası rapor edilmiştir. 14 Mart'tan itibaren günlük vaka sayısı Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Her gün bildirilen yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) vakalarının sayısı (S = 4.226)- Amerika Birleşik Devletleri, 27 Şubat- 16 Mart 2020

YBÜ'ne kabul edildiği bilinen 121 hastanın %7'si 85 yaş ve üzeri yaşlı bireylerden, %45'i 65-84 yaş aralığındaki yetişkin bireylerden, %36'sı 45-64 yaş aralığındaki kişilerden, %12'si 20-44 yaş aralığındaki kişilerden oluşmaktadır (Şekil 2). Vakaların sadece %5'i 0-19 yaşlarındaki kişilerde görülmüştür. 508 (%12'lik) hastanede yattığı bilinen hastaların %9'u 85 yaş ve üzeri, %36'sının 65-84 yaşları arasında olduğu, %17'sinin 55- 64 yaş arasında olduğu, %18'inin 45-54 yaş arasında olduğu ve %20'sinin 20-44 yaş arasında olduğu gözlemlenmiştir. Hastaneye yatışların %1'den azı 19 yaşında olan kişilerden oluşmuştur (Şekil 2). Hastaneye yatırılan kişilerin yüzdesi yaşla birlikte, 19 yaşındaki kişilerden %2-%3'ten 85 yaşındaki yetişkinlere %31 oranında yükselmiştir. YBÜ'ne kabul edildiği bilinen 121 hasta arasında, vakaların %7'si 85 yaş ve üzerindeki yetişkinler arasında, %45'i 65-84 yaşındaki yetişkinler arasında, %36'sı 45-64 yaşlarındaki yetişkinler arasında ve %12'si 20-44 yaş arası yetişkinler arasındadır. (Şekil 2). 19 yaş altındaki bireyler arasında hiçbir YBÜ yatışı rapor edilmemiştir. YBÜ'ye kabul

yüzdeleri, 20-44 yaş arası yetişkinler arasında en düşük (%2-%4) ve en yüksek 75-84 yaş arası yetişkinler arasındadır (%11-%31).



Şekil 2. COVID-19 hastaneye yatışlar, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabuller ve ölümlerin yaş grubuna göre ayrım grafiği. Amerika Birleşik Devletleri, 12 Şubat–16 Mart 2020

Ölüm oranı bilinen 44 vakadan 15'i (%34) 85 yaşındaki yetişkinler arasında, 20'si (%45) 65-84 yaşındaki yetişkinler arasında ve 9'u (%20) 20-64 yaşındaki yetişkinler arasında bildirilmiştir. Vaka-ölüm yüzdeleri, yaşlar arasında, 19 yaşındaki kişiler arasında hiç ölüm bildirilmemesinden, 85 yaş ve üzerindeki yetişkinler arasında en yüksek yüzdeler (%10–%27) yükselmiştir.

2.3. KORKU

Yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde yaşadıkları korkular, kaygılar, tükenmişlik seviyeleri, mesleki benlik saygılarının ölçülmesi amacı doğrultusunda öncelikle sağlık çalışanları ve sonrasında salgınlar hakkında literatür değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarında ölçülmesi amaçlanan kavramlardan birisi olan “korku” nun kavramsal boyutunu bu başlık altında işlenmiştir.

Furedi, korkuyu öngörülemeyen ve beklenmedik olaylarla karşılaşan insanların, zihinlerini yoğunlaştırmasını sağlayan bir teknik olarak belirtmektedir (Furedi, 2001). Günlük yaşantıda korkunun ortaya çıkmasını sağlayan birçok olayla karşılaşmaktadır. Farklı olaylar çerçevesinde bireyler hayal güçleri ile kendi korkularına yön vermektedir. Bir insanın hayatı boyunca çocukluktan başlayıp yetişkinlik çağına girdiğinde kendisinden, yaşadığı çevreden, kendi aile bireylerinden ya da yakın dostlarından kaynaklı çeşitli korkularla karşılaşabilmektedir. Bu tarz korkular ise bireyin kendi tecrübesi ile anlamlı duruma gelmektedir.

İlk çağlardan beri insanların güvenlik konusundaki ihtiyaçları gün geçtikçe artmaktadır. Bireylerin günlük yaşantılarını tehdit eden ve yaşantılarına zarar verici etkenlerle çevrelenmiş olduğuna inancı bulunmaktadır (Furedi, 2001). Gündelik yaşamda oluşan riskin artmasıyla ve belirsiz bazı öğelerin olmasından dolayı bireyde kaygı git gide artar ve oluşan bu durum korku kültürüne neden olmaktadır. İnsanların yaşadığı korku, içinde bulundukları duruma göre şekillenir ve kendilerini savunmasız hissettiği durumda ortaya çıkmaktadır. Yaşadıkları bu korkuların nedeni ise geçmişten duydukları söylentilere dayanmaktadır. Bu durum korkularını beslemekte ve yaşam tarzlarını değiştirmektedir.

Bireylerin yaşadığı korku kültürü, kendilerini depresif bir duruma soktuklarını ve basit bir rahatsızlığı bile bir salgın hastalık haline getirdiğini söyleyen Furedi, yaşanan risklerin ve olayların abartıldığı bir kültürle karşı karşıya olduğumuzu ayrıca belirtmektedir (Furedi, 2001). Toplum olarak korkuya yenik düşüldüğü zaman, bu korkuya sebep olan durumlar abartılmakta ve üstesinden gelme yöntemleri göz ardı edilmeye başlamaktadır. Kullanılan dil, korku kültürünün oluşmasında ve yüksek risklere dönüşmesinde büyük önem taşımaktadır. Jones ve Peccei (2004)' ye göre dilin kullanılması ve toplumun ikna edilmesi ile iktidarda kalmak arasında mühim bir ilişki gündemde olduğu için siyasi liderler medya araçlarını kullanarak söylemlere hâkim olmaya çalışırlar (Devran, 2010). Yapılan araştırmada pandeminin toplum üzerinde korku kültürünü ne şekilde oluşturduğunu, küresel olarak risk haline gelmesini ve pandemi sürecinin kısa zamanda normalleştirme sürecine sokulmasında medyanın, sivil toplum örgütlerinin ve siyasi liderlerin kullandıkları söylemlerin, işleyişi ne şekilde oluşturduğunun üzerinde durulmaktadır. Toplumda güvenlik olgusunun yüceltilmesinin sebebi içlerinde

bulundukları durumun ne zaman sona ereceğinin belirsizliği ve bu belirsizliğin sebep olabileceği farklı risklerin olduğu düşünülmektedir (Furedi, 2001).

Risklerin artmasının nedeninin yalnızca modern toplumun gelişiminin (Aggarwal ve Krawczynski, 2000) sebep olmadığı, genel güvensizlik ilkesi (World Health Organization, 2006) ile açıklanabilmektedir. Günlük yaşantıda bireylerin kişisel güvenden daha çok toplumun belirlediği unsurların temel değer haline geldiği düşünülmektedir.

2.4. KAYGI

Bireyin çevre uyaranlarına karşı yaşadığı bedensel, zihinsel ve duygusal olarak uyarılmışlık sendromu; “kaygı” olarak bilinmektedir. Bu durum, bireyde yüksek riskler oluşturarak yaşantısını etkileyecek düzeylere kadar dönüşebilen bir durumdur (Kierkegaard, 2004).

Kaygıyı “Ölüme kadar devamlılığı olan hastalık” olarak belirten Kierkegaard, kaygının yaşantının kaçınılmaz bir parçası olduğunu ifade etmektedir. Başka bir açıdan Goldstein ise kaygının kişinin sahip yetenekler ile beklentileri arasında kalan uyumsuzluk olarak belirtmektedir (Kierkegaard, 2004).

Cannon, kaygının kişilerin dengelerinin düzeyini bozacağı tehlikelere karşı bir reaksiyon veya bireylerin bozulan dengelerinin tekrardan düzenlenme çabalarında ortaya çıkacak sonucun etkisinde olduğunu belirtmektedir (Kierkegaard, 2004). Pavlov ise anksiyeteyi şartlandırılmış bir reaksiyon olarak tanımlamakta ve önceden nötr olan uyaranın kaçınılmasının gerekli olduğu bir uyaran ile tepkimesi sonucunda kaygının ortaya çıktığını ifade etmektedir (Kierkegaard, 2004).

Kimmel, kaygıyı bütün canlıların yaşadığı temel duygulardan biri olduğundan bahsetmektedir. Kaygı, bireyin tehdit altında olduğu, kendisine meydan okunan bir ortamda oluşu ve kişinin kendisini yetersiz görmesi olduğunu belirtmektedir. Bireylerin karşı karşıya kaldıkları bu durumda kişisel yetersizliklerinin arzu edilemeyen neticelerinin üzerinde odaklanılmaktadır (De Goyet, 2004).

Farklı tanımlara göre anksiyete (kaygı), bireyin hayatında karşısına çıkan olaylar ile ilgili olarak engelleyemediği yüksek dereceli kuruntu ve endişe verici bir durum olduğundan bahsedilmektedir (Özer, 1994). Kaygı, uyarılmışlık durumu ve stresle eş anlamlı olduğu akıllara gelmektedir ve çoğunluk olarak bu şekilde kullanılmaktadır.

Kaygının arttırılmış fizyolojik uyarılmış ve subjektif bir endişe olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, 2004).

Kaygı, bireyin kendi duygularının ve fiziksel yaptırımların altındayken meydana geldiği bir tepkidir. Örnek olarak toplum karşısında konuşma yapılacağı zaman bir anda soluk alıp vermek hızlanır ve akabinde terleme gelir. Sonrasında kişi tarafından yavaş yavaş kalp sesinin arttığı fark edilir ve bunları az da olsa tedirginlik duygusu takip eder.

Bilirkişilerce göre bu durum; çevresel ve biyolojik etkilerin karışımıdır. Yaşanılan iç ve dış dünyanın sonuçları olarak bir tehlike olasılığı veya bir kişi tarafından tehlike arz ettiğini düşünüldüğünde yorumlanmadan herhangi bir olay karşısında meydana gelen duygudur (Sack ve Sıddique, 1998).

İnsanlar genellikle kaygıyı ilerideki yaşantılarıyla ilgili karamsarlık, endişe, umutsuzluk ve başarısızlık gibi karışık duygular olarak dile getirirler. Hayat süresince belirli inişlerin ve çıkışların olması doğal karşılanır. Bu tarz olgular gelip geçici olarak ifade edilir. Fakat bilimsel olarak bu durum ele alındığında rahatsızlık düzeyinde olmadığı sürece kaygı duymanın bireyi motive ettiği belirtilmektedir. Asıl önemli olanın bireyin kendi eksikliklerinin üzerine gidip bunları elimine etmenin yollarını bulması ve kaygının, kişinin yaşantısını engelleyecek düzeye gelmeden kendi içinde bu durumla başa çıkması gerektiğidir (Boumandouki vd., 2005).

Gündelik hayatta her koşulda insanların karşısına stres çıkabilmektedir. Hem bireylerin kişilik niteliklerine hem de stres oluşabilecek çevrenin yapısına göre değişik tepkiler görülebilmektedir. Stresle karşı karşıya gelindiğinde davranışsal ve düşsel mekanizmalar etkili olmadığı zaman fizyolojik mekanizmalar tepki gösterir. Stres adrenalini arttırıp hipofiz bezlerini ve otonom sinir sistemini aktif eder. Yaşanılan streslerin psiko-fizyolojisine bağlı günümüz araştırmaları, stresin otonom sinir sisteminde ve endokrin bezi üzerinde etkisinin olduğunu ifade eder. Herhangi bir stres anında organizmanın bozulan dengesini uyum içerisinde devam ettirebilmesi için bir bütün olarak tepki göstermesi ve tekrardan iç dengesini kurabilmesi “genel adaptasyon sendromu” (GAS) olarak isimlendirilir. Üç aşamadan oluşan GAS tablosu farklı her aşama için belirli miktarlarda enerjiye ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir (De Goyet, 2000; Noji vd., 1997).

Alarm Reaksiyonu:

Kişi stres olduğu bir olay veya durumla karşı karşıya kaldığı zaman verdiği tepki alarm tepkisidir. Stres etkeni ile karşılaşma olduğunda alarm sinyallerinin uyarıcısı, stres faktörünün farklı dokuları etkilemesi, bazı vücut sistemlerini harekete geçirmesi ve neticesinde hayati önemi olan bazı maddelerin kaybıdır. Yaşanılan bu olay; şok evresi ve karşı şok evresi olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Şok yaşanan dönemde bireyin otonom sinir sistemi reaksiyon gösterir ve epinefrin (adrenalin) ve kortizon yüksek miktarda salgılanır. Kalp ritminde artış, kas hacminde azalma, kan basıncında meydana gelen değişiklikler, vücut ısısında düşüş, soğuk ve derinin nemlenmesi gibi belirtiler meydana gelir. Bu birinci aşama 1 dakika ile 24 saat gibi kısa bir sürede yaşanır. Ardından karşı şok evresi gelir. Bu adımda karşı tepkiler ortaya çıkar. Organizma içinde bulunduğu durumun üstesinden gelebilmek için aktif biçimde fizyolojik etkileşimlerde bulunur. Böbrek üstü bezleri ve adrenal korteks genişler ardından adrenokortikotropik (ACTH) hormonunda yirmi kat artış meydana gelir. Hormonların bu denli belirgin olmasındaki sebep GAS'nun ilk evresinde savaşıma veya kaçma isteği uyandırması için vücudu hazırlamaktır. Böylelikle direnç evresine geçilmeye hazırlanılır (De Goyet, 2004; Noji vd., 1997).

Direnç Dönemi:

Bu evrede vücut stres oluşturan unsurların üstesinden gelmeye çalışır ve bedenini bu duruma adapte eder. Kişi bu evrede yeterli savunmalardan faydalanarak alarm tepkisindeki belirtilerin üstesinden gelir. Medullar ve Adrenokortikal hormonlarının salgımları normalleşir. İnsanların büyük bir kısmı gündelik yaşamında oluşan bu iki durum arasında gidip gelirler. Ardından vücut bu durumlara karşı uyum sağlar ve denge kurar. Direnç evresinin süresi etkenin gücüne, bedenin adaptasyon yeteneğine ve enerjisine bağlıdır. Stres faktörü devam ettiği sürece uyum halinde devam edip gidemez ve adaptasyon sürecinde bireyin enerjisinin bitmesinin ardından üçüncü evr.

Tükenme-Bitkinlik Dönemi:

Stresin meydana getirdiği negatif etki çoğalır ve adapte olmasını sağlayacak enerji komple bitmiştir. Yaşanılan bu dönemde bazen tekrardan alarm dönemi tepkileri meydana gelir. Üstesinden gelinemeyen stresler, kişinin dengesini bozar ve sağladığı uyum enerjisini bitirir. Organizmaya geri dönüşü olmayan etkiler bırakır. Bu dönemde bireyin hastalıklara karşı direnci düşer. Özellikle negatif uyarandan kaçma yollarının kapandığı veya geçmişte yaşanan deneyimlerin sonucunda stresin kontrol altına

alınmadığı algısı var ise, bazı durumlarla bağlantılı koşullarda uyaran niteliğinde imaj ve düşünce, çaresizlik ve yardım görememe duygusuyla beraber birey, uyaranı pasif olarak kabul eder ve geri çekilebilir. Bu durumların sonucunda kişinin kendine zarar verici eylemlerde bulunması olasıdır. Stresin üstesinden gelebilmek için önce stresin kaynağına inip stresi tanımlamak gerekir. Stresin yol açtığı sebebi belirlemek için yaşanan bu olayın kaynağına ulaşmak gerekir. Stres altındaki kişide ruhsal, biyolojik ve hatta toplumsal farklılıklar meydana gelebilir. Bireylerin stres durumunda gösterdikleri tepkimeler, farklı gruplar altında incelenebilir. Stres, bireyin yaşantısına baştan sona etki eden bir unsurdur (De Goyet, 2004; Özer, 1994; Noji vd., 1997).

Kaygı Belirtileri

Kaygı, bireylerde alışılmışın dışında bir hassasiyet duygusu, vücudun bazı bölgelerinde kan basıncı ve duygusal bütünlüklerinde birtakım bozukluklar gibi tepkimelere sebebiyet vermektedir (World Health Organization, 2005)

Az da olsa yaşanan tedirginlik ve gerginlik panik derecesine ulaştığında farklı şiddetlerde açığa çıkan kaygılar olabilmektedir. Gerginlik, endişe, ürkme ve kişinin kendisini rahatsız hissetmesi, güven problemi, korku, panik, tedirginlik, şaşkınlık, sağlıklı düşünememe, baş ağrısı, ağız kuruluğu, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı, halsizlik, güçsüzlük, iştah kaybı, kan basıncının düşmesi veya yükselmesi, kas gerginliği, solunum sıklığında artış, mide ve/veya bağırsaktan kaynaklı problemler, terleme, titreme, uyku problemi gibi belirtiler kaygının, ruhsal alandan bedensel alana doğru geçişleri olabilmektedir. Ayrıca kişiden kişiye değişiklik gösteren kaygı, davranışsal açıdan belirtiler de gösterebilmektedir (De Goyet, 2000).

Düzensiz nefes almanın kişiye fiziksel etkileri bulunabilir. Hiperventilasyon ya da over-breating denen yüzeysel, istem dışı hızlı nefes alıp vermeden dolayı kimi insanlar yaşanan olay sonucunda bu duruma bağlı bedensel etkilerini yaşamaktadır. Hiperventilasyon panik atağı meydana gelebilir; şiddetli bir biçimde ve ani yaşanan kaygı bireylerde kalp krizine veya benzer durumların altında olduğu hissine kapılabilirler (Albert vd., 2004).

Sürekli ve sık yaşanan kaygı, bireylerin yaşantılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Böyle bir durumla karşı karşıya kalındığında bireyin hayatı ve toplumsal gelişimi felakete uğrar. Kimi durumlarda ise bireyin yaşantısı tamamen durabilir. Stres ve kaygı durumu kişiye zarar verebilir ve bu gibi durumlarda ne yapılacağını bilmek, bireyi oluşturan bu

durumdan kurtarabilir ya da durumunu iyice kötüye götürebilir. Oluşan bu durumu kontrol altında tutmak bireyin sağlığı için hayati önem taşımaktadır (Katsumata, 1998).

Yapılan biyolojik çalışmalarda beynin kaygı ile ilgili kısımlarında (limbik sistem, kortikal yapı, bazal ganglionlar), olağan durumlarda stres yanıtlarında olması gereken otonom sinir sistemi yapısının esnekliğinin azaldığı görülmektedir (Özer, 1994).

Kaygıdan kaynaklı oluşabilecek davranış bozukları ve belirli semptomlar, depresif bozukluklar ile aynı zamanda kişide görülebilir (Katsumata ve Kamaruddin, 2005).

Gündelik hayatın her bir evresinde kaygı önümüze çıkabilir ve çeşitli durumlar sonucunda karşı karşıya kaldığımız kaygının şiddeti ve sıklığı artabilir. Kaygı duygusu genellikle insanlar tarafından yaşanır. Yaşanılan bu duygunun temel amacı; yaşantının sürdürülebilir olması ve uyum davranışının gelişimine yardımcı olması, bu duygu yardımıyla tahmin edilemeyen durumlardan sakınılması, üstesinden gelinmesi ya da kaçınılmasıdır. (Katsumata ve Kamaruddin, 2005; Waring, vd., 2002).

Bireylerde 3 farklı çeşitte kaygı belirtileri gözlemlenebilir.

Fizyolojik Belirtiler:

- Bireylerin kolaylıkla farkına varabileceği belirtiler;
- Kas spazmı
- Mide ağrıları, baş ağrısı
- Uyku düzeninin bozulması
- Taşikardi, kalp çarpıntısı
- Bağırsak hareketlerinde değişiklik (ishal-kabızlık), iştah kaybı, bulantı, kilo kaybı
- Nefes alıp vermede düzensizlik, nefes darlığı
- Terleme, titreme
- Yorgunluk, halsizlik
- Dilin damağın kuruması
- El ve ayak parmaklarının soğukluğu
- Rengin soluklaşması vb. (Lee ve Graham, 2001).

Kaygının Psikolojik Belirtileri;

- Huzursuzluk, tedirginlik

- Umutsuzluk, mutsuzluk, çaresiz hissetme
- Öfke, kızgınlık
- Endişe, korku
- Durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik
- Nedensiz olarak ağlama isteği veya kolayca ağlama eğilimi
- Yalnızlık hissi, kendine güvenememe
- Ruh halinde değişkenlik
- Gerginlik ve/veya sinirlilik hali
- Karar vermede güçlük (Lee ve Graham, 2001).

Kaygının Zihinsel Belirtileri;

- Aşırı uyanıklık hali
- Olumsuz yorumları içeren inanç ve düşünceler
- Unutkanlık
- Düşünceleri organize etmede güçlük çekme
- Dikkat/konsantrasyon bozuklukları (Lee ve Graham, 2001).

Kaygının Davranışsal Belirtileri;

- Kişinin sakin bir şekilde oturmasını ve dinlenmesini engelleyen aşırı psikolojik enerji sonucu hareketlilik
- Kaçma davranışı (Örneğin, öğrencinin sınavı yarıda bırakıp çıkması)
- Kaçınma davranışı (Örneğin, öğrencinin sınava girmemesi)
- Pasif-agresif savunma yapılanmaları gibi kişinin performansını ve uyumunu engelleyici davranış biçimleri gelişir (Lee ve Graham, 2001).

2.4.1. Kaygı Çeşitleri

Kaygının en temel duygu olduğundan bahseden Spielberger ayrıca insanların hayatlarında karşılaştıkları tehlikeli durumlarda biraz bile olsa kaygı yaşadıklarını belirtir (Turan, 2007).

Yaşadığımız zamanın modern ve sıradan yaşantısında kaygı hemen hemen herkesi etkiler. Bu sebepten dolayı kaygı bütün insanları ilgilendiren bir meseledir. Farklı bakış açılarından ele alındığında kaygı çeşitli biçimlerde karşımıza çıkabilir. Oluşan kaygı,

farklı başlıklar altında incelenir. Bu başlıklar: Durumluk kaygı, sürekli kaygı ve yürür-gezer gizli kaygı olarak isimlendirilir.

2.4.1.1. Durumluk Kaygı

Bireyin içerisinde bulunduğu duruma karşılık gerçekleştirdiği tepkiden dolayı oluşan kaygı tipidir. Kişinin yaşadığı tehlikeli veya stresli olaylar karşısında ortaya çıkabilecek bu durum, genel olarak her insanın başına gelebilecek olan geçici ve normal bir kaygı durumu olarak ifade edilmektedir. Strese veya tehlikeye bağlı olarak oluşan bu kaygı durumunda yaşanan olayın ortadan kalmasıyla kaygı duygusunun seviyesinde düşüş meydana gelmektedir (Lee ve Graham, 2001).

Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılmanın neticesinde sararma, terleme, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, kişinin huzursuz olduğunun belirtileri arasındadır (Noji, 2005). 1950’li yıllarda kaygının farklı çeşitlere ayrıştırıldığı belirtilir. Durumluk ve sürekli kaygı biçimleri kavram olarak ilk kez Spielberger aracılığı ile ortaya çıkar. Bireyin yaşadığı durumluk kaygı sıkıntı, gerginlik, stres ve telaş ile iç içe olduğu acil durumu ifade etmektedir. Spielberger kaygı ile ilgili olarak subjektiflikle karakterize olan otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla ya da aktif olmasıyla alakalı olarak veya bunların dolayısıyla bu durumlara eşlik eden gerginlik ve tasa hislerinin bilinciyle kaygı durumunun fark edilmesini belirtir (Spiegel, 2005).

Durumluk kaygı bireyin değişken ruh haline de bağlıdır. Örneğin bir spor müsabakasında bir oyuncunun kaygı seviyesi yapılan müsabakadaki diğer oyunculara oranla sürekli değişim halinde olabilir. Oyuncunun müsabakanın bir kısmında yalnızca oturup beklediği kısımda düşük bir kaygı durumu gösterirken, oyuna dahil olduğunda heyecan ve rekabet unsuruna bağlı olarak bu seviye artabilir (Ahern vd., 2005). Özet geçmek gerekirse kaygı bireyin içerisinde bulunduğu durumlara bağlı olarak ortaya çıkar. Kişinin tehdit ya da tehlike anında ortaya çıkan durumlarda kişinin gösterdiği kompleks ve heyecansal tepkimelerin ifadesidir (Ahern vd., 2005).

2.4.1.2. Sürekli Kaygı

Kişinin içerisinde bulunduğu stres altında olmadığı durumun genellikle stres altında olarak algılaması veya yaşadığı durumları stresle bağdaştırması durumu olarak ifade edilebilir. Farklı insanlara göre bireyin yaşadığı durum kaygı unsuru belirtmezken, sürekli kaygıya sahip olan bireyler bu olayın kendisine tehdit unsuru barındırdığını ve tehlikeli

bir olay olduğunu ve yaşanan bu durumun kendisinde hoşnutsuzluk ve mutsuzluk yarattığını ifade etmektedirler (Noji, 2005). Başka bir taraftan ise sürekli kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin, farklı ortamlarda (örnek; iş görüşmesi öncesi ve sonrasında) daha hızlı bir biçimde durumluk kaygı tepkimeleri göstereceği belirtilir (Noji, 2005). Her iki düzeyde ve yeterlilikte olan iki insan, iş görüşmesi sırasında çok farklı biçimlerde kaygılar yaşayabilir. Yüksek seviyede sürekli kaygı durumuna sahip olan kişi bu görüşmesinde durumluk kaygı düzeyinin yüksekliğinden dolayı negatif biçimde kaygısına yenik düşerken diğer kişide oluşan durumluk kaygı bu durumdan olumlu bir şekilde etkilenebilir (Spiegel, 2005).

Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan kişilerin, çevrelerinde çok kolay incindikleri ve karamsar oldukları bilinmektedir. Bu tarz kişilerin diğer bireylere oranla durumluk kaygıyı çok daha yoğun ve sık bir biçimde yaşadığı gözlemlenmektedir (Noji, 2005). Birey yaşadığı kaygı durumlarının farkındadır. Sürekli kaygıya sahip kişinin objektif ve genel anlamda davranışları açısından kaygıya yatkınlığı söz konusudur (Spiegel, 2005). Farklı durumlarda genel geçici olarak ortaya çıkan durumluk kaygıya göre sürekli kaygı durumu bir kişilik özelliği olarak ifade edilmektedir. Spielberger durumluk kaygı ve sürekli kaygı çeşitleri arasındaki ayrımı daha belirgin açıklayabilmek için, kaygı ve enerji arasında bir benzetme yapmaktadır. Yapılan bu benzetmeye bağlı olarak durumluk kaygı kinetik bir enerjiye benzetilirken sürekli kaygı durumu ise potansiyel bir enerjiye benzetilmektedir (Floret vd., 2006). Sürekli kaygıya sahip bireylerin gündelik yaşantılarında huzursuz ve mutsuz oldukları bilinmektedir (Turan, 2007).

Sürekli kaygı ve durumluk kaygının aralarındaki ayrımın en belirgin özelliklerinden birisi sürekli kaygının bireyin tehdit altında olmadan bile tehdit altındaymış gibi kaygı duyması, durumluk kaygıda ise gerçekten bir kaygı durumu oluştuğunda ortaya çıkan kaygı durumudur. Sürekli kaygı altında olan kişiler farklı durumları kendilerine tehdit unsuru olduğunu anlayabilirler. Ayrıca tehdit durumunda kaldıkları zaman ise aşırı tepkili bir şekilde durumluk kaygı eğilimi gösterirler (Marokoğlu vd., 2003).

2.4.1.3. Yüzer-Gezer ve Gizli Kaygı

Bireylerin yaşadığı sıkıntıları herhangi bir farklılığa uğramadan serbestçe açığa çıkardığı görülmektedir. Bu durum, serbest dalgalanan sıkıntı “Free Floating Anxiety (yürür-gezer)” olarak ifade edilmektedir. Kavramın tam tersi ise “Covert Anxiety (gizli kaygı)” olarak tanımlanır. Bu biçimde kaygıya sahip bireyde sıkıntı ya da rahatsızlık

verici bir gerginlik durumu söz konusu değildir. Bireyin yaşadığı sıkıntı bir hastalık göstergesinin altında gizlenir. Yaşanılan bir kalp ağrısı, adale ağrısı, ülser gibi çok fazla nörotik hastalığın asıl belirtisini temsil ettiği gibi birçok psikoz hastasının da belirtisi olarak ortaya çıkmaktadır (Kalashnikov vd., 2003).

2.4.1.4. Olumlu ve Olumsuz Kaygılar

Bireylerin yaşadıkları kaygı durumları genel olarak istenmeyen ve olumsuz bir durum olarak ifade edilmektedir. Aslında kişilerin duyduğu bu kaygı çeşidi merak ettiği konuları araştırmaya, çalışmaya, yeni şeyler icat etmeye, yaratmaya ve kazanmaya itebilir. Örnek olarak ise öğrencilerin yaşamları boyunca maruz kaldığı okul ve sınav stresleri sonucunda yaşadıkları kaygı onları daha iyi bir hayat elde edebilmeleri için motive edici olumlu bir kaygıdır. Olumsuz kaygıya örnek olarak ise; çok kalabalık bir ortamda yaşama ve kişisel alanının olmaması, maddi açıdan geçim sıkıntısının içinde olmak, gürültülü bir ortamda yaşamak vb. olumsuz kaygılar olarak ifade edilmektedir. Belirli durumlar altında kalındığında strese bağlı olarak bedensel ve zihinsel işlevler verimliliği ayakta tutar ve karşılaşılabilecek sorun için bireyi hazırlıklı kılmaktadır. Selve, olumsuz etkisi bulunmayan pozitif stres ve bireye zararlı olan negatif stres şeklinde iki grup halinde incelenmiş ve aynı zamanda stresin insanların yaşantılarında kaçınılması imkânsız bir öge olarak bahsetmiştir (Ahern vd., 2005).

2.4.2. Kaygının Nedenleri

Depresyon hastalığına sahip bireylerin birinci dereceden yakınlarında %20’lik gibi yüksek oranda yaygınlaşmış kaygı bozukluğuna rastlanılmaktadır. Genetik faktörlerin etkisinin olabileceği düşünülmekteyse de kaygı ile bireyin taşıdığı özelliklerini araştıran çalışmaların genellikle birçoğunda “çekingin, bağımlı, kompulsif ve düşük benlik saygısı” özellikle stres altında bulundukları bir yaşam nedeniyle yaygınlaşmış kaygı bozukluğunda aktive edici bir unsurdur. Netice olarak bu bozukluğun kalıtsal ve biyolojik bir kaynak üzerinde çevreden oluşabilecek olumsuzluklarla ortaya çıktığı düşünülmektedir (Özer vd., 1994).

Kaygıya neden olabilecek birçok durumun olabileceğinden bahsedilir. Psikologlar kaygıya en temel olan nedenlerden biri olarak hayatın karşımıza çıkardığı iş değişimleri, aile içerisinde meydana gelen sıkıntılar, ölümler, gündelik yaşantıda baş ettiğimiz sıkıntılı durumların kaygıya neden olabileceğini belirtirler. Yaşanılan olay ne kadar ciddi

boyutlarda ise yaşanan kaygı düzeyi de buna bağı olarak paralel bir şekilde artmakta ve birey bu derecede gerginleşmektedir (Sur vd., 2000). Kaygının ortaya çıkmasındaki en büyük faktörlerden bir diğeri ise kişide uyanan aşağılanma hissiyatı ve saygınlık kaybının da beraberinde getirdiği başarısızlık korkusudur. Örnek olarak bir sporcu kazanmayı ne kadar çok isterse, bu durumla alakalı olarak kaygı düzeyi de o derecede yüksek olur. Bireyin duyduğu kararsızlık ve kendine duyduğu güvensizlik de kaygı nedenleri arasında sayılabilir (Kondo vd., 2002).

Bireyin yaptıklarının sonucunda elde etmek istediklerinin ve bunlara verdiği değerin önemi, bu konuda karşısında çıkan engeller, bireyin kendi kapasitesi ve çevresel etkiler arasındaki dengesizliğin bulunması, bireyin kendisinin içinde bulunduğu güvensizlik hissi ve karşılaşacağı durumun belirsizliğini koruması da kaygıyı direkt etkileyen faktörler arasındadır (Spiegel, 2005).

Ayrıca bireyin inandığı ve önemseydiği fikir ile çatışan bir davranış gerçekleştirdiğinde ortaya çıkan hissiyat duygusu da kaygı nedenleri arasında gösterilmektedir (Albert vd., 2004).

İnsanlar bir tehdit unsuru altında kaldığında veya stresli, kavga bulunan bir ortamda bulunduklarında kendilerini koruma altına almaya çalışır ve durumlara tepki göstermeye hazırlanırlar. Kaygı durumu konusunda farklı kuramlar bulunmaktadır. Bu hastalığa sebebiyet veren etken, genel olarak biyokimyasal orantısızlıktır. Sime'e göre; kaygının birçok fiziksel bulgularının olduğunu ve vücut sistemindeki hormonların adrenalini gibi aşırı olmasına bağlanıldığı görülmektedir (Kierkegaard, 2004).

Kaygılar kişilerden kişilere göre farklılık gösterebilir. Kimi insanlar için kaygı yavaş gelişen bir stres döneminin ardından başladığı görülmektedir. Kimilerinde ise kendi hayatları üzerinde tam olarak söz sahibi olamadığını hisseder ve gelecek endişesi için genel bir kaygıya kapıldıkları dikkat çekmektedir. Bazılarında ise yaşantılarında daha önceleri meydana gelen olaylar sonucunda tedirginlik yaşadıkları görülmektedir. Bir başka kişi grubunda ise kaygının asıl nedeni genetik yakınlıktan kaynaklanır ve ailede kaygıya sebebiyet verebilecek bir geçmiş var ise kesinlikle kaygı sorunları ile ilgili süregelen bir risk bulunmaktadır.

Kaygı çevresel koşullardan ortaya çıkabileceği gibi fiziksel olarak yaşanan bir durumda da ortaya çıkabilmektedir. Örnek olarak ise, bedensel işlevi kontrol eden tiroit bezlerinin hızlı çalışması gösterilebilir. Kimi antidepresan ilaçlarının yan etkileri kaygıya

sebebiyet verebilmektedir. Haz duyurucu ilaçların kullanımı da kaygıya neden olabilmektedir (Albert vd., 2004).

Bireyin içerisinde bulunduğu herhangi bir ortamın ne türden bir kaygı yaratacağı kültürden kültüre farklılık gösterebilir. Fakat bütün toplumlar için geçerli olan genel bir kaygıdan da bahsedilebilir. Genellemelerin kaygı duygusunun ortaya çıkmasına yol açan ortamlardaki bazı ortak yönleri belirtilir.

- 1- Desteğin çekilmesi: Alışlagelmiş çevrenin ortadan kalktığı durumlarda insanlar kaygı duyar.
- 2- Olumsuz sonucu beklemek: Çok hazırlanmadan sınava girme gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkacağı durumlarda insanlar kaygı duyar.
- 3- İç çelişki: İnandığımız ve önem verdiğimiz bir fikirle, yaptığımız davranış arasında bir çelişki ortaya çıktığı zaman kaygı türünden bir gerginlik duyarız. Bilişsel çelişki önemli bir güdü ve heyecan kaynağıdır. Çelişkiyi giderecek bir çözüm yoluna ulaşana dek bir derece kaygı duyarız.
- 4- Belirsizlik: Gelecekte neler olacağını bilmemek insanlar için en belli başlı kaygı nedenlerinden biridir (Albert vd., 2004).

Sonucunu bilmediğimiz ve tahmin edemediğimiz durumlarda kaygılanmak gayet normal karşılanır. Bu tarz durumlarda kişi kendi kendine “tehlike için hazır ol” mesajı verir. Farklı kişilerin ise aynı durumlar için yaşadıkları kaygı yoğunluğu farklı olabilir ve tepkileri de farklı olabilir (Katsuma vd., 1998).

Globalleşen dünya, teknolojinin dur durak bilmeden ilerlemesi, yapılan yeni bilimsel buluşlar, nüfusun artışı, ekonomik problemlerin yaşattığı stres ve değişen çevresel etkiler bireylerin kaygı durumlarını da arttırır. Bireyin rahatlığını etkileyen ve tehdit eden her bir unsur için kaygı oluşturduğu düşünülür. Bireyin fiziksel olarak zarar görebileceği tehditler, kişiliğine ve saygınlığına karşı tehdit oluşturabilecek unsurlar ve bireyin kendisinin yapabileceğinden çok daha fazlasının istenmesi durumunda kaygılar ortaya çıkar (Brennan ve Kamaruddın, 2005).

2.4.3. Kaygının Belirtileri

Kaygının kişilere etkisi birçok farklı yönden inceleyebilir. Kimi insan kaygıyı duygusal açıdan yaşarken, bir başka insan ise fiziksel açıdan kaygıyı yaşayabilir. Fiziksel olaylar

çok acı verici olabilme ihtimali ile bu durum karşısında insanlar çok fazla stres altında oldukları gözlemlenebilir. Kaygının farklı iki etkisini şöyle sıralayabiliriz;

a) Psikolojik etkileri: Kaygının bireylerde uyandırdığı psikolojik etkileri; ürkmüş bir şekilde bekleme isteği uyandırması, dikkat dağınıklığı, sürekli endişe, alıngan olma, devamlı bir uyarılma halinde (alarm) da bulunmak, çok çabuk bitkin düşmek, uyku düzensizliği ve depresyon olarak ifade edilir.

b) Fiziksel Etkileri: Kaygıdan kaynaklı göğüste hissedilen baskı, mide bulantısı, göğüs ağrısı, düzensiz nefes alma, yemek yeme isteğinin olmaması, baş dönmesi, baş ağrısı, kas gerginliği, kalp çarpıntısı, güçten düşmek, terlemek, panik atak, sık sık tualete çıkmak vb. etkileri görülebilir.

Yapılan biyolojik çalışmalar ışığında beynin kaygı ile ilgili olan bölümlerinde (kortikal yapılar, limbik sistem, bazal ganglionlar), normal durumlarda stres yanıtlarında bulunması gereken otonomik esnekliğin düşüşte olduğu gözlemlenir (Özer, 1994).

Kaygılardan doğabilecek belirtiler ve davranıştaki bozukluk durumu depresif bozukluklarla aynı zamanda bir arada bulunabilir (Brennan ve Kamaruddin, 2005).

2.2.4. Kaygı ve Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlığın tanımı; yalnızca sakat olmamak veya hasta olmak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak bir iyilik hali içerisinde bulunmaktır (World Health Organization, 2005). Yaşadığımız dönemin büyük sıkıntılarından birisi olan stres (kaygı), bireylerin çeşitli hastalıklara yakalanmasına sebebiyet veren bir etken olarak gün geçtikçe önemini arttırmaktadır. Yaşanılan stres durumu fiziksel ve sosyal çevre ile bireyin yaşamına etki eden, direkt olarak hastalığa sebebiyet vermese bile vücut direncini azalttığı için dolaylı yoldan da olsa etkisi bulunan bir faktör olarak tanımlanmaktadır. İnsan, yalnızca biyolojik değil psikolojik ve sosyal bir organizmadır. Bu bağlamda bireyin karşısında hem içsel hem de dışsal olaylardan doğabilecek etkilerin altındadır. İnsanın bütünlüğünü koruyabilmesi ve sağlıklı kalabilmesi için iç ortam ve dış ortam arasındaki çevre dengesinin kurulması ile mümkün kılınmaktadır. Yaşanılan kaygı ise bu dengeyi bozabilmektedir. Normal bir durumda kendi aralarında bulunan pozitif denge, iç veya dış koşullardan dolayı sarsılabilir. Bu bağlamda kaygı, bireyin kendi bütünlüğünü tehdit eden unsurun karşısında olması durumunda kişide ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal tedirginlik şekli olarak da tanımlanabilmektedir (Noji vd., 1997).

İnsan strese bağılı faktörle ilk karşılaştığı durumda kaygı seviyesinde yükseliş meydana gelir, duygusal sisteminin işleyişi değişir. Yaşanılan kaygı durumuna karşın bireyde tedirginlik düzeyi artış gösterir ve bunların ardından karamsarlık, öfke, endişe ve sinirlilik gelir. Eğer stres yaratan durum geçmezse git gide yaşanılan kaygı durumu artar ve daha öncesinde yaşanan belirtilerin devam etmesine sebebiyet verir. Bu belirtilerin devamlığını sürdürmesi durumunda bireyde durgunluk, isteksizlik ve ilgisizlik gibi duygularında değişiklikler meydana getirir. Stresin çok şiddetli ya da kronik olmasından dolayı bireyin direnç dönemi kırılır ve çeşitli ruhsal ve fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasına sebebiyet verir. Bu durumla beraber hastalık sürecine girilebilir (Centers For Disease Control And Prevention, 2005; Palacio vd., 2005). Stresin sonraki aşamalarında bireyin bedeninin birçok önemli sisteminde fiziksel ve ruhsal problemlere sebebiyet verdiği araştırmalar sonucunda gün yüzüne çıkarılır. (Centers For Disease Control And Prevention, 2006).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları- kaygı ilişkisi

Günümüzde gelişmekte olan tıp ve psikiyatri sayesinde beyin, psiko-sosyal zorlanmalar, duygulanımlar ve kalp rahatsızlıkları arasındaki etkileşimi ve bu etkileşimin mekanizmasını klinik ve deneysel açıdan ortaya koyar. Psikiyatri literatürü; psikiyatrik hastalık belirtilerinin, kardiyak hastalıklar üzerindeki etkileri, kişilik ya da baş etme biçimlerinin etkisi, ani gerçekleşen ölüm, ventriküler aritmiler, miyokard iskemisi üzerine ani stres etkisi, sosyokültürel etkilerin üzerine birçok çalışmayı içerir. Stres, damar daralmaları ile kalp dokusunda kanlanmada yaşanan düşüşlere, enfarktüslere, kalp yetersizliğine, kalp ritmindeki bozukluklara, yüksek tansiyona, düşük tansiyona, kalp kapağındaki rahatsızlıklara ve beyin, damar hastalıklarına yol açmaktadır (Noji vd., 1997).

Sindirim sistemi hastalıkları- kaygı ilişkisi

Psikolojik faktörler ile gastrointestinal sistem arasında bir ilişki mevcuttur. Birtakım duygusal faktörlerin iştah eksikliğine, yutmaya, sindirim sistemi işlevlerine ve dışa atım sistemlerine etki ettiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda stresin ülseri tetiklediği gözlemlenir. Bunların yanında stresin ülseratif kolit ve iltihaplı barsak sendromuna sebebiyet verdiği bilinir (Centers For Disease Control And Prevention, 2006; World Health Organization, 2006).

Nöro/Endokrin sistem hastalıkları- kaygı ilişkisi

Beynin hafızayla ilgili kısımları ile kronik stres arasında direkt bağlantı olduğu, stresten kaynaklı salgılanan hormonların ve nöronların ölmesine sebebiyet verdiği gözlemlenir. Bireylerin yaşantılarında karşılaştıkları büyük depresyon sonucu insanların beyin damarlarında daralma ve sertleşme gerçekleştiği görülür. Gerçekleştirilen araştırmalarda çoklu sklerozlu hastaların yaklaşık olarak $\frac{3}{4}$ 'ünde psikiyatrik problemler olduğu ortaya çıkar. Çoğunlukla görülen psikiyatrik bozuklukların ise %40'ın üzerinde bir oranda depresyon olduğu ortaya çıkar. Parkinson hastaları üzerinde gerçekleştirilmiş araştırmada, hastaların yarısına yakın bir sayıda depresif bir bozukluk olduğu gözlemlenir. Endokrin hastalıklardan “*diabetes mellitus*” başlamasını stresin doğrudan etkilediğini gösteren ifadeler günümüz için yeterli değildir. Fakat kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan bireyin beynini ve ruhsal işlevlerine etki etmediğini fakat kişinin ruhsal ve duygusal durumunun kan şeketine etki ettiği ifade edilmektedir (Noji vd., 1997; Centers For Disease Control And Prevention, 2005).

Solunum sistemi hastalıkları- kaygı ilişkisi

Bireylerin sürekli olarak strese maruz kalması durumunda üst solunum yollarının enfeksiyonlara yakalanma olasılığının 3 ila 5 kat arttığı bilinir. Astım hastalığı uzun bir süredir “*psikosomatik*” hastalıklardan biri olarak tanımlanır. Bu hastalığa zemin hazırlayan en önemli unsur alerjenler, enfeksiyonlar ve duygusal stres faktörleridir. Psikiyatrik problemleri olan astım ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı yaşayan hastaların yaşam kalitesinin az olduğu bilinmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2005; Palacio vd., 2005).

Kas/İskelet sistemi hastalıkları –kaygı ilişkisi

Eklem iltihabında (*romatoid artrit*) hastalığın başlangıcı ve alevlenmeleri ile ağır psikolojik stres arasında bir etkileşim bulunduğu gözlemlenmektedir. Romatoid artrit hastalarının %40-%50'sinde depresif bozukluk meydana geldiği saptanmıştır. Fibromiyaljide, hem hastalığın başlangıcında, belirtilerin şiddetinde, hem de hastalığın devamında ve tedavisinde psikolojik faktörlerin etkisi olduğu bilinmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2005; Palacio vd., 2005).

Cilt hastalıkları- kaygı ilişkisi

Psöriazis, dermatit, akne, ürtiker gibi cilt rahatsızlıklarının meydana gelişinde ve semptomların şiddetinde psikolojik etkenlerin etkili olduğu bilinmektedir. Stresin, kaşıntıyı fazlaştırdığı çeşitli araştırmalarda gözlemlenmektedir. Akne hastaları

çoğunluklu olarak benlik saygısı düşüklüğü ve olumsuz benlik algısı gösterirler. Daha ağır hastalarda, düşük benlik saygısından kaynaklanan bir anksiyete- depresyon ve diğer birtakım psikolojik bulgular, sonrasında toplumdan uzaklaşma gibi sonuçların olduğu belirtilmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2005; Centers For Disease Control And Prevention, 2006).

Bağıışıklık sistemi -kaygı ilişkisi

Araştırmalar, sürekli stresin vücut direncini zayıflattığı ve hastalıklara yol açtığını göstermektedir. Stres, “*İmmun supresyon*” yapar. Yani bağışıklık sistemini baskılar. Yapılan araştırmalar, stres ile AIDS’in vücut savunma sistemine benzer etkiler yaptıklarını ifade etmiştir (Centers For Disease Control And Prevention, 2005; Centers For Disease Control And Prevention, 2006).

Kanser -kaygı ilişkisi

Kronik ve yoğun stres kansere yakalanma riskini arttırdığı bilinmektedir. Stresin direkt olarak kansere sebebiyet vermediği ifade edilmektedir. Ancak bedenin bağışıklık sisteminin bozulmasına neden olarak kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ya da hızlandırdığından bahsedilmektedir. Yapılan bir çalışmada, kanser olan hastaların tanı konulmadan önce stresli durumlar geçirdikleri, ancak olumsuz duygularını ve gerginliklerini ifade etme ve paylaşma yerine bastırdıkları saptanmıştır (Centers For Disease Control And Prevention, 2006).

Psikiyatrik bozukluklar -kaygı ilişkisi

Stres, kimi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışında ve seyrinde de etkili olduğu ifade edilmektedir. Başa çıkılamayan stres sonucunda beyin, kimyasında farklılıklar oluşturarak depresyona neden olabilmektedir. Ayrıca uzun süreli stresin büyük ölçüde sorumlu olduğu diğer hastalıklar ise; anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, uyku problemleri ve cinsel problemlerdir. Stres ve ruhsal çatışmalar bu hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir ya da belirtilerin şiddetini arttırabilir (Centers For Disease Control And Prevention, 2006).

2.4.5. Kaygı ve Covid-19

Yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarını pandemi sürecinde yaşadıkları korkular, kaygılar, tükenmişlik seviyeleri, mesleki benlik saygılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda kaygı ve salgın, kaygı ve Covid-19 ilişkisine değinilmesi gerekmektedir.

Covid-19'un ilan edilmesiyle pandemi olarak başlayan sosyal izolasyon ve karantina prosedürleri, internet ve telefon ağlarında bireyler arası ilişkilerin sürekliliğini ve bu yöntem ile çok sayıda iş kolu ve hazırlık kontrollü sistemler sağlanmıştır. Bu durumun depresyon, gerginlik ve anksiyeteye sebep olduğuna dair raporlar ve başka insanların uzun süre birlikte yaşamasına ve birlikte vakit geçirmesine ihtiyaç duyanlarda bireyler arası saldırganlık vakaları artmıştır (Kıroğlu, 2020).

Psikoloji ve fizyolojinin birbirini besleyen yapısı nedeniyle, bu koşulların incelenmesi insan ve halk sağlığı için gerekli görülmektedir. Hastalık psikolojisinin yönetimi, temel genel gerçeklerle ilgili yanıtıcı bilgi yayılmadan önce bireylerin ruhsal durumlarının güvene alınması gerekmektedir (Li vd., 2020 & Dündar, 2015).

Ülkemizde Covid-19'un neden olduğu ölüm sayısının 17.121, vaka sayısının 2 milyona ulaştığı bir durum içinde bulunmaktadır (<https://covid19.saglik.gov.tr/>). Virüsün neden olduğu psikolojik ve fiziksel etkiler, üniversiteler ve araştırmacılar tarafından incelenmekte ve makaleler yazılmaktadır. Covid-19 yeni bir tıbbi rahatsızlık olduğu için pek çok bilinmeyenle karşı karşıya olduğumuz söylenmektedir. Neredeyse tüm dokularda virüsün hücrelere bağlanarak kalbe, kan damarlarına, böbreklere ve beyine geri dönüşü olmayan hasara neden olduğu ve psikolojik sonuçlarının bu durumu daha karmaşık hale getirdiği belirtilmektedir. Yüzlerce deney ve milyonlarca vakaya rağmen virüsle ilgili her şey hala belirsizliğini korumaktadır.

2.4.5.1. Pandemide Psikolojik Tepkiler

Korku ve kaygı, sempatik sinir sisteminin “savaş ya da kaç” tepkisinin tetiklenmesini gerektiren ve bizi acil bir tehlike ile karşı karşıya kaldığımızda hızlı yanıt vermeye teşvik eden fizyolojik olarak basit duygu olduğu ifade edilmektedir. Enfeksiyonun bulaşıcı olması, potansiyel bir tehlike oluşturması, gözle görülür olmaması, pandeminin hem toplumda hem de sağlık personelinde paniğe veya kaygıya neden olduğunun en önemli açıklamasıdır (Pappas ve ark. 2009).

Pandemi sırasında ortaya çıkan psikolojik tepkiler yoğun anksiyeteden ilgisizliğe ve kaderciliğe kadar değişebilmektedir. Kimi insanlar tehlikeye az tepki verir ve daha az korku yaşamaktadırlar. Kimi durumlarda ise psikolojik etkiler ciddi olabilir ve bazı durumlarda kalıcı hasarlara sebebiyet verebilmektedir. SARS salgını üzerine gerçekleştirilen araştırmalar, psikiyatrik sonuçların mutlaka kısa süreli olmadığını ancak

önemli ve kalıcı davranış bozukluklarına sebebiyet verebileceğini ifade etmektedir (Taylor, 2019).

Yaşanılan salgın durumlarında psikolojik tepkiler aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir (IASC, 2020):

- Hastalanma ve ölüm korkusu,
- Tedavi gereken durumlarda hastalığı kapma endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinme,
- Geçim kaynaklarını kaybetme, izolasyonda iken çalışamama, işten çıkarılma korkusu,
- Hastalıkla ilişkilendirilip toplum tarafından dışlanma ya da temaslı olarak değerlendirilip karantina altına alınma korkusu,
- Sevdiklerini koruyamama, onlara virüs bulaştırma ve virüs yüzünden sevdiklerini kaybetme korkusu,
- Karantina uygulaması nedeniyle sevdiklerinden ve bakım verenlerden ayrı tutulma korkusu,
- Ebeveynleri veya bakım verenleri karantina altına alındığı için yanında refakatçisi olmayan ve onlardan ayrı tutulan çocuklar, engelliler veya yaşlılarla ilgilenmeyi hastalık kapma korkusuyla reddetme,
- İzolasyon koşullarından dolayı çaresizlik, sıkıntı, yalnızlık ve depresif hissetme.

Enfeksiyon tehdidine yanıt olarak, insanlar yineleyici kontrol etme ve güvence arayan davranışlar gösterebilirler. Sağlıkları ile gereksiz yere endişelenen bireylerin temel bir özelliği, aşırı bir şekilde tıbben gereksiz kontrol ve güvence aramaları olarak görülebilir. Enfeksiyonlara yakalanmaktan daha fazla endişe duyan kişiler kendilerini uzun süre tehditlere karşı koruyacağı belirtilir Bazı durumlarda, kişiler, yerler ve hastalıkla ilgili nesneler dahil olmak üzere hastalıkla ilgili faktörlerden kaçınmak aşırı boyutlara ulaşabilir. Bu duruma benzer bir biçimde insanlar algıladıkları enfeksiyon kaynaklarını bulaştan arındırmak veya bulaştırmaları kendilerinden izole etmek için, hijyen kurallarını uygulamaktan, örneğin önerilen şekilde el yıkamaktan daha ağır davranışlar ya da aşırı korunma veya güvenlik davranışları gösterebilirler.

Duygudurum bozuklukları, depresif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), pandemilerde en önde gelen psikiyatrik bozuklukları olarak belirtilir. Ölümleri görmek ve sevdiklerini kaybetmek gibi salgınla ilişkili bir dizi stres değişkeni TSSB'na neden olabilir. 2-46 aylık bir klinik çalışmada, SARS hastalarının yüzde 44'ü TSSB geliştirdiği saptanmıştır (Hong ve diğerleri, 2009). TSSB belirtileri de dahil olmak üzere psikolojik sorunların, birçok SARS hastasında virüsün fiziksel etkilerinden sonra yıllarca devam ettiği bildirilmiştir (Gardner ve Moallem, 2015).

Bir salgın sırasında sevdiklerini kaybeden kişilerde depresyon veya aşırı keder oluşabilir. Kişi sevdiklerini kurtarması gerektiğini hissederse veya hastalığın yayılmasından bir şekilde sorumluydu, aşırı pişmanlık duygularıyla karşılaşabilirler.

Araştırmadan elde edilen ilk kanıt, psikiyatrik bozuklukların COVID-19 ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Lai ve ark. 2020). 9 bin 9 kişiden oluşan bir sosyal medya araştırması, ankete katılanların yüzde 67,3'ünün COVID-19'dan çok ya da çok endişeli olduğunu, yüzde 48,8'inin ise COVID-19'u önlemek için sıklıkla kendi kendini izole ettiğini söylemiştir (Nelson ve ark. 2020).

Pandemi gibi kriz koşullarında, bazı insanlar büyük bir fedakârlık ve iş birliği tutumu gösterirler; Başa çıkma ve direnme yollarını keşfettikçe kendini tatmin etme gibi iyimser duygular ve başkalarına yardım etmekten dolayı anlamlı bir doyum yaşayabilirler.

2.4.5.2. Pandemide Psikososyal Etmenlerin Ruh Sağlığına Etkisi

Sağlığı ve refahı etkileyen temel etkiler, içinde yaşadığımız ve faaliyet gösterdiğimiz ortamlardır. Kişinin kontrolünde olmayan mali, sosyal ve çevresel etkilerin zihinsel ve fiziksel sağlık bozukluklarının ortaya çıkması için temel oluşturduğu kabul edilir.

Yoksul kesimlerin çalışma koşulları, salgın dönemi gibi alışılmadık koşullar nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Evde kalmanın tavsiye edildiği hastalık dönemlerinde genel toplumda depresyonla başa çıkma, psikolojik ve fiziksel dayanıklılığı artırma önerileri için öncelikle yoksulların, dar gelirlilerin, çalışma ve barınma koşulları güçlendirilmelidir. Psiko-sosyal refahı sağlamak ve sürdürmek için, zorunlu olmayan iş kollarının üretiminin durdurulması ve personele ücretli izin verilmesi, işverenlerin zorunlu tesislerde işyerine güvenli seyahatlerinin sağlanması, çalışma saatlerinin kısıtlanması, sağlıklı yemek, barınma ve işsizlik sağlanması gibi yasalar işsizlere işsizlik maaşı verilmesi önemlidir.

Ruhsal sağlık, olumsuz olaylara ve bunların ekonomik, sosyal etkilerine karşı savunmasızdır. Daha spesifik olarak, kitlesel travmatik deneyimlerin akıl sağlığı üzerindeki etkileri benzer şekilde farklı gruplar arasında bölünmüştür. Akıl hastalığının daha yüksek yaygınlığı, daha düşük ücret seviyeleri, daha az sermaye ve işsizlikle ilişkilendirilmiştir (Ettman ve ark. 2020b). Aslında, işsiz olan ve sosyal ve ekonomik sorunlardan daha fazla etkilenen kişilerde ruhsal bozukluklar daha yaygın olarak görölmektedir. ABD'de 1441 katılımcıyla yapılan bir ankette, COVID-19 sırasında depresif belirtilerin görölme sıklığının pandemi öncesine göre üç kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Daha büyük bir depresif semptom riski, pandemi sırasında daha düşük sosyal kaynaklar ve daha düşük gelir, artan strese maruz kalma (örneğin iş kaybı) ile bağlantılıdır (Ettman ve ark. 2020b).

Bir çalışmada küresel pandemi krizi sırasında hükümete düşük güven duyma ruh sağlığı açısından bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (Mana ve Sagy, 2020).

2.4.5.3. Pandemide Halkın Doğru Bilgilendirilmesi ve Ruh Sağlığı

Halkın salgına neden olan enfeksiyonu anlayışı ile risk değerlendirmesi ve dolayısıyla uygun adımların benimsenmesi arasında bir bağlantı olduğu iddia edilebilmektedir. Haber medyası, halkın bulaşıcı hastalıklara karşı fiziksel ve psikolojik tepkilerini etkileyebilecek önemli bir etkindir. Bu aynı şekilde yararlı olabildiği gibi doğrulanmamış veya yanlış sonuçların dağıtımını ve yayılmasını kolaylaştırabilir.

Düzeyine bağlı olarak kaygı, bir kolaylaştırıcı ya da önlemlerin benimsenmesinde bir engelleyici işlev oluşturabilir. Hong Kong'daki SARS salgını sırasında yapılan bir raporun bulgularına göre, orta düzeyde anksiyete eşikleri olanların enfeksiyona karşı kapsamlı önlemler alma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Leung ve ark., 2003). Yüksek veya düşük düzeyde kaygıya sahip olanlar, bulaşıcı hastalığın yayılmasını önlemek için gereken önlemleri alma olasılıkları daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, gereksiz terapötik güvence veya normalizasyon sunmak ile gereksiz halk sağlığı bilgisi histerisine neden olmak arasında dikkatli bir denge sağlamanın önemini göstermektedir. Mevcut olan duruma uygun, riskin boyutuyla orantılı bir kaygı düzeyinin yokluğu, önlemlerin yeterli düzeyde benimsenmesi zorlaştıran toplumsal bir atalete neden olabilmektedir.

Bireylerin ruhen sağlıklı hissetmelerine yardımcı olacak uygun, önleyici tedbirleri uygulamak için sağlık otoritesi salgın ve alınan önlemler hakkında kamuoyuna bilgi alışverişinde bulunmalı ve net bir yönetim stratejisi sağlamalıdır. Çin'deki yeni

koronavirüs salgını sırasında yapılan araştırma, salgın sırasında yanlış bilginin etkisini en aza indirmek için hükümet ve sağlık yetkililerinin güvenilir sağlık bilgileri sağlama ihtiyacını vurgulamış ve salgının psikolojik etkisi ile stres, anksiyete ve depresyon seviyelerinin arttığını belirtmiştir (Wang ve ark., 2020). Çalışma ayrıca, zararlı psikolojik tepkileri caydıracak verilerin, salgın sırasında sağlanan sağlık bilgilerinin içeriğini temel almak için kullanılması gerektiğini vurgulamıştır.

Endişelerimiz ve şüphelerimizle başa çıkmanın en kolay ama en verimli yollarından biri, verilerimizi güvenilir kaynaklardan toplamak olduğu ifade edilmektedir. Panik hissiyatı ve sağlık kaygısı, hastalık belirtisi gösterenlerin mantık dışı çözüm arayışları içine girmesine sebep olabilmekte, yanlış bilgi ve inanışlara bağlı olarak hastalıktan korunma, hattanın tedavi olma adına belirli gıda ürünlerinin tüketilmesi ya da bitkisel ürünlere başvurulması sonucunu doğurabilir. Salgın hastalıklar sırasında, sağlığın her alanında olduğu gibi, akıl, deney ve gözleme dayalı bilimsel yaklaşımların sağladığı bilgiler dikkate alınmalıdır. Kişisel korunma önlemlerinin alınması ve uygulanması, bilimsel olmayan önerilerle, kafa karışıklığı ile gereksiz yere tehlikenin büyüklüğünü artırarak veya tersi yöntemi normalleştirerek önlenabilir.

2.5. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI

Günümüzün hastalığı olarak kabul gören tükenmişlik çoğu meslek gruplarında ve iş ortamlarında açığa çıkan bir unsur şeklinde belirtilmektedir. Tükenmişlik kavramı, tükenmişlik sendromu olarak da günümüzde bilinmektedir.

1970’li yıllarda tanı olarak konulan tükenmişlik sendromu, sosyal bir problem olmasının öneminin anlaşılması ile birlikte araştırmacıların ilgisini bir hayli çekmektedir. Tükenmişlik esas olarak “ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenişi” olarak ifade edilebilir. Tükenmişliğin, içinde bulunulan çalışma ortamı ile kişilerin etkileşimi neticesi ortaya çıkmasına yönelik varsayımlara dayalı araştırmalar bulunur. Bu araştırmalar, tükenmişliğin hem çalışanlarda hem de örgütler açısından olumsuz etkilerinin olduğunu ortaya çıkarılması ve tükenmişlikten kaynaklanan olumsuzlukların en aza indirgenmesi için gerekli tedbirlerin alınması açısından mühim bir önem taşımaktadır (Marin vd., 2006).

Tükenmişlik alanında kavram yazısı bulunan ilk araştırmacı Freudenberger tarafından psikologlar ve sağlık çalışanlarında meydana gelen hayal kırıklığı, işi bırakma niyeti,

yorgunluk durumunu tanımlamak amacıyla kullanılır. Freudenberger (Barcellos ve Sabroza, 2001) tükenmişliği “mesleki tehlike” olarak tanımlar ve “başarısızlık, yıpranma veya enerji güç ve potansiyel üzerindeki aşırı zorlanma sonucunda ortaya çıkan bir tükenme durumu” biçiminde açıklamaktadır (Surmieda vd., 1992).

Maslach ve Jackson’a (1981) göre tükenmişlik ise insanlara yönelik iş yapan kişiler arasında çoğunlukla görülen bir tür duygusal tükenme ve sinizm sendromudur (Yang vd., 2005).

İş tükenmişliği, iş yerinde strese neden olan faktörlere uzun zamanlı tepkileri içeren psikolojik bir belirtidir. Çalışan ve yaptığı iş arasında yaşanan bir uyumsuzluğun neticesinde ortaya çıkan kronik gerilimdir. Günümüz zamanında en çok bilinen kurgusal iş tükenmişliğine örnek olarak Afrika ormanlarında Greene (1961) tarafından çekilen bir mimarın yaşadığı tükenmişliktir. Hem “kurgusal” hem de “kurgusal olmayan” farklı kaynaklar, aşırı yorgunluğu ve kişinin çalışması için idealizminin ve tutkusunun kaybolması tükenmişlik sendromu olarak tanımlanır. Dikkate alınması gereken unsur ise tükenmişliğin toplumsal bir problem olarak görmenin hem çalışma yapanların hem de sosyal yorumcuları tarafından merkeze alınmış bir sistematik araştırma haline gelmeden önceleri tanımlanmış olmasıdır (Maslach, 2003).

Tükenmişliği tanımlarken ya da neden olduğu konusu tartışılırken çok fazla ortak bir görüş ifade edilmemektedir. Çoğu araştırmacı tükenmişliği stres ile ilişkilendirebilir, bireylerin çalışma esnasında yaşadığı yetersizliğin veya yaşanan düşük moralin sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmektedir.

Janka ve Glicken (1982) ise tükenmişliğin, iş tatminsizliğinden veya stresten farklı olarak klinik açıdan gözlemlenmesinin mümkün olduğunu ve iş ya da diğer etkenler ile ilgili benzersiz bir durum olduğunu belirtirler (Glicken, 1982).

Bakker ve diğerlerine (2004) göre tükenmişliğin yapılan iş ile ilgili kaynaklanan olumsuz deneyimlerin neticesinde gün yüzüne çıkmış bir sendromdur (Bakker vd., 2004).

Kristensen ve arkadaşlarına (2005) göre tükenmişlik ise; kişisel tükenmişlik, iş ile ilgili tükenmişlik ve müşteriler ile ilgili tükenmişlik olmakla beraber üç farklı şekilde incelenir. Kişisel tükenmişlik, bireyin içerisinde bulunduğu psikolojik ve fiziksel yorgunluk düzeyidir. İşle ilgili tükenmişlik, bireyin yaptığı çalışmaların sonucunda yaşadığı psikolojik ve fiziksel yorgunluğudur. Müşteri ile ilgili tükenmişlik, çalışan

kişinin müşteri ile ilgili olan ilişkileri ile ilgili olarak bireyin hissettiği psikolojik ve fiziksel yorgunluğun seviyesidir (Kristensen vd., 2005).

Yapılan araştırmaların sonuçlarında tükenmişliğin, çalışan kişilerin çalışma alanlarındaki olumsuz şartlar nedeniyle meydana geldiği ifade edilmektedir. Yapılan işin farklılığına göre bireyler farklı düzeylerde tükenmişlik ile karşı karşıya kalırlar. Örnek olarak; polisler, hemşireler, sosyal hizmet sorumluları, öğretmenler, psikologlar ve doktorlar gibi meslek sahiplerinde tükenmişlik daha sık görülmektedir. Tükenmişlik sendromu bu mesleği yapan bireyleri tehlikeye atan en büyük problemlerden biridir ve olabildiğince erken konulan tanı kişinin sağlığını pozitif yönde etkilemektedir. Eğer yaşanan bu problemin üstesinden gelinemez ise kişilerde psikolojik, fiziksel ve sosyal yaşantılarını tehlikeye atabilecek yıkıcı faktörler meydana gelebilmektedir (Işıksan, 2016; Erol vd., 2012; Constable ve Russell, 1986; Günüşen ve Üstün, 2010).

2.5.1. Tükenmişlik ile İlgili Kavramlar

Kişilerin yaşadığı tükenmişlik birçok etken ile bağdaştırılmaktadır. Tükenmişlik ifadeleri çalışma stresinin ve çalışan kişilerde iş doyumsuzluğunun tükenmişliğe sebebiyet verdiği görülmektedir.

2.5.1.1. Tükenmişlik ve Stres

İş yaşantısı çok yoğun ve stresli geçen bireylerin en az bir dönem bile olsa tükenmişliğe maruz kaldıkları bilinmektedir (Ok, 2012). Yapılan çalışmaların sonucunda yoğun stres ardından tükenmişliğin meydana geldiği belirtilmektedir. Tükenmişliğin ardından gelen evreler ise; bozulma ve yok olma evreleridir (Kutsal ve Bilge, 2012).

Stres kelimesi köken olarak Latince'den "*Estrictia*" fiilinden gelmektedir. İnsanların ve diğer yaşayan canlıların yaşantılarında kullanılmasının öncesinde mühendislik ve fizik gibi alanlarda kullanıldığı bilinmektedir. İnsanların ya da farklı bir canlının kendisini tehdit altında hissetmesi sonucunda durumu belirtmek amaçlı kullanılmaktadır. Psikolojik, fiziksel veya sosyal yaşantı strese sebebiyet verebilmektedir (Topuz, 2006).

Türk Dil Kurumu (TDK) Büyük Türkçe Sözlük'te stresin karşılığı olarak "*ruhsal gerilim, canlı organizmasında savunma uyandırıcı etkilerle buna karşı oluşan savunma mekanizması, dayanıklılığı azaltan veya mental gerilim, gerginlik ve canlıların yaşamı için uygun olmayan koşullar*" şeklinde ifade etmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>).

K. Üçüncü (2016)'ye göre stres; *“Bir bireyin çevresel uyarılara yeterli şekilde ya da araçsal olarak bulunmasını engelleyen bir dizi koşul ya da aşırı yıpranma yahut da organizmada kronik yorgunluk, gerilim, üzüntü, fiziksel zarar, sinir bozukluğu ya da benlik saygısının kaybı gibi bazı olumsuz etkiler karşısında tepkide bulunduğu koşullar dizisi olarak tanımlanabilir”* (Üçüncü, 2016).

Çalışan kişinin kapasitesinin dışında yapamayacağı kadar iş yüklemek, kendisi veya yaptığı iş ile çelişen bir görev vermek, yaptığı hazırlığın ya da deneyiminin eksikliğinden kaynaklı verilen işi yerine getirememe, verilen çalışma ile ilgili yetersiz bilgi alma ya da belirsiz bilgi alma gibi faktörler strese yol açabilmektedir. Bu tarz etkenlerin yanında çalışma yapılan ortamın da fiziksel etkileri strese neden olabilmektedir (Sullivan, 2012). Çalışma stresinin kaynakları; işe özgün stres unsurları, organizasyondan kaynaklı stres, iş yaşantısının dışında gelişen stres unsurları ve bireye özgün stres kaynakları şeklinde dört ana grup altında toplanabilir. İşe özgün stres unsurları içerisinde çalışılan ortamın yarattığı stres, zamanın sınırlandırılmasından kaynaklı baskı, bireye fazla yüklenen sorumluluk, çalışanların sayısal olarak azlığı, iş süresi, kazanılan ücret, elde edilen saygınlık ve çalışma saatleri olarak ifade edilebilir. Organizasyondan kaynaklı stres ile ilişkili olarak rol çatışması, rol belirsizliği, çalışanlar arasında grubun desteğinin az olması, organizasyonun yapısı, iş güvenliğinin bulunmaması, terfi olanaklarının olmaması gibi nedenler sayılabilir. Bireye özgün stres kaynakları ise kişi ile ortaya konulan işin arasındaki bağlantı, cinsiyet, yaş unsuru, meslek, alınan eğitim, kişiliğin etkileri şeklinde ifade edilebilir (Kutsal ve Bilge, 2012; Aytaç, 2015).

Çalışma ortamında yaşanan stres etkenleri belirli ölçüler içerisindeyse, çalışan kişinin dayanma kapasitesini aşmıyorsa, kişisel ve örgütsel çalışmalar yeterli geliyor ise bir problem olmamaktadır. Ama stres etkenleri devamlı bir şekilde ilerliyorsa, yoğun bir biçimde devam ediyorsa, bireyin dayanma kapasitesini aşıyorsa, yapılan çalışmalarda kişisel çalışma ve örgütsel çalışma yetersiz geliyorsa tehdit edici unsurlar meydana gelebilir. İş stresinin neticesinde çalışan kişilerde erken emekli olma, işi bırakma, işi değiştirme, kahve ve sigara bağımlılığı gibi zararlı bağımlılıkların görülmesi ve fazla tüketimi, çalışma yerinde alkol ya da ilaç kullanımı gibi etkileri olabilir. Bunlara ek olarak evli ise evlilik ilişkisen kaynaklı eş olarak sorumlulukları, vatandaş olarak toplum içerisinde olan görevlerini, çocuğu var ise ebeveyn olarak sorumluluklarını yerine getirememe, çalışma performansında düşüş, yanlış yapma eğiliminde yükselme, kişinin

dış görünüşünde ve davranışlarındaki ani değişiklik ve tükenmişlik gibi birçok sosyal gerilim emaresi görülebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Tükenmişlik ve İş Doyumu

Tükenmişlik ile ilgili problemlerden bir tanesi olan ve genellikle beraber değerlendirilen iş doyumunu veya iş tatmini, çalışan kişinin işini ölçmesi, değerlendirmesi neticesinde yaşadığı haz veya duygusal doyum şeklinde ifade edilmektedir (Üngüren vd, 2010). İş doyumunu veya iş tatmini; çalışan kişilerin ruhsal, fiziksel ve sosyal gereksinimlerinin, yaşadığı beklentilerin ışığında karşılanması düzeyini belirtir. Çalışan kişilerin mutlu ve başarılı olabilmelerindeki en önemli unsurlardan biri iş doyumunun yüksek olmasıdır. Bütün meslek gruplarında önemli olan iş doyumunu, özellikle insan ile temas halinde kalınan mesleklerde diğer mesleklere oranla daha fazla önem arz etmektedir (Hoş ve Aksoy, 2015).

İnsanların yaptıkları iş kendi yaşantılarında önemli bir konuma sahiptir. Yapılan iş ile ilgili olumsuz etkenler çalışan kişilerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yaşantılarını etkileyecek düzeyde problemler açığa çıkarabilir. Bu tarz olumsuz faktörler tükenmişliği ortaya çıkarabilir. Birey, iş hayatından kaynaklı tükenmişlik yaşadığında başarıları düşer, sağlığı olumsuz yönde etkilenir, stresi artar ve işe yönelik çalışmalarında zorlanmalar ortaya çıkar, iş verimliliği düşer, işe gitmek istemez, işten ayrılma isteği yaşar ve iş doyumsuzluğuna sebebiyet verebilmektedir (Aytaç, 2015).

Mesleki tükenmişlikle iş doyumunu arasındaki ilişki gözden geçirildiğinde, kişinin en başlarda sahip olduğu organizasyona bağlılığı ve çalışmasının yeterliliği aşırı stres ve bu stresin üstesinden gelmekte zorlandığında bunları kaybettiği fark edilmektedir (Otacıoğlu, 2008).

Tükenmişliğin Belirtileri

Kişiden kişiye farklı çeşitlerde ortaya çıkan belirtiler olabilmektedir. Tükenmişlik ile ilgili belirtileri Iwanick (1983) yaşanan tükenmişliğin düzeylerine göre ayırıştırır. Tükenmişlik, her düzeyde farklı bir biçimde davranışla gözlemlenir. Bu düzeyler ve meydana gelen davranışlar şu şekildedir (Iwanick, 1983):

İlk başta tükenmişlik gösteren bireyler hafif belirtiler olarak kimi semptomlar yaşar. Bunlar; alınganlık, endişe, kısa süren sinirlilik, bitkinlik, sonucu olmayan uğraşlara girme. İkinci derece olarak orta düzeyde tepki gösterenler ise ilk başta gösterilen tepkileri iki haftada bir ya da daha sık biçimde yaşarlar. Son olarak üçüncü derecede tükenmişlik

belirtileri ise şiddetli biçimde ifade edilir. Bu belirtiler; ülser, fiziksel rahatsızlıklar, migren ve bitmek bilmeyen ağrılardır.

Tükenmişlik belirtileri fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler olarak üç grup altında incelenebilir.

Fiziksel Belirtiler:

Tükenmişliğe maruz kalan kişilerde bazı olumsuz fiziksel belirtilerin ortaya çıktığı görülmektedir. Bunlar; Boyun bölgesinde veya omuzda tutulma, sırt, bel ağrısı, karın veya göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu, aşırı yorgun hissetme, ishal, anoreksiya veya alışılmışın dışında açlık, uyku problemleri gibi rahatsızlıklar tükenmişliğin belirtileri arasında yer almaktadır (Culle, 1995).

Tükenmişliğin sebep olduğu fiziksel problemler Freudenberg'e göre rahatlıkla tespit edilebilir. Bu belirtiler; bitkinlik hissiyatı, bitmek bilmeyen soğuk algınlığı, sıklıkla yaşanan baş ağrısı, mide ve bağırsaklarda düzensizlikler, nefes alıp vermede zorlanma ve uykusuzluk tükenmişliğin önemli belirtileri olduğu ifade edilmektedir (Barcellos ve Sabroza, 2001). Tükenmişlikte meydana gelen bu fiziksel belirtiler “tükenme durumu” nu belirtebilmektedir. Tükenmişlikle alakalı olarak sağlık kuruluşlarına başvuran çoğu birey, yaşantılarından bir haz almadıklarını ve yaşamlarının anlamını yitirdiğini ve yaşama isteklerinin kaybolduğundan bahsetmektedir. Tükenmişlik yaşayan kişilerin aileleri ve arkadaşları ile birlikte zaman geçirirken bile kendilerini onlardan uzakta hissettikleri bilinmektedir (Tümkiye, 1996).

Davranışsal Belirtiler:

Tükenmişlik yaşayan kişilerde duygusal ve davranışsal belirtiler, rahatsızlık ilerlemeden çok önceleri kendisini belli eder ve tükenmişlik tanısı konulmasını daha da basitleştirir. Bunlara örnek olarak; bireyde önceden görülmeyen ani sinir patlamaları, devamlı sinirli bir halde olma durumu, umutsuzluk ve yalnızlık hissiyatı, çaresizlik, engellenmişlik hisleri tükenmişliğin belli başlı belirtilerinden biridir. Kendisinin yapabileceğinden fazla iş yüklemesi, çok başarılı olma isteği ve çok yoğun programlara sahip olan kişilerde daha çok ortaya çıkar. Kapasitesinin üzerinde üstlenilen görevde ortaya çıkan başarısızlık sonucunda birey hayal kırıklığına uğrar (Tümkiye, 1996). Davranışsal belirtiler arasında örgütsel sinizm ve örgütsel yabancılaşma da ortaya çıkmaktadır.

Culle (1995) tükenmişlikle ilgili davranışsal belirtileri şu şekilde ifade eder (65); Kısa dikkat süresi, olumsuz tutum, aşırı aktivite, çabuk sinirlenme ve uzun sinirlilik hali, güç gösterisi, sürekli bir ağlama hali ve ağlama davranışı, suçlama, diş bileme, çok hızlı duygu ve davranış değişikliği, risk alma ve sürekli sorgulama davranışıdır.

Psikolojik Belirtiler:

Tükenmişlik yaşayan bireylerin dış dünyaya karşı içe kapanık oldukları bilinmektedir. Yaşamdan ve yaptıkları işlerden keyif almadıkları ifade edilmektedir. Bunların neticesinde yaşadığı ilişkiler üstünkörü bir durum alır ve farklı kişilere ayırdıkları zamanı kasıtlı bir şekilde azaltırlar. Diğer insanlara karşı bahaneler yarattıkları gözlemlenmektedir. Yaptıkları bu davranışların sonucunda belli başlı problemler meydana gelmektedir (Yang vd., 2005). Bunlar ise; performans düşüklüğü, görevi inkâr ederek görevden kaçma, kuralların arkasına saklanma gibi davranışlardır.

Tükenmişlik yaşayan kişiler; korku, depresyon, güçsüzlük duygusu, kaygı, hüsrana ve kendisini sosyal çevreden soyutlama tarzında psikolojik davranışlar içine girmektedirler (Culle, 1995).

Tükenmişlik ile ilgili en çok görülen psikolojik belirtiler; Kronik bir sinirlilik durumu, duygusal çöküntü hali, ani sinirlenme, bilişsel becerilerde güçlük yaşama, çökkünlük, hayal kırıklığı, huzursuzluk, anksiyete, sabırlı olamama, kendisine olan öz saygısını yitirme ve kendisini değersiz hissetme olarak ifade edilebilir (Surmieda vd., 1992).

Tükenmişliğin Nedenleri

Yaşanılan bir tek olayın ardından tükenmişlik sendromunun ortaya çıktığı söylenemez. Zaman geçtikçe belirli unsurların üst üste binmesi ile yavaş yavaş bir şekilde kendisini en son aşamaya kadar fark ettirmeden birçok olayın artarda birikmesi ile birlikte ortaya çıktığı söylenilmektedir. Tükenmişlik ile bağdaştırılmış sendromlar günler veya haftalar öncesinden gelişmeye başlar. Bireyin hayatında yaşadığı iş baskısı, ailevi problemler, sevdiği insanı kaybetmesi, boşanmalar ve travma gibi olayların ardından tükenmişlik ortaya çıkabilir (Ok, 2012).

Tükenmişlik birçok nedenden kaynaklı ortaya çıkabilmektedir. Çalışan kişiler bakımından bu sebepler; kişisel ve çevresel nedenler olarak iki başlık altında incelenebilir.

Kişisel Nedenler:

Kişisel nedenler, bireyin içerisinde bulunduğu sosyal çevresinden kaynaklı olabilir. A tipi bir kişisel özelliğe sahip bireyler olarak ifade edilen işkolik kişiler (Surmieda vd., 1992; Nagy ve Davis, 1985), dış kontrol merkezli, beklentilerini yüksekte tutan kişiler (Ardıç ve Polatçı, 2008) öz yeterliliğe sahip olmayanlar ve empati kuramayanlar çok daha kolay bir şekilde tükenmişliğe kapılabilirler (Lee ve Ashforth, 1993). Çalışan kişilerin beklentileri, amaçları, performansları, motivasyonları, kişilikleri, özel hayatında ve iş hayatında karşılaştığı sorunları, iş doyumunu ve üstlerinden gördüğü desteğin azlığı veya çokluğu kişisel sebepler ile ilişkilendirilebilir (Otacıoğlu, 2008; Avşaroğlu, 2007).

Çalışan insanların yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı gibi kişisel özellikler de tükenmişlikte etkili bir unsurdur.

Tükenmişliğe etki eden ana konulardan birisi de yaş faktörüdür. Yapılan araştırmalarda yaş ve tükenmişlikle ilgili mesleki kariyerlerin başlangıcında yani erken yaşlarda tükenmişliğe çok fazla rastlanılmaz. Fakat yaş ilerledikçe yaşanan olumsuzluklar, iş doyumunun düşmesi ve alınan hazzın azalması gibi faktörler tükenmişliğe sebebiyet verebilir. İlerleyen yaşlarda ortaya çıkan tükenmişliğin çok kısa sürede bile yaşanmış olması kişinin hayatında ciddi olumsuz etkilere neden olabilir (Çimen, 2000).

Gerçekleştirilen çalışmalarda genç ve tecrübesi henüz fazla bulunmayan çalışan kişilerde yaşı ilerlemiş ve tecrübe sahibi kişilere oranla daha çok tükenmişlik sendromuna rastlanır. Bunun sebeplerinden biri ise genç çalışanların beklentilerindeki yükseklidir. İşe yeni girmiş bir kişinin kendisinden ve çevresi tarafından beklentileri yüksek tutulur. İşin cezbediciliği, kazanılan başarımlar, üstlerinden görülen takdir mesleki ilerleyiş konusundaki yüksek beklentilerin karşılanmaması ve bu koşulların farklılaşabileceğine ilişkin bekleyişlerin gerçekleşmemesi çalışanlarda tükenmişliğe sebebiyet verir. İlerleyen zamanlarda ise tecrübe kazandıkça ve yaş ilerledikçe çalışanlar daha gerçekçi düşünür ve takdir beklentisine kapılmak yerine dikkatlerini ve enerjilerini başka alanlara yönlendirirler (Izgar, 2000).

Çevresel (Örgütsel) Nedenler:

Çalışan kişiye yüklenmiş olan yoğun işler, çalışma yaptığı çevredeki insanlarla olan ilişkileri, çalışan kişinin isteklerinin birbirleriyle çatışması, çalışma ortamının nitelikleri, tükenmişliğe sebep olan çevresel etkenler tükenmişliğin en önemli unsurlarındandır (Çimen, 2000). Ayrıca yapılan işin özelliği, yapılan mesleğin çeşidi, çalışma süreleri, iş

yükünün fazlalığı, işte gerçekleşen stres ve gerilim, belirsiz bir rolün olması, eğitim durumu, grup içi ilişkiler, kararlarda fikrini belirtememe, ekonomik ve toplumsal faktörler çevresel nedenler arasında yer bulmaktadır (Avşaroğlu, 2007).

Diğerlerine oranla daha fazla duyarlı olan kişiler, sosyal bakımdan izole edilmiş, idealist ve çalışkan, kendileri için yardım istemekte çekinenler özel benlik biçimine sahip olan bireylerdir. Bu tarz insanlarda tükenmişlik sendromu diğer kişilere oranla daha fazla ortaya çıkar. Fakat çalışmanın yapıldığı ortam, çalışma yapılan çevrenin sosyal, psikolojik ve fiziksel özellikleri de tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkin bir role sahiptir (Hayes vd., 2013).

Kişiyi yüklenen aşırı iş yükü, bireyin yapılan işte sahip olduğu rol, işin bireyler arasındaki ilişkiler bakımından yoğun olması, kariyer ile ilgili kaygılar, yapılan işin stres içermesi, yeteneklerini sergileyememe, monotonluk, vardiyalı iş saatleri, verilen kararlara katılamama, başarı ve statü uyumsuzluğu gibi faktörler tükenmişliğin ortaya çıkmasıyla ilgilidir (Aktaş, 2015).

Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişliği açıklamak için kaynaklarda birçok modele denk gelmek olasıdır. Bu modellerin bazıları şu şekilde ifade edilebilir (Güven, 2016; Kocaman, 2018); Freudenberger Modeli (1974), Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli (1980), Cherniss Tükenmişlik Modeli (1980), Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli (1982), Meier Tükenmişlik Modeli (1983), Golembiewski Tükenmişlik Modeli (1983), Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli (1985), Pines Tükenmişlik Modeli (1988) ve Maslach Modeli (1981).

Tükenmişliğin Boyutları

Jackson ve Maslash (1981)'de yaptığı çalışmalarda tükenmişliği çok boyutlu bir olay olarak inceler. Tükenmişlik ile ilgili duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olarak üç farklı grup altında tanımlanır. Maslash Tükenmişlik Ölçeği adı altında ifade edilen ölçeği geliştirirler (Yang vd., 2005). Bu araştırmada kullanılmakta olan ölçekte yer alan tükenmişlik boyutları aşağıda ifade edilmiştir.

Duygusal Tükenmişlik

Tükenme duygusunun artışı, tükenmişliğin önemli bir yönüdür. Duygusal açıdan tükendikleri için bireyler, kendilerini artık çalışmaya odaklayamaz hale gelir. Çalışan kişiler işyerlerinde yaşadıkları iletişim sorunlarının yanında müşterilerden de yoğun

şikayetler almaya başlar. Bunların neticesinde çalışan kişide; utanç, öfke, umutsuzluk ya da korku duyguları yer alır. Çalışılan ortamda yaşanan gerginlik arttıkça çalışan kişinin duygusal tükenmişliği de artar (Yang vd., 2005).

Duygusal tükenmişlik, tükenmişliğin ifade edilmesinde önemli bir etken olmasının yanında kendi başına tükenmişliği tam olarak ifade edebilecek bir etken değildir (Maslach, 2003).

Arı ve Bal (2008)'a göre; kişide ortaya çıkan enerji kaybı, tükenmişlik hissiyatı, bitkinlik ve yıpranma duygusal tükenmişlik olarak ifade edilebilir. Duygusal tükenmişlik yaşayan çalışanlarda kaza riski ile karşı karşıya kalma, yorgunluk hissi, alkol tüketimi ve depresyon gibi çeşitli olumsuz durumlar gözlemlenebilir. Kişinin bir sonraki gün işe gitmek zorunda kalması tedirginlik uyandırır (Baysal, 1995). İşe geç kalma, iş yerine yapılan devamsızlık, işten çıkma niyeti veya direkt ayrılmaya benzer durumlar bu tedirginliğin ortaya çıkardığı olumsuzluklar olarak görülebilir. Diğer çalışanlar açısından olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlara da yol açabilir (Arı ve Bal, 2008).

Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma Maslach'ın ifade ettiğine göre tükenmişlik boyutlarındaki en problemli boyuttur ve bu duyarsızlaşmayı “hizmet sunulan kişilere yönelik uzak, katı ve hatta insancıl olmayan bir yanıt” şeklinde ifade eder. Duygusal tükenmişlik yaşayan çalışan kişi duyarsızlaşmaktadır. Eğer müşteriler ile doğrudan iletişime sahipse onlara karşı olumsuz, alaycı bir tutum sergiler. Müşterilere karşı verilen bu negatif tepkiler, duygusal tükenme ile bağdaştırılabilir. Başka kişiler tarafından hüzünlü halde hatta insanlık dışı davranışlar sergiledikleri düşünülse de duygusal çöküntü yaşayan çalışanlar bu durumu normal olarak karşıladıkları ifade edilmektedir (Yang vd., 2005).

Çalışan kişilerin müşterilere karşı takındıkları tavır soğuk, katı ve ilgisiz bir biçimde kendisini belli etmektedir. Duygusal çöküş yaşayan kişi diğer insanların sorunlarını çözmekte kendisini yetersiz görür ve duyarsızlaşarak bulunduğu durumdan kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlar ile ilişkilerini yüzeysel duruma getirdikleri belirtilmektedir (Yılmaz, 2013). Çalışan kişinin git gide işinden uzaklaşması durumunda, karşısındaki kişilerin ihtiyaçlarını ve duygularını umursamaz bir hale gelir (Çığışar, 2018). Duygusal tükenme içsel bir durum olarak algılsa da kişinin büründüğü duygusuzlaşma durumu çevresini de etkiler (Demirel, 2014).

Kişisel Başarı

Kişisel başarı, kişinin bir problemin üstesinden gelerek başarı elde etmesi ve kendisini yeterli bulması olarak ifade edilmektedir. Kişisel başarısızlıkta bir kişinin kendi kendine yetersiz gelmesi ve başarısız hissetmesi durumudur (Yılmaz, 2013). Tükenmiş sendromunun üçüncü boyutu; özellikle çalışan kişinin müşteriler ile ilgili olan çalışmasında kendisini olumsuz görme eğilimidir. Çalışan kişiler, işlerindeki başarısızlıklarından dolayı memnuniyetsizlik hissine kapıldıklarında kendilerini mutsuz hissederler. Bu yaşanan başarısızlığın sonucunda çalışan kişide sevilmediğini hissetme, suçluluk duygusu, öz saygısını yitirme ve en son olarak depresyon görülür (Yang vd., 2005). Birey bu süreçte işi ile ilgili yeterliliğinin ve verimliliğinin azaldığı hissine kapılır. Duyarsızlaşan bireyde suçluluk hissi belirir. Yaşanılan yetersizlik hissiyatı, depresyon ve işin taleplerinin üstesinden gelememeye başlar ve algıladığı sosyal destek eksikliği ile mesleki yaşantısında ilerlemek için bir fırsat oluşmaz (Campanella, 1999).

Sinizm

Yabancılaşma ve sinizm tükenmişliğin bir başka biçimi olarak yerini almaktadır. Sinik (kinik) felsefesi; kişilerin sosyal kurallarını ve ahlaki değerlerini reddederek doğal kurallarını temel alarak yaşadıklarını savunması durumudur. Antisthenes ve Sinoplu Diyojen tarihteki önemli sinikler olarak bilinir. Antisthenes'in ilk sinik olduğu ve Sokrates'in yolunu takip ettiği bilinir (Klağan ve Güzeller, 2010). Basitleştirmek gerekirse sinikler toplumun dayattığı kuralları ve kurumları çok fazla önemsemeyen, davranışlarıyla ve sözleriyle bunları küçümseyen insanlardır (Dean vd., 1998). Sinizm özellik olarak insanların gizli tuttukları, açığa çıkartılmamış amaçları hakkındaki kötümser, hayal kırıklığına bağlı olarak durumları ifade etmek; kendi çıkarlarını gözetmek, korumak veya arttırmak için başkaları ile ilgileniyormuş gibi yapma ya da işleri idare ettirme eğilimidir (Tokgöz ve Yılmaz, 2008). Çevresel (örgütsel) sinizm ise; çalışan kişilerin çevrelerine karşı adapte ettikleri kognitif, davranışsal ve duygusal çeşitlilikleri bulunan olumsuz bir yaklaşım olduğu ifade edilir. Kişi, çalışmasını sürdürdüğü ortamla ilgili üç bileşenli olumsuz bir yaklaşım geliştirir. Çevresel (örgütsel) sinizm, bireyin beraber çalıştığı ortamda diğer kişilerin doğruluktan ya da dürüstlükten uzak olduğu inancına sahip olan bireyler olarak bilinir. Bu inancının neticesinde çalışma yaptığı çevreye karşı olumsuz duygular içermeye başlar. Ayrıca çevresi ile ilişkili inancının ve duygularının birleşmesiyle kötümser ve olumsuz eleştiriler yapan bir birey haline gelir (Uzun ve Ayık, 2016).

Yabancılaşma

Yabancılaşma, bireyin kendisini hayatın bir ögesi olarak görmemesi ve yaşamın içerisinde bir yerinin olmadığını düşünmesi şeklinde tanımlanabilir. Yabancılaşma iki farklı çeşit halinde görülebilir. Bunlar; özünü gerçekleştirilmeye çalışan yaratıcı insan (özne) ile yaşamın denklemleri ve karmaşası içinde kaybolan insan (nesne), yani başkaları tarafından etkilenip yönlendirilen insan olarak ifade edilebilir (Şimşek vd., 2006). Çevresel (örgütsel) yabancılaşmaya birçok farklı çevresel unsur etki edebilir. Çalışan kişilerin dahil oldukları çevreye yabancılaşmasına sebebiyet veren birçok etkenden bahsedilebilir. Çalıştığı yerin işleyiş biçimi, yönetim şekli, çalıştığı ortamdaki deneyimleri ve ilişkileri, örgütün yapısı, çevrenin büyüklüğü çalışan kişilerin yabancılaşmasında etkili rol oynar (Salihoğlu, 2014). Çalışan kişilerin bulundukları çalışma ortamlarına yansıyan yabancılaşmaları birçok farklı şekilde meydana gelebilir. Çalışanın yaptığı işe, kişisel varlığına veya çalışma yerindeki farklı kişilere yabancılaşabilir. Bütün bu yaşananların sonucunda çevresel (örgütsel) yabancılaşma gerçekleşebilir (Tutar, 2014).

Yaşanılan yabancılaşmanın neticesinde meydana gelen sonuçlar iki grup halinde ele alınmaktadır. İlk çıkan sonuçta direkt olarak gözlemlenebilen tepkiler ve anti-sosyal hareketler ortaya çıkabilir. Çalışan kişinin işe karşı yabancılaşmasını kendi işinden, çalışma arkadaşlarından, iş yerinden kendini soyutlaması, çalıştığı ortamın kurallarına uymaması şeklinde gösterilebilir. Diğer ikinci sonuçta ise bağlı bulunduğu işyerinden ve kendisinden uzaklaşma biçiminde duygular ile yabancılaşmaktır. Bu tarzda bir yabancılaşmanın çalışan kişinin işe yansıyan yabancılaşması, işteki verimliliğini ve motivasyonunu düşürür ve iş doyumundaki düşüş, gerçekleştirilen işten ve iş çevresinden beklentilerinin azalması, maddi beklentinin azalması biçiminde ifade edilebilir. Yaşanılan duygular işe yabancılaşma, iş verimliliğinin düşmesi, iş motivasyonu ve iş doyumunun azalması, işten beklentilerin azalması ve maddi beklentilerin artması şeklinde tanımlanabilir (Elma, 2003). Ayrıca çevresel yabancılaşmada çalışan kişilerde yaşanan iletişim problemi, sorumluluklardan kaçma, karar vermek istememe durumu, bürokrasiye karşı sempati, yeniliklere karşı tepkiler, sürekli şikâyet etme durumu, mesleki tükenmişlik ve çalışma hayatında kalitenin azalması gibi neticeler ortaya çıkmaktadır (Kahveci, 2015).

2.5.1.2. Covid-19 ve Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı

Pandemi, bazı özelliklerinden dolayı afet koşullarına benzetilse de kendine has özelliklerinden dolayı evrensel olarak tüm nüfusu ve tüm dünyayı etkilemektedir. Tüm gezegeni etkilese de belirli grupların pandemiden zihinsel olarak etkilenmesi daha olasıdır. Psikolojik olarak savunmasız grupların başında ise sağlık personelleri gelmektedir. Patojen / etkenle yüz yüze kalma ve maruz kalma (SARS-cov-2), sürekli gözetim, ekip koordinasyonu ve takibi ihtiyacı, izolasyon, ev / iş talepleri arasındaki gerilim, uzun çalışma saatleri, psikolojik stres, psiko-sosyal baskı, yorgunluk, işyerinde tükenmişlik, bağnazlık ve damgalanma, fiziksel ve psikolojik saldırı, şiddet sağlık çalışanlarının psikolojisini kötü yönde etkileyen faktörler arasındadır.

Kriz ilerledikçe normalleşme sürecinde sağlık personelleri tarafından atılan hızlı adımlar öfke, korku, üzüntü gibi duyguların ortaya çıkmasını tetikleyebilir. Krizin sağlık sektöründeki etkisini yakından deneyimleyen, yazılı istatistiklere güvenmeyen, atılan adımları tatmin edici bulmayan sağlık çalışanları, güvensizlik ortamı dolayısı ile tükenmişlik duygusu yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının, toplumu normalleştirmeye yönelik tedbirleri dikkate alarak hastanelerde krizle mücadele etmek için, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik belirtileri gösteren bir yalnız bırakılmışlık hissi ve tükenmişlik duygusu artmaktadır.

Sağlık çalışanlarının temel ihtiyaçlarının sağlanması, güvenli çalışabilecekleri ortamların hazırlanması ve salgınla mücadelenin bireysel bir mücadeleden çıkıp toplumsal, iyi organize edilmiş bir mücadeleye dönüşmesi, sağlık çalışanlarının ücret konusunda eşit ve hakkaniyetle emeklerinin karşılığının ödenmesi salgın dolayısıyla ortaya çıkan ruhsal sorunların kaynağını çözmek konusunda etkili adımlar olacaktır.

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde daha önce insanlar tarafından bilinmeyen ve dünya çapında yaygın pandemik bir hale gelen yeni tip koronavirüsün keşfedilmesiyle dünya genelinde insanların hayatlarında ciddi sosyal ve ekonomik değişiklikler ve psikolojik sonuçlar yaşanmıştır.

Önceleri hakkında bilgi sahibi olmadığımız virüsün dünya çapındaki etkileri ve klinik deneyimleri, virüsün fiziksel etkilerinin yanı sıra psikolojik etkilerinin de dünya çapında görüldüğü belirtilmektedir. Benzerlik açısından afet durumuyla karşılaştırılabilecek bir pandemi durumu, afet durumundan ziyade kendine has niteliklere sahiptir. Tüm dünyaya bir anda bulaşmış olması ve etkilenen bölgelerde enfeksiyon olasılığı nedeniyle yardım

ve iş birliği ağlarının iyileştirilmesinin karşılaştığı kısıtlamalar, salgının psikolojik etkisini farklı bir açıdan anlamamız gerektiğini göstermektedir.

Pandemi durumu ile insanların karşı karşıya kaldığı ölüm tehdidi, yalnızlık gibi durumlar bireyleri topluca bu durumlarla baş başa bırakmakta ve tüm dünyaya zarar verebilecek olan basit bir mikroorganizma karşısında bireyler çaresizliği yaşamaktadır.

Enfeksiyonun bulaştığı önde gelen gruplar, tüm nüfusu etkilemenin yanı sıra sağlık çalışanlarıdır. Patojen / etkene (SARS-cov-2) maruz kalma ve maruz kalma, sürekli tetikte olma, ekip uyumu ve takip ihtiyacı, yabancılaşma, ev / iş ihtiyaçları arasındaki çatışma, uzun çalışma saatleri, psikolojik yük, psiko-sosyal baskı, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, ayrımcılık ve damgalama, fiziksel ve psikolojik istismar, şiddet sağlık çalışanlarının yaşadığı negatif etkilerin nedenleri arasındadır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2020).

Covid-19 hastaları ile çalışmak toplum tarafından damgalayıcı bir araca dönüştürülür ve sağlık personelleri, temasları nedeniyle alenen kaçınılması gereken ve sosyal yardımdan yeterince yararlanamayan kişiler olarak sayılabilir. Covid-19'un yüksek riskli bölgelerinde çalışan sağlık personelleri ise hastalık bulaşma riski açısından sosyal olarak ayrı tutulmakta ve bazıları, özellikle evde riskli bireyleri olanlar ailelerinden uzak durmaktadır. Uzun süren mesailer, hasta sayıları, koruyucu ekipmanla çalışma, koruyucu ekipmanın neden olduğu fiziksel kısıtlama, hastalığın yayılma riski nedeniyle sürekli uyanıklık, kendiliğindenlik ve özerklik eksikliği, güncel Covid-19 detaylarını takip etme ihtiyacı Covid-19'un neden olduğu yükü daha da arttırmaktadır. (IASC, Ara Bilgilendirme Notu,2020).

2.6. MESLEKİ BENLİK SAYGISI

Yapılan çalışma ekseninde sağlık çalışanlarının içinde bulunulan salgın sürecindeki ruh sağlıklarına ilişkin verilerin toplanması amaçlanmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleki benlik saygılarını dolaylı ve doğrudan etkileyen korku, kaygı ve tükenmişlik kavramlarının mesleki benlik saygılarında önemli bir yeri bulunmaktadır. Buradan yola çıkılarak bu başlık altında benlik, benlik saygısı, mesleki benlik, tükenmişlik ve mesleki benlik saygısı arasındaki bağlantı incelenmiştir.

2.6.1. Benlik

Bireylerin yaşam doyumunun yüksek olması ve mutlu bir yaşam sürebilmeleri için öncelikle kendisinin daha sonrasında da çevresinin ve bulunduğu toplumun olumlu yansımalarının bulunması gerekmektedir. Bu durum da sağlıklı bireysel gelişime dayandığı ifade edilmektedir. Bireyin sağlıklı bir kişilik gelişimi olması için üretken olması, yaptıklarından haz alması, kendine öz yapısının bulunması ve bunu kaybetmeden topluma uyum sağlayabilmesi tarzında ibareleri bulunmaktadır. Bireyin tavrındaki düzey, çevresi ile iletişimi, bulunduğu çevreye uyumu ve tepkileri “kişilik” olarak ifade edilebilir. Benlik ise bireyin kendi kişiliğine bağlı kanılar, kendisini algılama biçimi olarak tanımlanabilir. Benlik, kişiliği biçimlendiren bir unsurdur (Aslan, 1992).

Kişilerin geliştirdiği benlik kavramının birçok tanımının olduğu belirtilir. William James (1963) ile ortaya çıkan benlik kavramı, sonraki zamanlarda ise yoğun tartışmalara konu olan psikolojik bir terim olduğu söylenir. William James, benlik kavramının bireyin kişisel özellikleri, fiziksel özellikleri, kişinin sahip olduğu şeyler, aile, arkadaş vs. gibi bireyin kendisinin sahip sayılabileceği her şeyden ortaya geldiğini tanımlar. Benlik kavramı daha geniş anlamda ise; bireyin kendi kişiliğinin ne olduğunu belirleyen bütün şeylerin toplamıdır (Karabulut, 2014).

Rogers’ın ortaya attığı Fenomenolojik Benlik Kuramına göre; çoğu insan kendisinin merkezinde olduğu yaşamının sürekli olarak değişmesini deneyimler. Yaşadığı bu dünya bireye özgün bir dünyadır ve kişinin yaşadığı bu dünyaya ise “fenomenal” (yaşantısal) alan olarak ifade edilir. Fenomenal alan kişi için gerçek bir alandır. Kişi bu alanın içinde algıladığı biçimiyle kendi ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hareketler sergiler. Rogers ve hümanist yaklaşım şeklini benimsemiş olan psikologlar, benlik gelişimini ifade ederken benlik yapısından bahsederler. *“Çocuk kim ve ne olduğunun, bir insan olarak niteliklerinin ne olduğunun, yeteneklerinin, amaçlarının, inanışlarının, değerlerinin ve ahlaki yükümlülüklerinin farkına vararak kendine ilişkin bir benlik bilinci ya da benlik algısı geliştirir”* (Dağlı, 2015).

Sigmund Freud ise kişilik ile ilgili olarak yapısal bir model ileri sürmüştür. Freud’un ortaya attığı bu modelde kişilik; benlik (ego), alt benlik (id) ve üst benlik (süper ego) olarak ayrıştırılır. Alt benlik (id), bireyin ben merkezli bölümüdür ve sadece kendi isteklerini tatmin etmeye ve gidermeye çalıştığı kısımdır. Benlik (ego) ise gerçeklik ilkesine göre aktiflik gösterir. Yani benliğin birincil misyonu, alt benliğin (id) dürtülerini

ve isteklerini tatmin etmek fakat bunu yaparken de içerisinde bulunduğu durumun gerçekliğini de dikkate almaktır. Üst benlik (süper ego), bireyin neleri yapabileceğini veya neleri yapamayacağı durumlarını toplumda bulunan değer yargılarını ve standartlarını ifade eder (Soğukpınar, 2014).

TDK'da benlik kavramının açılımı: *“Bir kimsenin öz varlığı, kişiliği, onu kendisi yapan şey, kendilik, şahsiyet”* olarak ifade edilmektedir. Rogers'a (1961) göre benlik kişinin kendisini algılamasını, kendisinin diğer insanlarla olan ilişkilerine ait düşüncelerini ve bütün bu düşüncelere verdiği değerlerini kapsamaktadır (Rogers, 2012). Bu içerik pozitif, negatif ya da nötr olabilir. Benlik bilinci kimi zaman gerçekçi olmayabilir (Dağlı, 2015).

Bireyin kendisini görmesi ve algılama şekli olan benlik, kişiliğin gelişmesi sonrasında meydana gelen bir benlik oluşumu şeklinde ifade edilmektedir. Benlik, kişinin kendi kişiliğine ait düşüncelerinin tamamı, kendisini tanıması ve değerlendirmesi şeklindedir. Benlik, kişilerin içlerindeki benliklerini değerlendiren, gözetleyen, yargılayan ve yaptıkları davranışları düzene sokup onları yöneten bir güçtür. Kendi kişiliklerine ilişkin kanıları ve kendi kendilerini görüş tarzlarıdır. Kişinin kendisi ile alakalı tutum ve inançlarını içeren benlik, bireyin ne olduğu meselesindeki görüşleri ile birlikte ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsamaktadır (Akçagöz, 2017).

Shavelson ve Marsh'a (1985) göre benlik kavramı, bireyin kendisinin yaşadığı deneyimlere ve çevresindeki insanlarla olan bağlantılarına dayanarak kendisini ne şekilde ifade ettiğidir. Benlik kavramı akademik ve akademik olmayan benlik şeklinde iki ana gruba ayrılması hiyerarşik ve çok boyutlu bir benlik kavramı olarak tanımlanır. Shavelson ve Marsh (1985), ifade edilen bu benlik kavramına göre daha anlaşılması güç, karmaşık bir benlik kavramı modeli geliştirmişlerdir. Geliştirdikleri benlik kavramı modelinde, benlik kavramı daha az bir öneme sahip görülür. Akademik benlik; Sözel ve sayısal olarak iki biçimde ele alınır. Sözel benlik; tarih, okul, yabancı dil, coğrafya ve İngilizce olarak tanımlanır. Sayısal benlik ise; Psikoloji, Matematik, Ekonomi/İşletme ve biyoloji olarak ifade edilmektedir.

Sayısal akademik bellek sözel akademik içerisinde yer alan coğrafya ve tarihle bağdaştırılırken; sözel akademik bellek sayısal akademik bellek içerisinde yer alan Biyoloji ve Ekonomi/İşletme ile ilişkilendirilir (Mars ve Shavelson, 1985).

2.6.2. Benlik Saygısı

1960'lı yılların sonlarında ve 1970'lerin başlarında benlik saygısı ilk olarak sosyal öğrenme teorisi içerisinde yaygın bir biçimde kullanılan bir görüş haline gelmiştir. Rosenberg (1965) ve Coopersmith (1968) gibi önde gelen araştırmacılar, çalışmalarına katılım sağlayan kişilerin benlik saygılarını ölçmek amaçlı belirli ölçekler kullanmıştır. Geçen birçok yılın sonrasından benlik saygısı, bilimsel alanın ötesine geçmiş ve Amerikalı gençlerin eğitiminde ve başarılarında önemli bir etken olmuştur (Madsen, t.y.).

Araştırmalarda geçen metinlerde “öz saygı” şeklinde ifade edilen benlik saygısı, kişinin dış görüntüsü ile kendi iç benliğinin arasındaki farkları değerlendirmesidir. Farklı bir söylemle, kişinin kendisini tanımlama şekliyle, sahip olmak istediği kişilik arasındaki fark kişinin benlik saygısının seviyesini gösterir (Ceylan, 2013; Cevher ve Buluş, 2006). Kişi kendi benliğini seviyor ve benimsiyor ise bireyde benlik saygısı oluşur. Benlik saygısı, “kişinin kendisini değerlendirmesi sonucu ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur”. Bir insanın kendisini beğenebilmesi için üstün özellikler ve yetenekler taşımasına gerek görülmez. Benlik saygısı, kendi benliğini olduğundan aşağı veya üstün görmeden bireyin kendi kendisini olduğu gibi kabul etme durumudur. İnsan kendisini sevmeye layık görmeli ve bunların yanı sıra kendisini değerli, olumlu ve beğenilecek birisi olduğunu düşünmelidir. Benlik saygısı, kişinin kendisini olduğu gibi kabul etmesini ve kendisine güvenmesini sağlayan pozitif bir duygu durumudur (Aydoğan ve Deniz, 2012).

Birçok teoriye göre benlik saygısına ilişkin farklı bakış açıları bulunur. Bu farklı teorilerin hiçbirinde bir fikir birliğine varılmamıştır. Bu sebepten dolayı benlik saygısı ile ilgili yazılan metinlerde fazlasıyla tanımlama ortaya çıkmıştır. Psikolog ve ayrıca filozof olan William James (1890), benlik saygısı tanımlamasının bireyin kendisinin hedeflerine ve isteklerine göre gerçeklik temelli başarımları arasında bir denge olarak ifade eder. Yüksek benlik saygısı James'in ifade ettiğine göre, beklentiler veya ideal benlik şekli ile mevcut olan kazanımlar veya mevcut imaj arasındaki yakın eşleşmeden kaynaklıdır (French vd., 1995).

Benlik saygısı kişinin duygusal yanını gösteren bir kavramdır. Maslow, kişinin benlik saygısının kendi isteklerini gerçekleştirmesi ve kendisi olmasındaki rolünün önemli olduğunu belirtir.

Maslow (1943)'a göre benlik saygısı ya da öz saygı temel insani gereksinimlerden biridir. Kişi kendi kişisel gelişimini tamamlarken çeşitli evrelerden geçer. Bu evreler fizyolojik, güvenlik, sevgi ve ait olma, benlik saygısı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır. Bireyin kendini tamamlamasında benlik saygısı ilk koşuldur. Çocuğun fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçları, ailenin sevgi ve kabulü ile birleşerek, sevgi ve ait olma ihtiyaçları doyuma ulaştırılırsa, benlik saygısının gelişeceği ifade edilir (Körükçü, 2004). Benlik kavramının gelişimine ebeveynler, aile, arkadaşlar ve okul çevresi de etki eder ve bu gruplar arasında ilk önce ebeveynler gelir (Gander ve Gardiner, 2001).

Bireyin kendisini değerlendirme sürecinde kendi kişiliğinden memnunsun ya da memnun değilse, benlik saygısı bu koşullar altında olumlu yönde veya olumsuz yönde etkilenebilir. Benlik saygısı sabit bir durum olmamakla beraber şartlara, bulunan konuma ve gelişmelere bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Bireyin farklı düzeylerde sahip olduğu benlik saygısı, olaylar karşısındaki duygularını ve davranışlarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir (Ünver vd., 2014). Düşük benlik saygısına sahip kişilerin kendisine olan güvenleri ve saygıları da düşüktür. Bu kişiler kendilerini eksik veya yetersiz olarak görürler. Hatta değer verilmeyi ve saygı görmeyi bile hak etmediklerini düşünürler. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler ise kendi eksik taraflarının bilincindedir ve kendilerini değerli bulup, saygı ve sevgiyi hak ettiklerini düşünürler (Plummer, 2014).

2.6.3. Mesleki Benlik

Mesleki benlik; kişinin mesleki rolü içerisindeki yansıması olarak ifade edilebilir (Karande vd., 2003). Kişinin kariyerinin ilerlemesinde mesleki benlik önemli bir etkindir ve oluşma, gelişme ve tamamlanma aşamalarından meydana gelir. Kişiler bebekliklerinden itibaren kendileri ile ilgili farkındalık geliştirir. Bu farkındalık kişinin iş yaşantısına geçiş yaptığında kendileri ve başkaları ile arasındaki iş ile alakalı bakış açısı ile kendi geliştirdiği değer yargılarına ilişkin farkındalıkların anlaşılmasına yardımcı olur. Mesleki benliğin oluşum aşamasında, gelişim evresindeki kişi kimi zamanlarda hayallere kapılarak mesleğini yerine getirdiğini düşünüp role bürünür. Kimi zaman ise kendisine uygun bir rol modeli takip ederek, rol model seçtiği kişi ile özdeşleşir. Kişinin seçimini yaptığı mesleğin doğrultusunda aldığı eğitim ve işe başlamasıyla mesleki benlik kendisini göstermeye başlar (Vanasco vd., 1998).

Kişinin tercih ettiği mesleğe göre geliştirdiği değer yargısı, mesleki benlik olarak ifade edilebilir. Mesleki benlik saygısıysa; kişinin kendisinin mesleğinin ne kadar önemli ve değerli gördüğünün yanı sıra, kişinin mesleki ile uyumunun ve doyumunun bir ön şartı olarak kabul edilebilir (Öztürk, 2018).

Tabassum ve diğerlerinin (2011) ifade ettiğine göre mesleki benlik saygısı; meslek sahibi kişinin, kişisel yeterliliğinin ve içerisinde bulunduğu çalışma ortamındaki aktifliğin derecesidir. Mesleki benlik saygısı, bireyin yalnızca duygusal, zihinsel ve psikolojik özelliklerini değil, aynı zamanda ise bu özelliklerinin meslek yaşantısındaki etkin oluşunu ve uygulanabilirliğini de kapsayan bir kavramdır. Cornnell'e (1991) göre ise kişinin icra ettiği mesleğin kendi içerisinde tutarlı ve çalışma yaptığı çevrenin beklentileri ile uyumlu rol kimliğidir. Arıcağ'a (1999b) göre mesleki benlik saygısı; mesleki bir tercih haline gelmiş, kişi tarafından meslekle ilgili olarak kabul gören kişilik yüklemelerine ilişkin kişinin oluşturduğu değerlilik yargısıdır. Karadağ ve arkadaşları (2013)'na göre mesleki benlik saygısı ise; kişilerin kendilerini profesyonel açıdan nasıl gördüklerini ve çalıştıkları mesleklerde, meslekleri ile ilgili olarak kendilerini nasıl hissettikleriyle ilgili olduğunu ifade eder (Arıcağ, 1999b; Tabassum vd., 2011; Connell, 1991; Karadağ vd., 2013).

Eğer öğretmen belli olmayan mesleki bir benlik kavramıyla eğitim hayatına adım atarsa, eğitim verdiği okulda süregelen ilişkiler ve etkileşimler aracılığı ile mesleki benliği tanımlayarak hem eğitim verdiği kurumun ortamına hem de diğer eğitimcilere tepki verir. Öğretmenlerin kendilerini başkalarının gözünden görebildikleri bu çeşit konularda, mesleki hayal kırıklığı, kişisel hayal kırıklığı ile okula, öğrencilere ve çalışma arkadaşlarına karşı düşmanlık besleme ihtimalleri yüksektir (Carpenter, 1994).

2.6.4. Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

Çalışan insanların çoğunda kendi benlik duygularını doyurma isteği veya bireysel gelişim gücünü yükseltmek için inisiyatif kullanmak ister ve bağımsız çalışmayı diler. Bağımsız çalışma, bireyin sınırsız özgürlüğünün olduğu anlamına gelmez. Baskı altında bulunmadan, emirler almadan, yaptığı işlere fazla karışılmadan çalışmak ister. Yaptığı çalışmalar ile ilgili devamlı olarak yönlendirilen, emir verilen ve baskı yapılan çalışan kişilerin motivasyonunda düşüş gözlemlenir. Bu durum da tükenmişliğe, iş tatminsizliğine sebebiyet verir. Çalıştığı işini kaybetme korkusu yaşayan çalışanda ise işi kaybetme korkusu doğar ve benlik saygısını yitirmeye başlar (Üçüncü, 2016).

Swann ve Bosson (1999)'a göre benlik saygısı yüksek olan kişiler; kendilerini sağlıklı bir mesleki benlik saygısı ile bütünleştiren ve genel olarak başka kişilerin sevgisini hak eden bireylerdir. Genel olarak bu tip insanlar, kendilerine ve çevresine yüksek bir değer verme eğilimine sahiptir. Benlik saygısı az olan bireyler ise kendi istedikleri şeyler konusunda bazı çelişkiler yaşar ve genel olarak kendilerinin sahip olduğu değerlerden şüphe duyup zaman zaman negatif düşüncelere kapılır. Düşük mesleki benliğe sahip olan bireylerin göze çarpan özellikleri arasında yorgunluk, psikomatik belirtiler, depresyon, sistemi eleştirme ve tükenmişlik sendromu tarzında belirtiler gösterir (Bosson ve Swann, 1999). Mesleki benlik saygısı yüksek olan çalışan kişilerde ise daha az tükenmiş sendromu yaşarlar ve problemlerin üstesinden gelme yeteneklerini daha fazla kullanırlar (Bülent vd., 2006).

Jackson ve Maslash'ın ifadelerinde belirttiği üzere tükenmişlik; ümitsizlik, çaresizlik duygularının yanı sıra olumsuz benlik algısı neticesinde meydana gelen duygusal, fiziksel ve zihinsel olarak tükenmedir (Yang vd., 2005). Dolayısı ile mesleki benlik algısındaki negatif düşünceler, tükenmişlik ile doğrudan bağlantılıdır ve kişilerin mesleki benlik algısı kişinin tükenmişlik düzeyini etkiler.

Özel eğitime ve ilgiye gerek duyan çocukların gelişimlerdeki yavaş ilerleme, özel eğitim veren öğretmenlerin başarısızlık duygularını yaşamalarına ve bunun neticesinde mesleki benlik saygılarında düşüşlere sebebiyet vermektedir. Mesleki benlik saygısındaki azalma bireyin tükenmişlik sendromuna kapılmasına yol açmaktadır. Özel eğitim öğretmenleri ve öğrencileri arasındaki orantısızlık, sosyal destekliğin yetersizliği, öğrencilerin davranışlarının sorunlu olması gibi sebepler özel eğitim veren öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin artmasına sebebiyet vermektedir (Schneider vd., 1997; Marx vd., 2006).

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın tipi, araştırmanın yeri, zaman aralığı, araştırma evreni ve örnekleme, verilerin elde ediliş yöntemi ve elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

Araştırmanın Tipi: Araştırma sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınında yaşadıkları korku ve kaygı düzeylerini mesleki benlik saygılarına ve tükenmişlik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla, kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yeri: Araştırma Batman, Diyarbakır Dicle, Diyarbakır Eğitim Araştırma, Diyarbakır Selahattin Eyyübi, İstanbul Tuzla ve Marmara Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Zaman Aralığı (çalışmanın başlama ve bitiş dönemi): 01.05.2020-01.07.2020

Evren, Örneklem Yöntemi ve Sayısı: Araştırmanın evrenini adı geçen hastanede çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Veri doyum noktasına kadar veriler toplanmıştır.

Verilerin Elde Ediliş Yöntemi: Sağlık çalışanlarının, COVID-19 salgınında yaşadıkları korku ve kaygı düzeylerinin mesleki benlik saygılarına ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla dört bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır (Ek A). Anketin ilk bölümünde, araştırmacı tarafından geliştirilen ve sağlık çalışanlarının bazı demografik özelliklerini öğrenmek üzere toplam 13 sorudan oluşan bir Kişisel Bilgi Formu, ikinci bölümde, sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini araştırmak üzere Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ve Ulusoy ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlikleri analizleri yapılan Beck Anksiyete Ölçeği yer almıştır. Üçüncü bölümde Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, dördüncü ve son bölümde ise Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği Arıcak'dan (1999) alınarak kullanılmıştır.

Kullanılacak İstatistiksel Analiz Yöntemleri: Elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 22. 0 (Statistical package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturularak analiz edilmiştir. Demografik değişkenlere göre dağılımların belirlenmesi amacıyla frekans (f) ve yüzdelere (%) hesaplanmıştır. Mesleki benlik saygısının ve tükenmişlik düzeylerinin korku ve kaygı düzeylerin, demografik özelliklere göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla korelasyon, bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans (anova) analizleri yapılmıştır.

3.1. GÜVENİLİRLİK ANALİZİ

Araştırma için elde edilen verilerin güvenilirliğini ölçmek için (Cronbach Alfa Katsayısı) kullanılmıştır. Testte yer alan soruların varyansların toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değerler alan Alfa katsayısı, bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa Katsayısı, testte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. Alfa Katsayısı, bireysel soru puanlarını içeren bir testte sorulara verilen yanıtların toplanması durumunda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını, ortaya koyan bir katsayıdır. Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir (Büyükoztürk, 2010).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise test güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise test düşük güvenilirliktedir,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise test oldukça güvenilirliktedir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise test yüksek derecede güvenilir bir testtir.

Çalışmamızda testlerin güvenilirlik ve geçerlikleri asıl uygulamadan önce yapılan bir ön uygulama ile sağlanmıştır.

Tablo 3.1. Güvenilirlik Testi

Güvenilirlik Analizi		
Test	Cronbach's Alpha	N
Beck Anksiyete Ölçeği	,968	21
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	,633	8
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	,775	7
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	,867	5

Tablo 1’de de görüldüğü gibi gerçek uygulamada hesaplanan Alpha Cronbach alfa (α) güvenilirliği katsayılarının oldukça yüksek çıkması anketin güvenilir bir yapıya sahip olduğunu kanıtlar niteliktedir.

3.2. NORMALLİK ANALİZİ

Bu aşamada parametrik ya da parametrik olmayan analiz yöntemlerinden hangisinin kullanılacağına karar vermek adına verilerin normallik testine tabi tutulması gerekmektedir.

Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için yapılan temel işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Hopkins ve Weeks, 1990). Buna göre ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Ayrıca ilgili ölçek ve boyutlarına ilişkin histogramlar, grafikler ve varyasyon katsayıları da incelenerek normal dağılıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Analizlerde test tekniklerinden bağımsız gruplar t testi, ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 3.2. Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Test	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Beck Anksiyete Ölçeği	,9988	,77186	,841	,149
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	2,9968	,57991	-,142	-,076
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	2,9844	,49823	,167	,424
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	2,5832	,01998	,136	-,168

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma aşağıda belirtilen hipotezlere yanıt aramakta, belirtilmiş olan ilişkilere sonuç üretmektedir.

H1: Sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınında korku ve kaygı düzeyleri mesleki benlik saygılarına göre farklılaşacaktır.

H2: Sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınında korku ve kaygı düzeyleri tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H3: Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H4: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H5: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H6: Sağlık çalışanlarının nöbet durumu ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H7: Sağlık çalışanlarının görev yaptığı birim ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H8: Sağlık çalışanlarının korku ve kaygı düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H9: Sağlık çalışanlarının ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H10: Sağlık çalışanlarının COVID tanısı alması ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H11: Sağlık çalışanlarının pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanım durumu ile Koronavirüs Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H12: Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H13: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H14: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H15: Sağlık çalışanlarının nöbet durumu ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H16: Sağlık çalışanlarının görev yaptığı birim ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H17: Sağlık çalışanlarının korku ve kaygı düzeyleri ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H18: Sağlık çalışanlarının ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H19: Sağlık çalışanlarının COVID tanısı alması ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H20: Sağlık çalışanlarının pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanım durumu ile Beck Anksiyete düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H21: Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H22: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H23: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H24: Sağlık çalışanlarının nöbet durumu ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H25: Sağlık çalışanlarının görev yaptığı birim ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H26: Sağlık çalışanlarının korku ve kaygı düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H27: Sağlık çalışanlarının ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H28: Sağlık çalışanlarının COVID tanısı alması ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H29: Sağlık çalışanlarının pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanım durumu ile Maslach Tükenmişlik düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H30: Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H31: Sağlık çalışanlarının medeni durumları ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H32: Sağlık çalışanlarının aile tipi ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H33: Sağlık çalışanlarının nöbet durumu ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H34: Sağlık çalışanlarının görev yaptığı birim ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H35: Sağlık çalışanlarının korku ve kaygı düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H36: Sağlık çalışanlarının ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H37: Sağlık çalışanlarının COVID tanısı alması ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

H38: Sağlık çalışanlarının pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanım durumu ile Mesleki Benlik Saygısı düzeylerine göre farklılaşacaktır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK BİLGİLERİ AÇISINDAN DAĞILIMLARI

Tablo 4.1. Katılımcıların Hastaneler Açısından Dağılımlar

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hastane	Batman	157	16,7	16,7	16,7
	Diyarbakır Dicle	151	16,0	16,0	32,7
	Diyarbakır Eğitim Araştırma	172	18,3	18,3	51,0
	Diyarbakır Selahattin Eyyübi	154	16,3	16,3	67,3
	İstanbul Tuzla	158	16,8	16,8	84,1
	Marmara	150	15,9	15,9	100,0
	Total	942	100,0	100,0	

Tablo 4.1'e bakıldığında çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının 157'si (16,7) Batman, 151'i (%16,0) Diyarbakır Dicle, 172'si (%18,3) Diyarbakır Eğitim Araştırma, 154'ü (%16,3) Diyarbakır Selahattin Eyyübi, 158'i (%16,8) İstanbul Tuzla, 150'si (%15,9) ise Marmara da görev yapmaktadır. Çalışmanın çoğunluğunda Diyarbakır Eğitim Araştırmada görev yapmakta olan sağlık çalışanları bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Cinsiyetiniz	Kadın	498	52,9	52,9	52,9
	Erkek	444	47,1	47,1	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Tablo 4.2'ye bakıldığında çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanların 498'i (%52,9) kadın, 444'ü (%47,1) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu kadın bireyler oluşmaktadır.

Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Medeni durumunuz	Evli	614	65,2	65,2	65,2
	Bekar	328	34,8	34,8	100,0

Toplam	942	100,0	100,0
--------	-----	-------	-------

Araştırmaya katılan katılımcıların 614'ü (%65,2) evli, 328'i (%34,8) bekar bireylerden oluşmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu evli bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuk Durumları Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çocuğunuz var mı	Evet	490	52,0	52,0	52,0
	Hayır	452	48,0	48,0	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Katılımcıların 490'ının (%52,0) çocuğu var, 452'sinin (%48,0) ise çocuğu yoktur. Araştırmada çocuğu olanla çocuğu olmayan kişi sayısı arasında fazla fark yoktur. Ancak araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu ise çocuğu olan katılımcılar oluşturmaktadır.

Tablo 4.5. Katılımcıların Aile Tipleri Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Aile tipiniz	Çekirdek	828	87,9	87,9	87,9
	Geniş	94	10,0	10,0	97,9
	Parçalanmış	20	2,1	2,1	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 828'inin (%87,9) aile tipi çekirdek, 94'ünün (%10,0) geniş, 20'sinin (%2,1) ise ailesi parçalanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu çekirdek aile yapısına sahip olan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların Eğitim Durumları Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Eğitimiz düzeyiniz nedir	Lise	23	2,4	2,4	2,4
	Sağlık meslek lisesi	20	2,1	2,1	4,6
	Ön lisans	79	8,4	8,4	13,0
	Lisans	439	46,6	46,6	59,6
	Yüksek lisans	113	12,0	12,0	71,5
	Tıp fakültesi	247	26,2	26,2	97,8

Diğer	21	2,2	2,2	100,0
Toplam	942	100,0	100,0	

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri 23'ünün (%2,4) lise mezunu, 20'sinin (%2,1) sağlık meslek lisesi mezunu, 79'unun (%8,4) ön lisans mezunu, 439'unun (%46,6) lisans mezunu, 113'ünün (%12,0) yüksek lisans mezunu, 247'sinin (%26,2) tıp fakültesi mezunu, 21'inin (%2,2) ise diğerdir. Araştırmanın çoğunluğunu tıp fakültesi eğitimine sahip katılımcılar bulunmaktadır.

Tablo 4.7. Katılımcıların Nöbet Durumları Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Nöbet	Tutuyor	684	72,6	72,6	72,6
	Tutmuyor	258	27,4	27,4	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının 84'ü (%72,6) nöbet tutmakta, 258'i (%27,4) ise nöbet tutmamaktadır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu nöbet tutan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birim Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Görev yaptığınız birimin adı	Acil	82	8,7	8,7	8,7
	Ameliyathane	57	6,1	6,1	14,8
	Covid 19	121	12,8	12,8	27,6
	Yoğun bakım	78	8,3	8,3	35,9
	Diğer	604	64,1	64,1	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Katılımcıların 82'si (%8,7) acil serviste, 57'si (%6,1) ameliyathanede, 121'i (%12,8) Covid-19 biriminde, 78'i (%8,3) yoğun bakım ünitesinde, 604'ü (%64,1) ise diğer birimlerde çalışmaktadır. Çalışmanın çoğunluğunda diğer birimlerde çalışan sağlık görevlileri bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Kaygı ve korku düzeyi	Evet	551	58,5	58,5	58,5
	Hayır	111	11,8	11,8	70,3
	Kısmen	280	29,7	29,7	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Sağlık çalışanlarının 551'i (%58,5) kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmekte, 111'i (%11,8) kaygı ve korku düzeyinin yüksek olmadığını düşünmekte, 280'i (%29,7) ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu kaygı ve korku düzeyleri yüksek olan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.10. Katılımcıların Aile Bireylerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Ailenizdeki bireylerin kaygı ve korku düzeyi	Evet	623	66,1	66,1	66,1
	Hayır	101	10,7	10,7	76,9
	Kısmen	218	23,1	23,1	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Sağlık çalışanlarının 623'ünün (%66,1) ailelerindeki bireylerin kaygı ve korku düzeylerin yüksek olduğunu düşünmekte, 101'inin (%10,7) ailelerindeki bireylerin kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olmadığını düşünmekte, 218'i (%23,1) ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu ailelerinde kaygı ve korku düzeyleri yüksek olan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.11. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları

	N	Min.	Maxi.	Ortalama	Std. Sapma
Yaşınız	942	19	69	34,34	7,470

Tablo 4.3'e bakıldığında çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının yaşları 19-69 arasında olmakta ve ortalama 34,34±7,470'tir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları

	N	Min.	Maxi.	Ortalama	Std. Sapma
Birlikte yaşadığınız kişi sayısı	942	0	11	3,04	1,691

Sağlık çalışanlarının birlikte yaşadıkları kişi sayısı 0-11 arasında olmakta ve ortalama $3,04 \pm 1,691$ 'dir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları

	N	Min.	Maxi.	Ortalama	Std. Sapma
Haftalık çalışma süreniz	942	6	196	49,69	17,923

Bireylerin çalışma saatleri 6-196 saat arasında olmakta ve ortalama $49,69 \pm 17,923$ 'tür.

Tablo 4.14. Katılımcıların Pandemi Sürecinde COVID Tanısı Alması Açısından Dağılımları

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
COVID sürecinde tanısı aldınız mı				
Evet	716	76,0	76,0	76,0
Hayır	226	24,0	24,0	100,0
Toplam	942	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan katılımcıların 716'sının (%76,0) COVID-19 tanısı alırken, 226'sı (%24,0) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi sürecinde COVID tanısı alan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.15. Katılımcıların Yakınlarının Pandemi Sürecinde COVID Tanısı Alması Açısından Dağılımları

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
COVID sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID tanısı				
Evet	716	76,0	76,0	76,0
Hayır	226	24,0	24,0	100,0
Toplam	942	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan katılımcıların yakınlarından 716'sının (%76,0) COVID-19 tanısı alırken, 226'sı (%24,0) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi sürecinde yakınlarının COVID tanısı konulan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.16. Katılımcıların Yakınlarının Pandemi Sürecinde COVID Şüphesi Olması Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
COVID pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID şüphesi	Evet	709	75,3	75,3	75,3
	Hayır	233	24,7	24,7	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan katılımcıların yakınlarından 709'u (%75,3) COVID-19 şüphesi alırken, 233'ü (%24,7) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu yakınlarında COVID şüphesi olan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.17. Katılımcıların Pandemi Sürecinde Sonra Sosyal Medyada Harcadığı Süre Açısından Dağılımları

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
COVID Pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadığınız süre	Belirgin olarak arttı	247	26,2	26,2	26,2
	Kısmen arttı	331	35,1	35,1	61,4
	Değişmedi	55	5,8	5,8	67,2
	Kısmen azaldı	186	19,7	19,7	86,9
	Belirgin olarak azaldı	101	10,7	10,7	97,7
	Kullanmıyorum	22	2,3	2,3	100,0
	Toplam	942	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan katılımcıların Pandemi dönemi sonrası sosyal medya kullanımı 247'sinde (%26,2) Belirgin olarak artmış, 331'inde (%35,1) Kısmen artmış, 55'inde (%5,8) değişmemiş, 186'sında (%19,7) kısmen azalmış, 101'inde (%10,7) belirgin olarak azalmış ve 22'si (%2,3) ise kullanmamaktadır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi başından bu yana sosyal medya kullanımı kısmen artan katılımcılar oluşturmaktadır.

4.2. KORONAVİRÜS ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.18. Katılımcıların Koronavirüs Anksiyete Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.	942	2,6943	1,26338
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı.	942	2,6263	1,22690
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.	942	2,5945	1,26889
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya donup kaldım.	942	2,5096	1,25725
Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.	942	2,4915	1,23680
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	942	2,5832	,61315

Araştırmaya katılan katılımcıların Koronavirüs Anksiyete düzeyi “Nadir, bir veya iki günden az- Birkaç gün” arasında yani ($X=2,5832$) değerinde olmuştur. Bu değer katılımcıların Koronavirüs Anksiyete düzeylerinin ortalama olduğunu göstermektedir. Ölçek maddelerinden en yüksek düzeyde algılanan ($X=2,6943$) “Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.” maddesidir. En düşük düzeyde algılanan ($X=2,4915$) “Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.” maddesidir.

Tablo 4.19. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Kadın	498	2,5586	,59614	,391
	Erkek	444	2,6108	,63122	

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre cinsiyet ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,391$). Bu sonuçtan kadın ve erkek bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 3'ü desteklememektedir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Medeni Durum ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Medeni durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Evli	614	2,6238	,60570	,382
	Bekar	328	2,5073	,62070	

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durum ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre medeni durum ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,382$). Bu sonuçtan evli veya bekar bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 4'ü desteklememektedir.

Tablo 4.21. Katılımcıların Aile Tipi ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Çekirdek	828	2,5812	,61306	,550
	Geniş	94	2,5702	,62696	
	Parçalanmış	20	2,7300	,55923	
	Toplam	942	2,5832	,61315	

Araştırmaya katılan katılımcıların aile tipi ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre aile tipi ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,550$). Bu sonuçtan farklı aile tiplerine sahip olan bireylerin algıları açısından

Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 5'i desteklememektedir.

Tablo 4.22. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Nöbet	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Tutuyor	684	2,5927	,63459	,062
	Tutmuyor	258	2,5581	,55270	

Araştırmaya katılan katılımcıların nöbet durumu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre nöbet durumu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,062$). Bu sonuçtan nöbet tutan veya tutmayan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 6'yı desteklememektedir.

Tablo 4.23. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Acil	82	2,4756	,67815	,419
	Ameliyathane	57	2,6316	,69363	
	Covid 19	121	2,6231	,55027	
	Yoğun bakım	78	2,5385	,60329	
	Diğer	604	2,5911	,60915	
	Toplam	942	2,5832	,61315	

Araştırmaya katılan katılımcıların görev yaptığı birim ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre görev yaptığı birim ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,419$). Bu sonuçtan farklı birimlerde görev yapan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 7'yi desteklememektedir.

Tablo 4.24. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs	Evet	551	2,6163	,61976	,076
Anksiyete	Hayır	111	2,4811	,66790	
Ölçeği	Kısmen	280	2,5586	,57274	
	Toplam	942	2,5832	,61315	

Araştırmaya katılan katılımcıların kaygı ve korku düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre kaygı ve korku düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,076$). Bu sonuçtan kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 8'i desteklememektedir.

Tablo 4.25. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs	Evet	623	2,6045	,60733	,021
Anksiyete	Hayır	101	2,4238	,65744	
Ölçeği	Kısmen	218	2,5963	,60045	
	Toplam	942	2,5832	,61315	

Araştırmaya katılan katılımcıların ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,021$). Bu sonuçtan ailelerinin kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 9'u desteklemektedir.

Tablo 4.26. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Evet	716	2,5785	,61454	,744
	Hayır	226	2,5982	,60984	

Araştırmaya katılan katılımcıların COVID tanısı alması ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre COVID tanısı alması ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,744$). Bu sonuçtan COVID tanısı alan veya almayan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 10'u desteklememektedir.

Tablo 4.27. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Belirgin olarak arttı	247	2,5555	,61562	,416
	Kısmen arttı	331	2,6024	,63226	
	Değişmedi	55	2,4764	,51279	
	Kısmen azaldı	186	2,6290	,59567	
	Belirgin olarak azaldı	101	2,5960	,61708	
	Kullanmıyorum	22	2,4273	,64821	
	Toplam	942	2,5832	,61315	

Araştırmaya katılan katılımcıların pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,416$). Bu sonuçtan pandemi başlangıcından bu yana farklı şekilde sosyal medya kullanan bireylerin algıları açısından Koronavirüs Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 11'i desteklememektedir.

4.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.28. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	942	1,00	,977
Sıcak/ateş basmaları	942	1,09	1,050
Bacaklarda halsizlik, titreme	942	1,10	1,075
Gevşeyememe	942	1,20	1,041
Çok kötü şeyler olacak korkusu	942	1,57	1,016
Baş dönmesi veya sersemlik	942	,94	1,006
Kalp çarpıntısı	942	,90	,949
Dengeyi kaybetme duygusu	942	,79	,968
Dehşete kapılma	942	,92	1,001
Sinirlilik	942	1,74	,956
Boğuluyormuş gibi olma duygusu	942	1,05	1,127
Ellerde titreme	942	,68	,923
Titreklik	942	,51	,882
Kontrolü kaybetme korkusu	942	,90	,964
Nefes almada güçlük	942	,85	,973
Ölüm korkusu	942	1,11	1,021
Korkuya kapılma	942	1,36	1,020
Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	942	1,24	1,027
Baygınlık	942	,40	,815
Yüzün kızarması	942	,72	,924
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	942	,92	1,021
Beck Anksiyete Ölçeği	942	,9988	,77186

Araştırmaya katılan katılımcıların Beck Anksiyete düzeyi “Hiç” ($X=,9988$) değerinde olmuştur. Bu değer katılımcıların Beck Anksiyete düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçek maddelerinden en yüksek düzeyde algılanan ($X=1,74$) “Sinirlilik.” maddesidir. En düşük düzeyde algılanan ($X=,40$) “Baygınlık” maddesidir.

Tablo 4.29. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	498	1,2979	,81788	,000
	Erkek	444	,6633	,54929	

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre cinsiyet ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan kadın ve erkek bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 12'yi desteklemektedir.

Tablo 4.30. Katılımcıların Medeni Durum ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Medeni durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Evli	614	1,0321	,77048	,936
	Bekar	328	,9364	,77175	

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durum ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre medeni durum ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,936$). Bu sonuçtan evli veya bekar bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 13'ü desteklememektedir.

Tablo 4.31. Katılımcıların Aile Tipi ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Çekirdek	828	,9988	,77906	,087
	Geniş	94	1,0719	,70009	
	Parçalanmış	20	,6524	,73286	
	Toplam	942	,9988	,77186	

Araştırmaya katılan katılımcıların aile tipi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre aile tipi ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,087$). Bu sonuçtan farklı aile tiplerine sahip olan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 14'ü desteklememektedir.

Tablo 4.32. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Nöbet	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Tutuyor	684	,9664	,77340	,633
	Tutmuyor	258	1,0845	,76264	

Araştırmaya katılan katılımcıların nöbet durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre nöbet durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,633$). Bu sonuçtan nöbet tutan veya tutmayan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 15'i desteklememektedir.

Tablo 4.33. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Acil	82	,9640	,63442	,000
	Ameliyathane	57	,7594	,60102	
	Covid 19	121	1,5419	,75673	
	Yoğun bakım	78	1,1337	,76051	
	Diğer	604	,8999	,75984	
	Toplam	942	,9988	,77186	

Araştırmaya katılan katılımcıların görev yaptığı birim ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre görev yaptığı birim ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan farklı birimlerde görev yapan bireylerin algıları

açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 16'yı desteklemektedir.

Tablo 4.34. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	551	1,2978	,79190	,000
	Hayır	111	,3230	,40239	
	Kısmen	280	,6782	,49793	
	Toplam	942	,9988	,77186	

Araştırmaya katılan katılımcıların kaygı ve korku düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre kaygı ve korku düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 17'yi desteklemektedir.

Tablo 4.35. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	623	1,1918	,77761	,000
	Hayır	101	,2249	,25494	
	Kısmen	218	,8058	,63026	
	Toplam	942	,9988	,77186	

Araştırmaya katılan katılımcıların ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan ailelerinin kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 18'i desteklemektedir.

Tablo 4.36. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	716	,9932	,76426	,308
	Hayır	226	1,0164	,79694	

Araştırmaya katılan katılımcıların COVID tanısı alması ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre COVID tanısı alması ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,308$). Bu sonuçtan COVID tanısı alan veya almayan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 19’u desteklememektedir.

Tablo 4.37. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Beck Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Beck Anksiyete Ölçeği	Belirgin olarak arttı	247	,9902	,72551	,981
	Kısmen arttı	331	,9958	,74845	
	Değişmedi	55	1,0398	,91779	
	Kısmen azaldı	186	1,0259	,82193	
	Belirgin olarak azaldı	101	,9741	,78062	
	Kullanmıyorum	22	,9221	,82904	
	Toplam	942	,9988	,77186	

Araştırmaya katılan katılımcıların pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,981$). Bu sonuçtan pandemi başlangıcından bu yana farklı şekilde sosyal medya kullanan bireylerin algıları açısından Beck Anksiyete düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 20’yi desteklememektedir.

4.4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.38. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

	N	Ortalama	Std. Sapma
İşimden soğuduğumu hissediyorum.	942	3,36	1,121
Bütün gün hastalarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	942	3,45	1,065
Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	942	3,32	1,148
Yaptığım iş sayesinde hastaların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	942	3,93	1,039
Hastalara ne olduğu umurumda değil.	942	1,48	,878
Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	942	2,16	1,152
İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	942	3,52	1,070
Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	942	2,75	1,256
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	942	2,9968	,57991

Araştırmaya katılan katılımcıların Maslach Tükenmişlik düzeyi “Çok Nadir-Bazen” arasında yani ($X=2,9968$) değerinde olmuştur. Bu değer katılımcıların Maslach Tükenmişlik düzeylerinin ortalama olduğunu göstermektedir. Ölçek maddelerinden en yüksek düzeyde algılanan ($X=3,93$) “Yaptığım iş sayesinde hastaların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.” maddesidir. En düşük düzeyde algılanan ($X=1,48$) “Hastalara ne olduğu umurumda değil.” maddesidir.

Tablo 4.39. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Kadın	498	3,0986	,58310	,007
	Erkek	444	2,8826	,55513	

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre cinsiyet ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki

saptanmıştır ($p=,007$). Bu sonuçtan kadın ve erkek bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 21'i desteklemektedir.

Tablo 4.40. Katılımcıların Medeni Durum ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Medeni durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Evli	614	3,0299	,52588	,000
	Bekar	328	2,9348	,66590	

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre medeni durum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan evli veya bekar bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 22'yi desteklemektedir.

Tablo 4.41. Katılımcıların Aile Tipi ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Çekirdek	828	3,0115	,56398	,080
	Geniş	94	2,9109	,58246	
	Parçalanmış	20	2,7938	1,03020	
	Toplam	942	2,9968	,57991	

Araştırmaya katılan katılımcıların aile tipi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre aile tipi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,080$). Bu sonuçtan farklı aile tiplerine sahip olan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 23'ü desteklememektedir.

Tablo 4.42. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Nöbet	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Tutuyor	684	3,0365	,59535	,020
	Tutmuyor	258	2,8915	,52349	

Araştırmaya katılan katılımcıların nöbet durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre nöbet durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,020$). Bu sonuçtan nöbet tutan veya tutmayan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 24'ü desteklemektedir.

Tablo 4.43. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Acil	82	3,0625	,54229	,000
	Ameliyathane	57	3,0022	,68281	
	Covid 19	121	3,4060	,53965	
	Yoğun bakım	78	3,0064	,62998	
	Diğer	604	2,9042	,53906	
	Toplam	942	2,9968	,57991	

Araştırmaya katılan katılımcıların görev yaptığı birim ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre görev yaptığı birim ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan farklı birimlerde görev yapan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 25'i desteklemektedir.

Tablo 4.44. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Evet	551	3,1152	,58972	,000
	Hayır	111	2,7489	,50269	
	Kısmen	280	2,8621	,52790	
	Toplam	942	2,9968	,57991	

Araştırmaya katılan katılımcıların kaygı ve korku düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre kaygı ve korku düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 26'yı desteklemektedir.

Tablo 4.45. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Evet	623	3,0849	,57901	,000
	Hayır	101	2,7290	,45452	
	Kısmen	218	2,8693	,57461	
	Toplam	942	2,9968	,57991	

Araştırmaya katılan katılımcıların ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan ailelerinin kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 27'yi desteklemektedir.

Tablo 4.46. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

	COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Evet	716	2,9845	,58346	,405
	Hayır	226	3,0360	,56803	

Araştırmaya katılan katılımcıların COVID tanısı alması ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre COVID tanısı alması ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,405$). Bu sonuçtan COVID tanısı alan veya almayan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 28'i desteklememektedir.

Tablo 4.47. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Maslach Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Belirgin olarak arttı	247	2,9914	,55295	,948
	Kısmen arttı	331	3,0034	,59364	
	Değişmedi	55	2,9977	,58159	
	Kısmen azaldı	186	3,0188	,58427	
	Belirgin olarak azaldı	101	2,9443	,61147	
	Kullanmıyorum	22	3,0114	,52314	
	Toplam	942	2,9968	,57991	

Araştırmaya katılan katılımcıların pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,948$). Bu sonuçtan pandemi başlangıcından bu yana farklı şekilde sosyal medya kullanan bireylerin algıları açısından Maslach Tükenmişlik düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 29'u desteklememektedir.

4.5. MESLEKİ BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.48. Katılımcıların Mesleki Benlik Saygısı Ölçeğine Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Kendimi sahip olduğum mesleğimden daha iyi mesleklere layık görüyorum	942	3,49	1,232
Mesleğim sorulduğunda gurur duyarak bir	942	2,86	1,447
Mesleğimi istemeyerek seçtim	942	2,43	1,365

Mesleğimden memnunum	942	2,87	1,226
Mesleğimi değiştirmeyi düşünüyorum	942	2,96	1,402
Mesleğimi kendim istediğim için yapacağım	942	2,51	1,183
Gerçekte zevk almadığım halde, mesleğimden zevk alıyormuş gibi görünürüm	942	2,53	1,153
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	942	2,9844	,49823

Araştırmaya katılan katılımcıların Mesleki Benlik Saygısı düzeyi “Katılıyorum-Kararsızım” arasında yani ($X=2,9844$) değerinde olmuştur. Bu değer katılımcıların Mesleki Benlik Saygısı düzeylerinin ortalama olduğunu göstermektedir. Ölçek maddelerinden en yüksek düzeyde algılanan ($X=3,49$) “Kendimi sahip olduğum mesleğimden daha iyi mesleklere layık görüyorum.” maddesidir. En düşük düzeyde algılanan ($X=2,43$) “Mesleğimi istemeyerek seçtim.” maddesidir.

Tablo 4.49. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Kadın	498	2,9862	,48215	,595
	Erkek	444	2,9823	,51620	

Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetleri ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre cinsiyet ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,595$). Bu sonuçtan kadın ve erkek bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 30’ı desteklememektedir.

Tablo 4.50. Katılımcıların Medeni Durum ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Medeni durumunuz	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Evli	614	2,9688	,48333	,343
	Bekar	328	3,0135	,52451	

Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durum ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre medeni durum ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,343$). Bu sonuçtan evli veya bekar bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 31'i desteklememektedir.

Tablo 4.51. Katılımcıların Aile Tipi ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Çekirdek	828	3,0005	,48487	,005
	Geniş	94	2,9073	,55810	
	Parçalanmış	20	2,6786	,63020	
	Toplam	942	2,9844	,49823	

Araştırmaya katılan katılımcıların aile tipi ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre aile tipi ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,005$). Bu sonuçtan farklı aile tiplerine sahip olan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 32'yi desteklemektedir.

Tablo 4.52. Katılımcıların Nöbet Durumu ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Nöbet	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Tutuyor	684	3,0161	,48073	,006
	Tutmuyor	258	2,9003	,53381	

Araştırmaya katılan katılımcıların nöbet durumu ile Mesleki Benlik Saygısı k Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre nöbet durumu ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,006$). Bu sonuçtan nöbet tutan veya tutmayan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 33'ü desteklemektedir.

Tablo 4.53. Katılımcıların Görev Yaptığı Birim ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Acil	82	3,0523	,57648	,003
	Ameliyathane	57	3,0075	,55619	
	Covid 19	121	3,0673	,45478	
	Yoğun bakım	78	3,1190	,37438	
	Diğer	604	2,9390	,49848	
	Toplam	942	2,9844	,49823	

Araştırmaya katılan katılımcıların görev yaptığı birim ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre görev yaptığı birim ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,003$). Bu sonuçtan farklı birimlerde görev yapan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 34'ü desteklemektedir.

Tablo 4.54. Katılımcıların Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	551	3,0192	,45877	,030
	Hayır	111	2,9060	,57515	
	Kısmen	280	2,9469	,53448	
	Toplam	942	2,9844	,49823	

Araştırmaya katılan katılımcıların kaygı ve korku düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre kaygı ve korku düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,030$). Bu sonuçtan kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 35'i desteklemektedir.

Tablo 4.55. Katılımcıların Ailelerinin Kaygı ve Korku Düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	623	3,0232	,46424	,000
	Hayır	101	2,7298	,63821	
	Kısmen	218	2,9915	,48627	
	Toplam	942	2,9844	,49823	

Araştırmaya katılan katılımcıların ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre ailelerinin kaygı ve korku düzeyleri ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=,000$). Bu sonuçtan ailelerinin kaygı ve korku düzeyi bulunan ya da bulunmayan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyede değildir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 36'yı desteklemektedir.

Tablo 4.56. Katılımcıların COVID Tanısı Alması ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

	COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?	N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Evet	716	2,9818	,49324	,670
	Hayır	226	2,9924	,51476	

Araştırmaya katılan katılımcıların COVID tanısı alması ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için Independent-Samples T-testi sonuçlarına göre COVID tanısı alması ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,670$). Bu sonuçtan COVID tanısı alan veya almayan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 37'yi desteklememektedir.

Tablo 4.57. Katılımcıların Pandemi Başlangıcından Bu zamana Sosyal Medya Kullanma Durumu ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		N	Ortalama	Std. Sapma	Sig.
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Belirgin olarak arttı	247	2,9931	,51824	,998
	Kısmen arttı	331	2,9836	,50266	
	Değişmedi	55	2,9714	,42627	
	Kısmen azaldı	186	2,9785	,50609	
	Belirgin olarak azaldı	101	2,9915	,46503	
	Kullanmıyorum	22	2,9481	,49985	
	Toplam	942	2,9844	,49823	

Araştırmaya katılan katılımcıların pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı belirlemek için One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre pandemi başlangıcından bu yana sosyal medya kullanımı ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=,998$). Bu sonuçtan pandemi başlangıcından bu yana farklı şekilde sosyal medya kullanan bireylerin algıları açısından Mesleki Benlik Saygısı düzeyleri aynı seviyededir. Yapılan analiz sonucu bu bağlamda hipotez 38'i desteklememektedir.

Tablo 4.58. Koronavirüs Anksiyete, Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçekleri Arasında Korelasyon Testi

		Beck Anksiyete Ölçeği	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
Beck Anksiyete Ölçeği	Pearson Korelasyonu	1	,548**	,240**	,022
	Sig.		,000	,000	,505
	N	942	942	942	942
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Pearson Korelasyonu	,548**	1	,169**	,029
	Sig.	,000		,000	,378
	N	942	942	942	942
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	Pearson Korelasyonu	,240**	,169**	1	-,006
	Sig.	,000	,000		,844

	N	942	942	942	942
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	Pearson Korelasyonu	,022	,029	-,006	1
	Sig.	,505	,378	,844	
	N	942	942	942	942

****.** Korelasyon 0.01 düzeyinde (2 kuyruklu) anlamlıdır.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik, Mesleki Benlik Saygısı ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeklerinin aralarında anlamlı bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla korelasyon testi yapılmıştır. Yapılan test neticesinde Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçekleri kendi aralarında anlamlı çıkarken Koronavirüs Anksiyete Ölçeği diğer ölçeklerle anlamsız çıkmıştır.

Tablo 4.59. Koronavirüs Anksiyete, Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçekleri Arasında Regresyon Testi

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		t	Sig.
	B	Sapma Std.	Beta			
1 (Sabit)	-1,812	,176			-10,317	,000
Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği	,236	,042	,152		5,577	,000
Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	,010	,034	,008		,287	,774
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	,695	,036	,522		19,144	,000

a. Bağımlı Değişken: Beck Anksiyete Ölçeği

Regresyon analizi yapmak için genel Anova sonuçlarına bakmak ve anlamlılık çıkması ($p < 0,001$) durumunda uygulamak daha doğru bir yaklaşımdır. Regresyon Analizi genel olarak bir değişken üzerinde başka bir değişkenin etkisinin olup olmadığını araştırmak istendiği durumlarda kullanılır. Analizde bağımsız değişken (tahmin değişkeni) bir tane olması sebebi ile Basit Doğrusal Regresyon Analiz Yöntemi uygulanmıştır. Ayrıca değişkenler arası değerlerin bağımlı/ilişkili (korelasyonlu) olmaması gerekmektedir. Bunu anlamak için 0-4 arası değişken Durbin-Watson testi uygulanmıştır.

Diğer analizlerde de olduğu gibi Regresyon Analizini tek bağımsız değişken olması sebebi ile SPSS programının Analyze menüsü altında yer alan Enter metodundan yararlanılarak test gerçekleştirilmiştir.

Beck Anksiyete, Maslach Tükenmişlik, Mesleki Benlik Saygısı ve Koronavirüs Anksiyete düzeyine yönelik yapılan regresyon sonucuna göre modelin genel açıklayıcılığı, 176'dır. Bu tablodan çıkan sonuçlar genel anova sonuçları ile örtüşmektedir. Bu tabloda model anlamlı bulunmuştur. Bu bağlamda yapılan analizler sonucunda katılımcıların COVID-19 salgınında korku ve kaygı düzeyleri, mesleki benlik saygılarına ve tükenmişlik düzeylerine etki ettiği saptanmıştır. Böylece hipotez 1 ve 2 yapılan analizlerle desteklenmiştir.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüz dünyasının gelişmesi ve mesleki kolların çeşitlenmesi insanların yaşam biçimlerini doğrudan etkilemektedir. Bununla birlikte, insanlar çalışma saatlerine göre hayatlarını planlamaktadırlar. Hayatlarını devam ettirmek zorunda oldukları ekonomik bir ihtiyaç olarak görülen çalışma hayatı, bireylerin aynı zamanda kendilerini olumlama için ve zorunluluktan uzak bir yaşam biçimi olarak da tercih edilmektedir. Özellikle sağlık alanında çalışan bireyler meslek seçimlerini yaparken bu yaşam biçimini kabul ederek hayatlarını şekillendirmeyi göze almaktadırlar. Çünkü diğer meslek kollarından farklı olarak bu alanda doğrudan insan hayatının söz konusu olduğu gerçeği önemli bir ayırt ediciliğe sahiptir.

Yapılan bu çalışma ile sağlık çalışanların mesleki benlik saygılarındaki değişim ele alınmaktadır. Bu konuya odaklanma nedeni, Mart 2020’de tüm dünyayı saran COVID-19 salgınından ileri gelmektedir. Gerçekleşen bu salgın dünyanın sadece belirli bir yerinde değil, dünyanın her yerinde varlığını hala sürdürmeye devam etmektedir. İnsan sağlığını doğrudan etkileyen bu salgın kapsamında birçok toplumsal yapı ve alan değişim göstermiştir. İnsanların çalışma hayatları ve sosyal hayatları doğrudan farklılık göstermeye başlamıştır. Özellikle sağlık alanında gözlemlenen bu değişimler, sağlık çalışanların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını derinden etkilemiş olduğu görülmektedir. Bunun sebebi, içinde bulunulan yüzyılın getirmiş olduğu kaygı ve endişe düzeylerindeki yükseklik ve yakın tarihte bir salgın içinde yer alınmamış olmanın verdiği tecrübesizliklerdir. Bu durum karşısında sağlık çalışanlarının salgın süreci içerisinde kendilerinde gözlemledikleri değişiklikler araştırmanın konusu olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların Covid-19 salgınında sağlık çalışanlarının yaşadıkları korku ve kaygı düzeylerinin mesleki benlik saygılarına ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesini amaçlayan bu çalışmada görev yaptıkları birim, cinsiyet, yaş, sağlık çalışanların kaygı ve korku düzeyleri ve sağlık çalışanlarının ailelerindeki korku ve kaygı düzeylerine ilişkin veriler ile ilgili araştırmalardan elde edilen bulgular ve sonuçlar tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar gerçekleştirilmiş olan benzer çalışmalarla karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Covid-19 salgını çerçevesinde mesleki benlik düzeyinin önceliği, çalışmaların sayıca az olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmada genel olarak sağlık çalışanlarının anksiyete, tükenmişlik düzeylerinde yüksek

farklılıkların olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık mesleki benliklerine ilişkin bir düşüşün olduğu gözlemlenmiştir. Salgın sürecinin sağlık çalışanlarının hem çalışma hem de sosyal hayatlarını tamamen etkileyecek şekilde değişmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının mesleklerine yükledikleri anlam bu salgın sürecinde bireyler ve toplumsal kurum tarafından farklı bir boyuta ulaştırılması onların mesleki benlik saygılarını da etkilemiş olduğunu göstermektedir. Araştırmada, dışarıdan gelen etkilerin sağlık çalışanlarının mesleki benlik saygılarına etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bir diğer sonuç ise salgının getirmiş olduğu sağlık kaygılarında gelişme olduğudur. Aynı zamanda, sağlık çalışanlarının aileleriyle kurdukları ilişkiler nedeni ile artık daha fazla kaygılı oldukları dikkat çeken bir diğer sonucuna ulaştırmıştır.

5.1. ARAŞTIRMANIN DEMOGRAFİK BİLGİLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR

Çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanların 498'i kadın, 444'ü erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların 614'ü evli, 328'i bekar bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların 490'ının çocuğu var, 452'sinin ise çocuğu yoktur. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 828'inin aile tipi çekirdek, 94'ünün geniş, 20'sinin ise ailesi parçalanmıştır. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri 23'ünün lise mezunu, 20'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, 79'unun ön lisans mezunu, 439'unun lisans mezunu, 113'ünün yüksek lisans mezunu, 247'sinin tıp fakültesi mezunu, 21'inin ise diğerdir. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının 84'ü nöbet tutmakta, 258'i ise nöbet tutmamaktadır. Katılımcıların 82'si acil serviste, 57'si ameliyathanede, 121'i Covid-19 biriminde, 78'i yoğun bakım ünitesinde, 604'ü ise diğer birimlerde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının 551'i kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmekte, 111'i kaygı ve korku düzeyinin yüksek olmadığını düşünmekte, 280'i ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler. Sağlık çalışanlarının 623'ünün ailelerindeki bireylerin kaygı ve korku düzeylerin yüksek olduğunu düşünmekte, 101'inin ailelerindeki bireylerin kaygı ve korku düzeylerinin yüksek olmadığını düşünmekte, 218'i ise kısmen yüksek olduğunu düşünmektedirler. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının yaşları 19-69 arasında olmakta ve ortalama $34,34 \pm 7,470$ 'tir. Sağlık çalışanlarının birlikte yaşadıkları kişi sayısı 0-11 arasında olmakta ve ortalama $3,04 \pm 1,691$ 'dir. Bireylerin çalışma saatleri 6-196 saat

arasında olmakta ve ortalama $49,69 \pm 17,923$ 'tür. Araştırmaya katılan katılımcıların 716'sının (%76,0) COVID-19 tanısı alırken, 226'sı (%24,0) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi sürecinde COVID tanısı alan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların yakınlarından 716'sının (%76,0) COVID-19 tanısı alırken, 226'sı (%24,0) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi sürecinde yakınlarının COVID tanısı konulan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların yakınlarından 709'u (%75,3) COVID-19 şüphesi alırken, 233'ü (%24,7) ise almamıştır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu yakınlarında COVID şüphesi olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların Pandemi dönemi sonrası sosyal medya kullanımı 247'sinde (%26,2) Belirgin olarak artmış, 331'inde (%35,1) Kısmen artmış, 55'inde (%5,8) değişmemiş, 186'sında (%19,7) kısmen azalmış, 101'inde (%10,7) belirgin olarak azalmış ve 22'si (%2,3) ise kullanmamaktadır. Buna göre araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu pandemi başından bu yana sosyal medya kullanımı kısmen artan katılımcılar oluşturmaktadır.

5.2. KATILIMCILARIN KORONAVİRÜS ANKSİYETE ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR

Araştırmaya katılan katılımcıların Koronavirüs Anksiyete düzeyi “Nadir, bir veya iki günden az- Birkaç gün” arasında yani ($X=2,5832$) değerinde olmuştur. Bu değer katılımcıların Koronavirüs Anksiyete düzeylerinin ortalama olduğunu göstermektedir.

Önceki küresel hastalık salgınlarının psikolojik etkileri üzerine yapılan araştırmalar, pandemi ile ilişkili anksiyete ve stres, kontaminasyon endişeleri, sağlık kaygısı, travma sonrası stres ve intihar eğilimleri olduğunu ortaya koymuştur.

Wang vd. (2020), COVID-19 salgını sırasında genel nüfusun ruh sağlığı üzerine yapmış oldukları çalışmada stres, anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı derecede ilişki bulmuşlardır.

Cao vd. (2020), yapmış oldukları çalışmada üniversite öğrencilerinin yaklaşık %24,9'unun COVID-19 salgını nedeniyle kaygı yaşadığını kanıtlamışlardır. Bu bağlamda bu çalışma araştırmamızı destekler niteliktedir.

Ni ve diğerlerinin (2020) Çin'de, 214 sağlık çalışanı ve 1577 sağlık çalışanı olmayan katılımcı ile çevrimiçi anketler aracılığıyla yapılan bir başka çalışmada sağlık çalışanı

olmayan katılımcıların yaklaşık beşte birinde olası kaygı (%23,8) ve olası depresyon (%19,2) tespit edildiği bildirmiştir. Bu çalışmada araştırmamızı destekler nitelikte sonuçları barındırmaktadır.

Rettie ve diğerlerinin (2020) İngiltere’de 842 kişinin yer aldığı bir çalışmada ise katılımcıların %24,3’ünde anksiyete; %25,6’sında depresyon belirti düzeylerinin yüksek olduğu ve bu oranlar pandemi öncesi dönemde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında oranlarda belirgin bir artış olduğu bildirilmiştir.

5.3. KATILIMCILARIN BECK ANKSİYETE ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birim ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada kadınların anksiyete skorunun erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Reiss vd., 1986).

Cox ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyete düzeyi ile cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir fakat kadın cinsiyette panik atak gelişme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirmiştir (Cox vd., 1991).

Lewinsohn ve ark.’ın (1992) ergenlerde anksiyete bozuklukları ile ilgili yaptığı çalışmada kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri olduğu bildirilmiştir.

Hewitt ve Norton’un (2001) yaptığı çalışmada ise kadınların Beck anksiyete skorlarının erkeklerden daha yüksek olarak saptadıklarını bildirmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaşları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre acil servis bölümünde çalışan doktorlar arasında 36-45 yaş aralığında çalışan doktorların kaygı düzeyleri en düşük düzeyde iken, genç ve yaşlı gruplarında kaygı düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bülent vd., 2006).

Görgülü ise yaptığı çalışmada (Görgülü, 1998), 46 ve daha büyük yaştaki hemşirelerle, 20 ve daha küçük yaştaki hemşirelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu

belirlemiştir (Görgülü, 1998). Literatür incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar olmakla birlikte farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir.

Ocakçı ve Yılmaz (2010), yaş ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir (Yılmaz ve Ocakçı, 2010).

Kutanis ve Tunçun hemşirelerle yapmış olduğu araştırmasında da yaş değişkenliğine bağlı olarak durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerini incelenmiştir ve anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tülin ve Kutaniş, 2016). Genç yaştaki sağlık çalışanlarının iş hayatı ile ilgili durumlar karşısında tecrübe azlığından kaynaklı daha kaygılı olabileceği düşünülmektedir. Orta yaş ve yaşlı grubuna bakıldığında kaygı düzeyinin düşük olmasının tecrübenin artmasıyla birlikte karşılaşılan durumlarda daha etkili başa çıkma yöntemleri geliştirdikleri ve daha bilinçli olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Tüm bunlara bakıldığında iş hayatında her yaşta anksiyete yaşanabilmektedir, bireylerin kişisel özellikleri ve farklı yaşam biçimlerinden kaynaklı olarak farklı durumlar gelişebilmektedir ve bu etkenler sonucu kaygı düzeylerinin değişebildiği görüşüne varılabilir.

Sağlık çalışanlarının ailelerindeki kaygı ve korku düzeyleri anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının kaygı ve korku düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre; Kişinin kendisinde hissettiği kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri, diğer çalışanlardan daha düşüktür. Sağlık çalışanlarının, ailedeki bireylerin kaygı ve stres düzeylerine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde aile bireylerinde kaygı ve stres düzeyi yüksek olmayan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri, diğer çalışanlardan daha düşüktür. Tüm bu veriler ışığında kişinin kendisinde ve ailesinde düşündüğü kaygı ve stres durumu anksiyete düzeyini ve öz anlayış düzeyini etkilediği düşünülebilir. Buna ek olarak bu sonuç hipotez 8'i desteklemezken hipotez 9'u ise destekler niteliktedir. Kişinin kendisinde hissettiği kaygı ve stres durumu kişide anksiyeteyi arttırmakla birlikte araştırmamızda da elde ettiğimiz sonuçların ışığında anksiyetenin artışı öz anlayış değişkenini etkilemektedir.

5.4. KATILIMCILARIN MASLACH TÜKENMİŞLİK ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birim ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsiyet ile tükenme ilişkisi pek çok araştırmacı tarafından ele alınmış olup genel olarak tükenmişliğin, kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Erol vd., 2007; Kaya vd., 2010; Balcı vd., 2013). Fakat bazı araştırmacılar ise iki cinsiyet sonuçları arasında farkın olmadığını iddia etmektedir (Gül vd., 2012; Mashlach vd., 2001).

Taycan ve arkadaşları (2006) ile Özbayır ve arkadaşları (Özbayır vd., 2006) cinsiyetin tükenmişlikte etkili olup kadınlarda daha sık olduğunu vurgularken, Yavuzylmaz (2007), Ergin (1992) ve Doğan (2005) kadınlarda özellikle duygusal tükenmenin yoğun olduğunu belirtmektedir. Kadınlarda belirginleşen bir diğer özellik de çalışmamızda da dikkat çektiği gibi kişisel başarı puanlarının erkeklerden daha düşük olmasıdır.

Ergin (1992) kadınlarda tükenmişliğin daha yoğun görülmesi, kadınların bireysel ve çalışma yaşamına yönelik özelliklerinin dışında, özellikle toplumsal cinsiyet rolünün kadına yüklediği ev işleri ve çocuk bakımı gibi rollerin kadınların iş yükünü artırıcı bir etki yaptığı ve kadınları tükenmişlik için daha riskli hale getirdiğini düşündürmektedir.

Serinken ve arkadaşları (2003), kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenler belirlerken, erkeklerde sadece işe bağlı etmenlerin etkili olduğunu vurgulamaktadır.

Özbek ve Girgin (1994), bunun en önemli nedeninin kadınlarda iş dışında yüklenilen ev işleri ve çocuk bakımı gibi toplumsal roller olduğunu belirtmektedir. Cinsiyetin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olmadığını savunan çalışmalar da vardır (Mashlach vd., 2001).

Sağlık çalışanlarının yaşları ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Arifoğlu (2000), Basım ve Şeşen (2006), Demir (2004), Haran ve arkadaşları (1998), Buğdaycı ve arkadaşları (2007), Çam (1991), Gülseren ve arkadaşları (2000), Barutçu ve Serinkan (2008) yaş artıkcı tükenmişliğin azaldığını belirtirken, Aslan ve arkadaşları (1997), Cambaz ve arkadaşları (2001), Olgun ve Çınar (1997) yaşla birlikte tükenmişliğin de arttığını belirtmektedir.

Yaş tükenmişliğin alt gruplarında farklı etkilere yol açabilir. Örneğin, Taycan ve arkadaşları (2006), yaşın duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için etkisiz olduğunu, buna

karşın bireylerin yaşı arttıkça sorunlarla daha iyi mücadele edebildiğini ve kişisel başarı puanının da yükseldiğini belirtmektedir, bu saptama Kocabıyık ve Çakıcı (2008) tarafından da desteklenmektedir. Tükenmişliğin yaş faktöründen etkilenmediğini bulgulayan birçok araştırma da vardır (Fındık vd., 2011; Uzunkaya, 2010). Yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığını belirleyen araştırmada sonuçlar, genç hemşirelerin stresle baş etme konusunda daha dayanıksız olmalarıyla açıklamaktadır (Bryant, 1994). Yapılan araştırmalarda, yaşı küçük olan grupların daha fazla tükenmişlik puan ortalaması göstermiş olduğu bulunmuştur (Kaya vd., 2010).

Sağlık çalışanlarının kaygı ve korku düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının ailelerindeki kaygı ve korku düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Anksiyete ve tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde, Gökmen (2013) Erzurum'da hemşireler ile yaptığı çalışmada katılımcıların anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuştur. Turnipseed (1998) de hemşire örnekleminde yaptığı çalışmada anksiyetenin tükenmişlik üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğunu belirlemiştir. Literatürde yer alan veriler incelendiğinde anksiyete ve tükenmişlik arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir. Ayrıca, bazı çalışmalarda anksiyetenin tükenmişliği yordayan bir değişken olduğu yönünde bulgular olduğu da görülmektedir. Bu çalışmada da anksiyete ve tükenmişlik arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu ve anksiyetenin tükenmişlik üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Literatür taraması sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde, yapılan araştırmalar ile bu çalışmadan elde edilen bulguların tutarlı olduğu görülmektedir. Anksiyete, her insanın yaşayabileceği normal bir duygudur. Ancak bireyler olumsuz deneyimlerle karşılaştığında, normal seviyeyi aşan düzeyde anksiyete yaşayabilmektedir. Bu durum sonucunda bireyin hayatını olumsuz bir şekilde etkileyebilecek, sosyal, mesleki ve kişisel işlevselliğini bozacak belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Anksiyete yaşayan bireyler sinirlilik, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahsızlık, çarpıntı, sindirim sistemi problemleri gibi birçok olumsuz belirti deneyimleyebilmektedir. Tüm bu belirtiler uzun süreli ya da yoğun bir şekilde yaşandığında, bu durum bireyin yorgun, depresif, bıkmış ve tükenmiş hissetmesine sebep olabilir. Bu durumun, anksiyete ve tükenmişlik arasında pozitif yönde

korelasyon bulunduğuna ve anksiyetenin tüklenmişliği yordadığına yönelik bulgulara bir açıklama getirdiği düşünölebilir.

5.5. KATILIMCILARIN MESLEKİ BENLİK SAYGI ALGILARINA İLİŞKİN SONUÇLAR ve TARTIŞMALAR

Hekim, hemşire ve ebelerin ekibin değışmez üyeleri arasında yer aldığı sağlık hizmetleri multidisipliner ekip anlayışı içinde tüm meslek üyelerinin mesleğinde başarılı ve verimli olmasında, mesleki benlik saygısı önemli bir yer tutmaktadır (Özen vd., 2017).

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birim ile mesleki benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile mesleki benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Sağlık çalışanlarının yaşları ile mesleki benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının kaygı ve korku düzeyleri ile mesleki benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının ailelerindeki kaygı ve korku düzeyleri ile mesleki benlik saygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Alan yazında farklı meslek grupları ile yapılan bazı çalışmalar da bu bulguyu doğrulamaktadır (Ulusoy vd., 2016; Yılmaz Tekirgöl, 2011; Efilti ve Çakılı, 2007; Kutlu ve Soğukpınar, 2015; Işık, 2016; Tabassum vd., 2011).

Yapılan analizler öncesinde 38 hipotez oluşturulmuş ve bu hipotezlerin doğruluğu araştırılmıştır. Bu bağlamda çalışma konusunu en iyi yansıtan hipotez 1 ve 2'nin, sağlık çalışanlarının verdikleri cevapların ardından yapılan analizler yoluyla doğruluğu kanıtlanmıştır.

KAYNAKÇA

- AGGARWAL, Rakesh; KRAWCZYNSKI, Krzysztof. Hepatitis E: an overview and recent advances in clinical and laboratory research. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2000, 15.1: 9-20.
- AHERN, Mike, et al. Global health impacts of floods: epidemiologic evidence. *Epidemiologic reviews*, 2005, 27.1: 36-46.
- AKÇAGÖZ H. Çalışan Kadınların, Benlik Kavramı İle Depresyon Durumunun İncelenmesi Benlik Kavramı ve İdeal Benlik Kavramı Arasındaki Fark İle Depresyon Durumunun Değişkenler Açısından Belirlenmesi (Tez). Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- AKTAŞ H, Şimşek E. "Bireylerin Örgütsel Sessizlik Tutumlarında İş Doyumu ve Duygusal Tükenmişlik Algılarının Rolü". *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*. 2015; 11 (24):205-230.
- ALBERT, M. Vollard, et al. Risk factors for Typhoid and Paratyphoid Fever in Jakarta. *JAMA*, 2004, 291.21: 2607-2616.
- ARDIÇ K, POLATÇI S. "Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği)". *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008; 10 (2):69-96.
- ARI, G. S, BAL, E. Ç. "Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi". *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 2008; 15 (1):131- 148.
- ARICAK OT. "Öğretmen Adaylarının Benlik Saygısı ve Mesleki Benlik Saygılarının Geliştirilmesine Yönelik Bir Grupla Psikolojik Danışma Uygulaması". *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 1999b; (11):11-22.
- ARİFOĞLU B. KKTC Hastanelerindeki Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s.85-91. Antalya, 29 Ekim- 2 Kasım 2000.

- ASLAN E. "Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri". M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1992; 4 (7):7-14.
- ASLAN SH, Aslan RO, Alparslan N, Gürkan S, Ünal M. Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etmenler. ÇÜ Tıp Fak Dergisi 22 (2):132–136, 1997.
- AVŞAROĞLU S. Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2007.
- AYDEMİR Ö ve ark. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, 50(4): 325-31, 2013.
- AYDOĞAN SA, DENİZ ME. "Son Çocukluk Döneminde Benlik Saygısı ve Umut". Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2012; 3 (2):97-106.
- AYTAÇ S. "Stres Kaynakları ve Stresin Psikolojik Semptomlarının Öfke Kontrolü ile İlişkisi: Polis Memurları Üzerine Bir Araştırma". Sosyal Siyaset Konferansları. 2015; 69 (2):1-27.
- BAKKER AB, DEMEROUTİ E, VERBEKE W. "Using The Job Demands-Resources Model To Predict Burnout and Performance". Human Resource Management. 2004; 43 (1):83-104.
- BALCI, U.G., DEMİR, Ş., KURDAL, Y., KOYUNCU, G., DENİZ, Y., TEREÇİ, Ö., MANDUS, F., YALÇINKAYA, S. ve ÖNGEL, K., Hemşirelerde Tükenmişlik ve Yorgunluk, İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2013, 23 (2), 83-89.
- BALTAŞ Z, BALTAŞ A. Stres ve Başa Çıkma Yolları: 24. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.
- BARCELLOS, CHRISTOVAM; SABROZA, Paulo Chagastelles. The place behind the case: leptospirosis risks and associated environmental conditions in a flood-related outbreak in Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, 17: S59-S67.
- BARUTÇU E, SERİNKAN C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 8 (2):541–561, 2008.

- BASIM HN, ŞEŞEN H. Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi, Kamu' da Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 6 (2):15–23, 2006
- BAYSAL A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 1995.
- BOSSON JK, SWANN WB. "Self-Liking, Self-Competence, and the Quest for SelfVerification". Personality and Social Psychology Bulletin. 1999; 25 (10):1230- 1241.
- BOUMANDOUKI, P., et al. Clinical management of patients and deceased during the Ebola outbreak from October to December 2003 in Republic of Congo. *Bulletin de la Societe de pathologie exotique* (1990), 2005, 98.3: 218-223.
- BRENNAN, Richard J and KAMARUDDIN RIMBA. Rapid health assessment in Aceh Jaya District, Indonesia, following the December 26 tsunami. *Emergency Medicine Australasia*, 2005, 17.4: 341-350.
- BROWER, Jennifer; CHALK, Peter. *The global threat of new and reemerging infectious diseases: reconciling US national security and public health policy*. Rand Corporation, 2003.
- BRYANT, E (1994). When the going gets tough. *The Canadian Nurse*, 36-39.
- BUĞDAYCI R, KURT ÖNER A, ŞAŞMAZ T, SEVA Ö. Mersin İlinde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 26 (1):32–36, 2007.
- BÜLENT Erdur vd., “A Study Of Depression and Anxiety Among Doctors Working İn Emergency Units İn Denizli, Turkey”, *Emergency Medicine Journal*, 2006, Cilt:23, 759-763, p. 760.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık, 2010.
- CAMBAZ S, SÜNTER AT, DABAK Ş, ÖZ H, PEKŞEN Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 4 (2):31– 34, 2001.
- CAMPANELLA, Nando. Infectious diseases and natural disasters: the effects of Hurricane Mitch over Villanueva municipal area, Nicaragua. *Public health reviews*, 1999, 27.4: 311-319.

- CARPENTER PG, Byde "The Development of Professional Self-concept". South Pacific Journal of Teacher Education. 1994; 22 (2):163-176.
- CAULFORD, Paul. SARS: aftermath of an outbreak. *The Lancet*, 2003, 362: s2-s3.
- CDC. CDC, Washington State report first COVID-19 death [Media statement]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020.
- CDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): cases in U.S. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020.
- CDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): information for health departments on reporting a person under investigation (PUI), or presumptive positive and laboratory-confirmed cases of COVID-19. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, et al. Two cases of toxigenic *Vibrio cholerae* O1 infection after Hurricanes Katrina and Rita--Louisiana, October 2005. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 2006, 55.2: 31.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) Norovirus outbreak among evacuees from hurricane Katrina--Houston, Texas, September 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54:1016-8
- Central Intelligence Agency, "The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States," NIE 99-17D, January 2000, <http://permanent.access.gpo.gov/websites/www.cia.gov/www.cia.gov/cia/reports/nie/report/nie99-17d.html>.
- CEVHER FN, BULUŞ M. "Okul Öncesi Eğitim Kurumlarına Devam Eden 5-6 Yaş Çocuklarında Akademik Benlik Saygısı". Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; 20:28-39.
- CEYLAN İ. Ergenlerin Benlik Saygısı ve Duygusal Öz-Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
- CHEN L, EVANS D, EVANS T, SADANA R, STILWELL B, TRAVIS P, VAN LERBERGHE W, ZURN P. Working Together for Health The World Health Report 2006. WHO Press, Geneva. 2006.

- CONNELL MVK. Towards An Occupational Self-Esteem Model For Psychiatric Nurses (Tez). The University of Nebraska, Doctoral Dissertation, Lincoln, 1991.
- CONSTABLE JF, RUSSELL DW. "The Effect of Social Support and the Work Environment upon Burnout Among Nurses". Journal of Human Stress. 1986; 12 (1):20-26
- COX BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. Journal of Anxiety Disorders 1991; 5:21-34
- CULLE A. "CE Credit: Burnout: Why Do We Blame the Nurse?" The American Journal of Nursing. 1995; 95 (11):22-28.
- ÇAM O. Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir, 1991.
- ÇİĞŞAR AV. Avukatların Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Demografik Özelliklere ve Bazı Mesleki Değişkenlere Göre İncelenmesi (Adana İli Örneği) (Tez). Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2018.
- ÇİMEN M. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması (Tez). Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2000.
- DAĞLI S. "Kişilik Gelişimi". KPSS Eğitim Bilimleri: Gelişim Psikolojisi.: Gelecek Rehberi, 2015.
- DE GOYET, C. De Ville, et al. Epidemics caused by dead bodies: a disaster myth that does not want to die. Pan American Journal of Public Health, 2004, 15.5: 297-299.
- DE GOYET, Claude de Ville. Stop propagating disaster myths. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 2000.
- DEAN JW, BRANDES P, DHARWADK R. Note Organizational Cynicism. Academy Of Management Review. 1998; 23 (2): 341-352.
- DEMİR A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7 (1):71–79, 2004.

- DEMİREL T. Tükenmişlik ve İşe Adanmanın Öncülleri: Uçuş Teknisyenleri Üzerinde Bir Araştırma (Tez). Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- DOĞAN K. Ankara’da İki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu ve İlişkili Etmenler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
- DÜNDAR, Y. (2015) Sen Tanrı mısın? ISBN: 978-605-88309-8-1 Ankara.
- EFİLTİ, E., & ÇIKILI, Y. Özel Eğitim Bölümü Öğrencilerinin Benlik Saygısı ile Mesleki Benlik Saygısının İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007, 17 (1), 99-114.
- ELMA C. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin İşe Yabancılaşması (Ankara İli Örneği) (Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı (Eğitim Yönetimi ve Teftişi Programı), Doktora Tezi, Ankara, 2003.
- ERGİN, C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, s.143–154. Ankara, 22–25 Eylül 1992.
- EROL A, AKARCA F, DEĞERLİ V, SERT E, DELİBAŞ H, GÜLPEK D. "Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu". Klinik Psikiyatri. 2012; 15:103-110.
- EROL, A., SARIÇİÇEK, A. ve GÜLSEREN, Ş., Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007, 8, 241-247.
- ETTMAN, C.K., ABDALLA, S.M., COHEN, G.H., SAMPSON, L., VIVIÉR, P.M., GALEA, S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open, 2020, 3(9), e2019686.
- FINDIK, Ü. Y., EROL, Ö., SÜT, N. & MOTÖR, D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2011, 27:3:55- 65.
- FLORET, Nathalie, et al. Negligible risk for epidemics after geophysical disasters. *Emerging infectious diseases*, 2006, 12.4: 543.

- FRENCH SA, STORY M, PERRY CL. "Self-Esteem and Obesity in Children and Adolescents: A Literature Review". *Obesity Research*. 1995; 3 (5):479–490.
- FUREDİ, F (2001) *Korku Kültürü*, (Çev. B. Yıldırım), İstanbul: Ayrıntı.
- GAGNON, A. S.; SMOYER-TOMIC, Karen E.; BUSH, Andrew B. The El Nino southern oscillation and malaria epidemics in South America. *International Journal of Biometeorology*, 2002, 46.2: 81-89.
- GANDER MJ, GARDİNER HW. Çocuk ve Ergen Gelişimi: 3. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 2001.
- GARDNER, P.J., MOALLEF, P. Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychology* 56, 2015, 123-135.
- GASPAR, M., et al. Epidemiology of meningococcal meningitis in Angola, 1994–2000. *Epidemiology & Infection*, 2001, 127.3: 421-424.
- GLİCKEN MD, Janka K. "Executives under Fire: The Burnout Syndrome". *California Management Review*. 1982; 24 (3):67-72.
- GÖKMEN, V. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları, tükenmişlik kaygı düzeylerinin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2013.
- GÖRGÜLÜ, R. S. Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlanması. *HÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1998.
- GÜL, Ş.K., GÜL, H.L., ORUÇ, A.F., GEDİK, D., AYADAĞLI, A., AKSU, A. ve BIÇAKÇI, B.C., Radyasyon Onkolojisi Kliniği Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi, *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2012, 23 (1),11-17.
- GÜLSEREN Ş, KARADUMAN E, KÜLTÜR S. Hemşire ve Teknisyenlerde Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi. *Kriz Dergisi* 8 (1):27–38, 2000.
- GÜNÜŞEN NP, ÜSTÜN B. "Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2010;3 (1):40-51.

- GÜVEN ÖZ, SEZİCİ E. "Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Maslach Tükenmişlik Modeline Göre İncelenmesi". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2016; 14 (2):111-132.
- HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ, 2020. Erişim Tarihi 19.03.2020, <https://korona.hasuder.org.tr/covid-19-hastaligi-ile-mucadelede-saglik-calisanlarininsagligi/> (12.12.2020)
- HARAN, S, ÖZGÜVEN HD, ÖLMEZ Ş, SAYIL I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi* 6 (1):75–79, 1998
- HAYES B, Douglas C, Bonner A. "Work Environment, Job Satisfaction, Stress and Burnout Among Haemodialysis Nurses". *Journal of Nursing Management*. 2013; 23 (5):588-598.
- HONG, X., CURRIER, G.W., ZHAO, X., JIANG, Y., ZHOU, W., WEI, J. Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: a 4-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 31(6), 2019, 546-554.
- HOPKINS, K. D., & WEEKS, D. L. Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 1990, 50(4), 717-729.
- HOŞ C, OKSAY A. "Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık ile İş Tatmini İlişkisi". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2015; 20 (4):1- 24. <https://covid19.saglik.gov.tr>
- IASC, 2020. Inter-Agency Standing Committee Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Refernas Grubu, Ara Bilgilendirme Notu. Covid-19 Salgınının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart 2020.
- IŞIK, N. *Öğretmen adaylarının benlik kavramları ile mesleki benlik kavramları arasındaki bağdaşımın bazı değişkenlere göre incelenmesi*: Selçuk Üniversitesi Örneği. Konya: S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- IŞIKHAN V. "Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu". *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi*.: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği Eğitim Kitapları Serisi, İstanbul, 2016: 366-391.

- IWANICK EF. "Toward Understanding and Alleviating Teacher Burnout". *Theory Into Practice*. 1983; 22 (1):27-32.
- IZGAR H. *Okul Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri (Burnout), Nedenleri ve Bazı Etkin Faktörlere Göre İncelenmesi (Orta Anadolu Örneği) (Tez)*. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, 2000.
- KAHVECİ G. *Okullarda Örgüt Kültürü, Örgütsel Güven, Örgütsel Yabancılaşma ve Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişkiler (Tez)*. Fırat Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması ve Ekonomisi Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Elâzığ, 2015.
- KALAĞAN G, GÜZELLER CO. "Öğretmenlerin Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenmesi". *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010; 27 (27): 83-97.
- KALASHNIKOV, I. A., et al. Features of leptospirosis in the Krasnodar Territory. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii, i immunobiologii*, 2003, 6: 68-71.
- KARABULUT G. *Güzel Sanatlar Lisesi Müzik Bölümü Öğrencilerinin Çalgıya Yönelik Benlik Algıları ile Genel Benlik Saygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez)*. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Güzel Sanatlar Eğitimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2014.
- KARADAĞ A, ADDİS G, ÇALIŞKAN N, BAYKARA ZG, SEZGİN F. "A Longitudinal Study of Perceptions of Self-Concept and Professional Self-Concept in Turkish Nursing Students". *International Journal of Human Sciences*. 2013; 10 (1):1355-1365.
- KARANDE, Sunil, et al. An observational study to detect leptospirosis in Mumbai, India, 2000. *Archives of disease in childhood*, 2003, 88.12: 1070-1075.
- KATSUMATA, Tatsuya, et al. Cryptosporidiosis in Indonesia: a hospital-based study and a community-based survey. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 1998, 59.4: 628-632.
- KAYA, N., KAYA, H., ERDOĞAN AYIK, S. & UYGUR, E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010,7:1:401-420.

- KIROĞLU F. (2020) Covid-19 Pandemi Ortamında Çalışma Koşulları ve Genel Sorunlar. *Meyad Akademi Dergisi* 1(1): 9-90.
- KIERKEGAARD S. Concern Concept. (Çeviri: Taşdelen V.) Kaygı Kavramı. Türkçe 3. Baskı. Hece Yayınları Ankara 2004; ss 14-21.
- KOCABIYIK ZO, ÇAKICI E. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9 (3):132–138, 2008.
- KOCAMAN A. *Özel Eğitim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri ile Sınıf Yönetimi Becerileri Arasındaki İlişki (Tez)*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Temel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2018
- KONDO, Hisayoshi, et al. Post-flood—infectious diseases in Mozambique. *Prehospital and disaster medicine*, 2002, 17.3: 126-133.
- KÖRÜKÇÜ ÖS. *Altı Yaş Grubundaki Çocukların Özsaygı Düzeyleri ile Anne Empatik Becerilerinin İncelenmesi (Tez)*. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Çocuk Gelişimi ve Eğitimi) Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2004.
- KRISTENSEN TS, BORRITZ M, VILLADS E, CHRISTENSEN KB. "The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout". *Work & Stress*. 2005; 9 (3):192-207.
- KURULUŞLARARASI DAİMİ KOMİTE (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu (2020) COVID-19 Salgının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkiler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart
- KUTLU, M., & SOĞUKPINAR, E. Rehber Öğretmenlerin Benlik Saygısı ile Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2015, 6 (1), 84-101.
- KUTSAL D, BİLGE F. "Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik ve Sosyal Destek Düzeyleri". *Eğitim ve Bilim*. 2012; 37 (164):283-297.
- LEDERBERG, Joshua. Infectious disease—a threat to global health and security. *Jama*, 1996, 276.5: 417-419.
- LEE RT, ASHFORTH BE. "A Further Examination of Managerial Burnout: Toward an Integrated Model". *Journal of Organizational Behavior*. 1993; 14 (1):3-20.

- LEE, J., GRAHAM, A. V., "Student's Perception of Medical School Stress and Tehiri Evaluation of a Wellness Elective", *Medical Education*, 35, s.652-659, 2001.
- LEUNG, G.M., LAM, T.-H., HO, L.-M., HO, S.-Y., CHAN, B.H.Y., WONG, I.O.L., HEDLEY, A.J. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 57, 2003, 857-863.
- LIFSON, A. R. Mosquitoes, models, and dengue. *Lancet (London, England)*, 1996, 347.9010: 1201.
- Lİ JB, et al. (2020) Chinese Public's Knowledge, Perceived Severity, and Perceived Controllability of The COVID-19 And Their Associations With Emotional And Behavioural Reactions, Social Participation and Precautionary Behaviour: A National Survey. doi: 10.31234/osf.io/5tmsh
- MADSEN OJ. "Self-Esteem". Thomas,T., *Encyclopedia of Critical Psychology*.: Springer, New York, 20141705-1707.
- MANA, A., SAGY, S. Brief Report: Can Political Orientation Explain Mental Health in the Time of a Global Pandemic? Voting Patterns, Personal and National Coping Resources, and Mental Health During the Coronavirus Crisis. *Journal of Social and Clinical Psychology* 39(3), 2020, 165-171
- MARAKOĞLU, İ., DEMİRER, S., ÖZDEMİR, D. ve SEZER, H., "Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyi", *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 6 (2), s.73-79, 2003.
- MARIN, M., et al. Measles transmission and vaccine effectiveness during a large outbreak on a densely populated island: implications for vaccination policy. *Clinical infectious diseases*, 2006, 42.3: 315-319.
- MARSH H, SHAVELSON R. "Self-Concept: Its Multifaceted, Hierarchical Structure". *Educational Psychologist*. 1985; 20 (3):107-123.
- MARX, M. A., et al. Diarrheal illness detected through syndromic surveillance after a massive power outage: New York City, August 2003. *American Journal of Public Health*, 2006, 96.3: 547-553.
- MASHLACH, C., SCHOUFELL, W. B. & LEİTER, M. P. Job Burnout. *Annuual Review of Psychology*, 2001, 52: 397-422.

- MASLACH C. "Job Burnout: New Directions in Research and Intervention". Current Directions in Psychological Science. 2003; 12 (5):189-192.
- MASLACH, C. ve JACKSON, S.E. The Measurement of Experienced Burnout, Journal of Occupational Behaviour, 1981, 2 (2), 99-113.
- MORGAN, Oliver. Infectious disease risks from dead bodies following natural disasters. *Revista panamericana de salud pública*, 2004, 15: 307-312.
- NAGY S, DAVIS LG. "Burnout: A Comparative Analysis of Personality and Environmental Variables". Psychological Reports. 1985; 57 (3):1319-1326.
- NELSON LM, SÍMARD JF, OLUYOMÍ A., et all. US public concerns about the COVID-19 pandemic from results of a survey given via social media. JAMA Intern Med, 180(7), 2020, 1020- 1022.
- Nİ MY, Y.L., LEUNG CM, Li N, YAO XI, WANG Y, LEUNG GM, COWLING BJ, LIAO Q, Mental health, risk factors, and social media use during the COVID-19 epidemic and cordon sanitaire among the community and health professionals in Wuhan, China. JMIR Mental Health. 19009, 2020.
- NOJI, E. K. Public health in the aftermath of disasters. Bmj, 2005, 330.7504: 1379-1381.
- NOJI, Eric K., et al. The public health consequences of disasters. Oxford University Press, USA, 1997.
- NORTON G. R, MCLEOD L, GUERTIN J, HEWITT P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 2001; 9:7585.
- NOVEL, Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China [Chinese]. Chinese Center for Disease Control and Prevention Weekly 2020; 41:145–51.
- OK S. "Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2012; 3 (21):1-11.
- OLGUN N. & ÇINAR S. Hemodiyaliz Hemşirelerinin İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. *Çınar Dergisi* 3 (1):9–11, 1997.
- OTACIOĞLU SG. "Müzik Öğretmenlerinde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler". *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008; 9 (15):103-116.

- ÖZBAYIR T, DEMİR F, CANDAN Y, DRAMALI A. Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2 (2):18–25, 2006.
- ÖZBEK K, GİRĞİN G. *Pratisyen Hekimlerde Meslekte Tükenmişlik (Burnout) Sendromu*. IV Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s.662–665. Didim, 12–16 Eylül 1994.
- ÖZCAN, C. ve AYVAZ, B. Çoklu Regresyon Yöntemi ile Tedarik Zinciri Performansı ve Uygulama Derecesinin İşletme Kalılığı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2015, 14 (28), 1-14.
- ÖZEN BEKAR, E., KONUK ŞENER, D., YILMAZ, Ç., CANGÜR, Ş. Hemşire ve sosyal çalışanların mezuniyet öncesi ve sonrası mesleki benlik saygılarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2017, 4 (2), 50-55
- ÖZER, A. K., Öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9.31: 12-25.
- ÖZTÜRK S. *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Mesleki Benlik Saygıları ve Empatik Beceri Düzeyleri (Tez)*. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2018.
- PALACIO, H., et al. Norovirus outbreak among evacuees from hurricane Katrina-Houston, Texas, September 2005. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 2005, 294.22: 2834-2837.
- Pappas, G., Kiriaze, I.J., Giannakis, P., Falagas, M.E. (2009) Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clin Microbiol Infect* 15(8), 743-747.
- PLUMMER D. *Helping Adolescents and Adults to Build Self-Esteem: A Photocopiable Resource Book: 2th Edition*, Jessica Kingsley Publisher, London and Philadelphia, 2014.
- QADRI, F., et al. Enterotoxigenic Escherichia coli and Vibrio cholerae diarrhea, Bangladesh, 2004. *Emerging infectious diseases*, 2005, 11.7: 1104.
- RANDLE J. "The Effect of a 3-Year Pre-Registration Training Course On Students' Self-Esteem". *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 10 (2):293-300.
- REISS S, PETERSON RA, GURSKY DM, MCNALLY RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research Therapy* 1986; 24 (1):1–8).

- RETTIE, H., DANIELS, J. COPING and TOLERANCE OF UNCERTAINTY: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 2020.
- ROGERS C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy: 4th Edition, Houghton Mifflin Harcourt, Boston, 2012.
- SACK, R. B. and SIDDIQUE, A. K., Corpses and the spread of cholera. *The Lancet*, 1998, 352.9140: 1570.
- SÁENZ, R. and BISSELL, R. A., PANIAGUA, Francisco. Post-disaster malaria in Costa Rica. *Prehospital and disaster medicine*, 1995, 10.3: 154-160.
- SALIHOĞLU GH. "Örgütsel Yabancılaşma". *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2014; 6 (2):1-11.
- SCHNEIDER, E., et al. A coccidioidomycosis outbreak following the Northridge, Calif, earthquake. *Jama*, 1997, 277.11: 904-908.
- SERİNKEN M, ERGÖR A, CİMRİN AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum Hekim Dergisi* 18 (4):293- 299, 2003.
- SNOWDEN, Frank M. *Epidemics and society: from the black death to the present*. Yale University Press, 2019.
- SOĞUKPINAR E. *Rehber Öğretmenlerin Benlik Saygısı İle Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Tez)*. İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2014.
- SPIEGEL, Paul B. Differences in world responses to natural disasters and complex emergencies. *Jama*, 2005, 293.15: 1915-1918.
- SULLIVAN EJ. *Effective Leadership and Management in Nursing*: 8th Edition, Pearson, Boston, 2012.
- SUR, D., et al. Severe cholera outbreak following floods in a northern district of West Bengal. *Indian Journal of Medical Research*, 2000, 112: 178.
- SURMIEDA, Maria Ruth S., et al. Surveillance in evacuation camps after the eruption of Mt. Pinatubo, Philippines. *Morbidity And Mortality Weekly Report: CDC Surveillance Summaries*, 1992, 9-12.
- ŞEN, S (2016). Regresyon.

- ŞİMŞEK MŞ, ÇELİK A, AKGEMCİ T, FETTAHLIOĞLU T. "Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi Araştırması". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2006; 15:569-587.
- TABASSUM F, ALİ MA, BİBİ F. "Comparison of Professional Self Esteem of Public and Private Teachers". *International Journal of Humanities and Social Science*. 2011; 1 (18):301-304.
- TAYCAN O, KUTLU L, ÇİMEN S, AYDIN N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7 (2):100–108, 2006.
- Taylor, S. (2019) *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- TDK, Stres, <https://sozluk.gov.tr/>, 22.09.2020
- The White House, Office of Science and Technology Policy, “Fact Sheet: Addressing the Threat of Emerging Infectious Diseases,” June 12, 1996, http://www.fas.org/irp/offdocs/pdd_ntsc7.htm
- TOKGÖZ N, YILMAZ H. "Örgütsel Sinisizm: Eskişehir ve Alanya'daki Otel İşletmelerinde Bir Uygulama". *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2008; 8 (2): 283–305.
- TOPUZ A. *Hemşirelerin Rol Çatışması Rol Belirsizliği ve İş Stresi İle Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi (Tez)*. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
- TURAN B. S., “*Sınav Kaygısı ile Özgüven Arasındaki İlişkinin Erinlik Döneminde İncelenmesi*”, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, s.12-14, İstanbul, 2007.
- TURNİPSEED, D. L (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports*, 82 (2), 627-642.
- TUTAR H. "İşgören Yabancılaşması ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama". *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 2014; 65 (1): 175- 204.
- TÜLİN, Tunç; KUTANİS, Rana ÖZEN. Doktor ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6.13: 62-71, 2016.

- TÜMKAYA S. *Öğretmenlerdeki Tükenmişlik Görülen Psikolojik Belirtiler ve Başa Çıkma Davranışları (Tez)*. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Adana, 1996.
- ULUSOY, E., PASLI G. E., & KURT, D. Hemşirelerde Mesleki Benlik Saygısı ve Meslektaş Dayanışması. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 7 (1), 29-35.
- UNITED NATIONS, "Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Global Crisis—Global Action," UN Special Session on HIV/AIDS, June 25–27, 2001
- UZUN T. ve AYIK A. "Okul Müdürlerinin İletişim Becerileri İle Öğretmenlerin Genel ve Örgütsel Sinizm Tutumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi". *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016; 12 (2):672-688.
- UZUNKAYA, S. *Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin İş Yaşam Kaliteleriyle İlişkisi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.
- ÜÇÜNCÜ K. İş Tatmini ve Motivasyon, 2016.
- ÜNGÜREN E, DOĞAN H, ÖZMEN M, TEKİN ÖA. "Otel Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Tatmin Düzeyleri İlişkisi ". *Yaşar Üniversitesi Dergisi*. 2010; 17 (5):2922-2937.
- ÜNVER Ş, ÇAVUŞOĞLU G, İSLAMOĞLU İ. "Spor Bilimleri ve İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Psikosomatik Belirtilerinin Karşılaştırılması". *Uluslararası Bilim Kültür ve Spor Dergisi*, 2014 (2):261-270.
- VANASCO, N. B., et al. Outbreak of human leptospirosis after a flood in Reconquista, Santa Fe, 1998. *Revista Argentina de microbiologia*, 2002, 34.3: 124-131.
- WANG, C., PAN, R., WAN, X. TAN, Y., XU, L., HO, C.S., HO, R.C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 17(5), 2020, 1729.
- WARING, S. C., et al. Rapid assessment of household needs in the Houston area after Tropical Storm Allison. *Disaster management & response: DMR: an official publication of the Emergency Nurses Association*, 2002, 3-9.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Management of dead bodies in disaster situations. In: *Management of dead bodies in disaster situations*. 2004. p. 190-190.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Acute jaundice syndrome. Weekly Morbidity and Mortality Report. 2006;23:8. [cited 2006 Aug 10]. Available from http://www.who.int/hac/crises/international/pakistan_earthquake/sitrep/Pakistan_WMMR_VOL23_03052006.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Acute water diarrhea outbreak. Weekly Morbidity and Mortality Report. 2005; 1:6. [cited 2006 Aug 10]. Available from http://www.who.int/hac/crises/international/pakistan_earthquake/sitrep/FINAL_WMMR_Pakistan_1_December_06122005.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Epidemic-prone disease surveillance and response after the tsunami in Aceh Province, Indonesia. Wkly Epidemiol Rec 2005; 80:160–4
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–57. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–51. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.
- YANG, Huang-Yu, et al. Clinical distinction and evaluation of leptospirosis in Taiwan--a case-control study. *Journal of nephrology*, 2005, 18.1: 45-53.
- YAVUZYILMAZ A, TOPBAŞ M, ÇAN E, ÇAN G, ÖZGÜN Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6 (1):41–50, 2007.
- YILMAZ T. *Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri (Ordu İli Uygulaması) (Tez)*. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
- YILMAZ TEKİRGÖL, D. *Çalışanlarda mesleki benlik saygısının iş tatmini ve yaşam mutluluğu ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

YILMAZ, M.; OCAKÇI, A. F. Bir kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3.1: 15-23.

