



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**COVID 19 ANKSİYETESİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ
İKİNCİL TRAVMATİK STRES VE SOMATİZASYON
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Şadiye İKİZ

MUĞLA-2023

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**COVID 19 ANKSİYETESİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ
İKİNCİL TRAVMATİK STRES VE SOMATİZASYON
BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Şadiye İKİZ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU**

MUĞLA-2023

TEZ ONAYI

Şadiye İKİZ tarafından hazırlanan “Covid 19 Anksiyetesinin Sağlık Çalışanlarındaki İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Havva AKPINAR Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Üye	Doç. Dr. Fadime KAYA SOYLU Kafkas Üniversitesi

Tez savunma tarihi: 16.01.2023

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

16.01.2023

Şadiye İKİZ

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Covid 19 Anksiyetesinin Sağlık Çalışanlarındaki İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

16.01.2023

Şadiye İKİZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, yoğun çalışma temposunun arasında vaktini ayırıp takıldığım her noktada yardımına koşan, adalet anlayışı, kişiliği ve dik duruşuyla benim için her zaman örnek bir model olan, saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU' ya,

Gerek ders dönemi gerekse tez sürecinde bilgi ve deneyimleriyle beni aydınlatan, pozitif kişiliği, güler yüzü ve çözüm odaklı tavrıyla, danışmanım olmamasına rağmen hiçbir zaman desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Havva AKPINAR'a,

Olumlu ya da olumsuz her durumda yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, en büyük destekçilerim ve en büyük şansım olan annem Rukiye İKİZ, babam Erhan İKİZ ve ablam Tuğba İKİZ'e,

Motivasyonumun düştüğü her durumda beni ayağa kaldıran, süreç boyunca yaşadığım her zorlukta yardımlarını esirgemeyen, kendi gibi yüreği de güzel arkadaşlarım Nurcan NEHİR, Özlem GEDİK, Reyhan İNCİ ve Bahadır YETGİN'e,

Bu süreçte bana içtenlikle yardımda bulunan, her konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her daim ulaşılabilir ve yardıma açık olan Güllü YAZKAN'a,

Çalışmama katkı sağlayan Ayvalık Devlet Hastanesi personeline ve acil serviste birlikte çalıştığım ekip arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

COVID 19 ANKSİYETESİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ İKİNCİL TRAVMATİK STRES VE SOMATİZASYON BELİRTİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Bu çalışma, Koronavirüs anksiyetesinin sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, ilişki arayan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın verileri; “Koronavirüs Anksiyete Ölçeği”, “İkincil Travmatik Stres Ölçeği”, “Somatizasyon Ölçeği” ve “Kişisel Bilgi Formu” ile elde edilmiştir. Araştırmanın evrenini, Ayvalık Devlet Hastanesi’nde görev yapmakta olan doktor, hemşire ve sağlık teknisyeni/teknikerleri olmak üzere 285 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya 137’si kadın 60’ı erkek olmak üzere 197 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların %69.5’inin kadın olduğu, %40.6’sının 44 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, %71.1’inin lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu ve %58.9’unun hemşire olduğu tespit edilmiştir. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile eğitim durumu arasında, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ile de Covid-19’un kaygı uyandırma sebeplerinden “aileme ve yakın çevreme bulaştırma riski” arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Somatizasyon Ölçeği ile; cinsiyet, meslek, Covid-19’a bağlı kayıp yaşama ve kronik hastalık değişkenleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Koronavirüs anksiyetesinin ikincil travmatik stres ve somatizasyon üzerindeki etkisini yordamak üzere, basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Koronavirüs anksiyetesinin hem ikincil travmatik stres hem de somatizasyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Pandemi süreci ve sağlık çalışanları ile yapılan çalışmaların, daha büyük örneklem gruplarında ve çok merkezli olarak yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 Anksiyetesi, Sağlık Çalışanları, İkincil Travmatik Stres, Somatizasyon

THE EFFECT OF COVID 19 ANXIETY ON SYMPTOMS OF SECONDARY TRAUMATIC STRESS AND SOMATIZATION IN HEALTHCARE PROFESSIONALS

ABSTRACT

This study was planned to examine the impact of coronavirus anxiety on secondary traumatic stress and somatization symptoms in healthcare professionals and its a descriptive study which looking for a relationship. The data of the research; It was obtained with the “Coronavirus Anxiety Scale”, “Secondary Traumatic Stress Scale”, “Somatization Scale” and “Personal Information Form”. The population of the research consists of 285 people, including doctors, nurses and health technicians working at Ayvalık State Hospital. A total of 197 people, 137 women and 60 men, participated in the study. It was determined that 69.5% of the participants participating in the study were female, 40.6% were in the 44 and over age group, 71.1% had undergraduate and graduate education levels, and 58.9% were nurses. It was determined that there was a statistically significant difference between the Coronavirus Anxiety Scale and education status, and between the Secondary Traumatic Stress Scale and the "risk of infecting my family and my immediate surroundings", which is one of the causes of anxiety of Covid-19 ($p<0.05$). With the Somatization Scale; The difference between gender, occupation, loss due to Covid-19 and chronic disease variables was found to be statistically significant ($p<0.05$). The correlation between the Coronavirus Anxiety Scale, the Secondary Traumatic Stress Scale and the Somatization Scale was found to be positive and statistically significant ($p<0.01$). Simple linear regression analysis was applied to predict the effect of coronavirus anxiety on secondary traumatic stress and somatization. It has been determined that coronavirus anxiety has a statistically significant effect on both secondary traumatic stress and somatization. It is recommended that the studies conducted with the pandemic process and healthcare professionals should be carried out in larger sample groups and multicenter.

Keywords: Covid-19 Anxiety, Healthcare Professionals, Secondary Traumatic Stress, Somatization

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Salgın Nedir?.....	6
2.1.1. Tarih Boyunca Salgın Hastalıklar	7
2.2. Pandemi Nedir?.....	12
2.2.1. Covid-19 Pandemisi ve Genel Bilgiler.....	13
2.2.2. Covid-19 Bulaş Yolları	14
2.2.3. Covid-19’ da Klinik Tablo ve Belirtiler	15
2.3. Covid-19 Pandemisinin Etkileri.....	15
2.3.1. Toplumsal ve Ekonomik Etkiler.....	15
2.3.2. Psikolojik Etkiler	16
2.4. Covid-19 ve Sağlık Çalışanları	18
2.5. Covid-19 Anksiyetesi.....	21
2.5.1. Covid-19 Anksiyetesi ve Sağlık Çalışanları.....	23
2.6. Travma Kavramı	24
2.7. İkincil Travmatik Stres.....	24
2.7.1. İkincil Travmatik Stres Belirtileri	26
2.7.2. Pandemi Döneminde İkincil Travmatik Stres ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi	28
2.8. Somatizasyon Kavramı	30
2.8.1. Somatizasyonun Tarihçesi.....	30
2.8.2. Somatizasyon Tanı Kriterleri	32
2.8.3. Pandemi Döneminde Somatizasyon ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi	32
3. YÖNTEM	35
3.1. Araştırma Modeli	35

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali.....	35
3.3. Veri Toplama Araçları	35
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	35
3.3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği(KAÖ).....	36
3.3.3. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ).....	36
3.3.4. Somatizasyon Ölçeği	37
3.4. Veri Toplama Süreci	38
3.5. Deneysel Kurgu.....	38
3.6. İstatistiksel Analiz	38
3.7. Etik Onay	39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Öneriler	63
KAYNAKLAR	64
EKLER	80
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	80
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	81
Ek 3: FORMLAR.....	82
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	92

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA:** American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el Kitabı)
- DSÖ/WHO:** Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization
- ICD:** International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
- ICN:** International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
- İTSÖ:** İkincil Travmatik Stres Ölçeği
- KAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
- MERS:** Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
- SARS:** Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu)
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=197).....	41
Tablo 4.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197).....	44
Tablo 4.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197).....	46
Tablo 4.4. Somatizasyon Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)	48
Tablo 4.5. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Arasındaki İlişki (n=197)	51
Tablo 4.6. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=197)	51
Tablo 4.7. Koronavirüs Anksiyetesinin İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi (n=197).....	52
Tablo 4.8. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Puan Dağılımı (n=197)	53
Tablo 4.9. İkincil Travmatik Stres Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=197)	54

1. GİRİŞ

Doğa, insanoğluna öngöremediğimiz şekillerle kendini daima hatırlatmıştır. İçinde bulunduğumuz dünyada, sürekli ve çoğu zaman da uyarmadan insanoğlu için tehlike arz eden birçok olumsuz etkeni ortaya çıkarmıştır. Bu etkenlerden bir tanesi de yüzyıllar boyu insanoğlunu derinden etkileyen ve birçok yıkıma sebep olan salgın hastalıklar olmuştur. “Bir enfeksiyon hastalığının, belirli bir bölgede ve zaman diliminde normalde görülenden daha fazla görülmesi” şeklinde tanımlanan salgın hastalıklar tarihte derin izler bırakmıştır (Karal ve Gül Biçer, 2020). Epidemi ile eş anlamlı olarak kullanılan salgın hastalığın kıtaları aşarak dünya çapında yayılması sonucu “pandemi” boyutu karşımıza çıkmaktadır (Tekin, 2021). Salgın hastalık ve pandemiler geçmişten günümüze varlığını sürdürdüğü gibi gelecekte de karşımıza çıkması muhtemel olgulardır.

İnsanoğlu geçmişten günümüze birçok salgın hastalık ile karşı karşıya kalmıştır. Tarih boyunca toplum hayatında önemli tahribatlara neden olan salgın hastalıklar, milyonlarca insanın ölümüne sebep olarak insan neslini tehdit etmiş hatta ve hatta imparatorlukların yıkılmasına sebep olacak kadar büyük çaplı etkiler yaratmıştır. Geçmişten günümüze insanlığın karşılaştığı salgınlara kısaca göz atmak gerekirse; insanlık tarihinin bilinen en eski ve yıkıcı etkiye sahip olan salgın hastalığı olarak “veba” karşımıza çıkmaktadır. Bunu takip eden süreçte sırasıyla; kolera, çiçek hastalığı tifo gibi pandemiler de yaşanmıştır. 20.yüzyıla geldiğimizde İspanyol Gribi, Asya Gribi ve Hong Kong Gribi gibi grip salgınları bu süreci takip etmiştir. 21. yüzyılda ise SARS, H5N1, H1N1, MERS ve son olarak hâlen devam eden SARS CoV-2 yani Covid-19 pandemisi baş göstermiştir (Afacan ve Avcı, 2020; Parıldar, 2020; Tekin, 2021).

Kasım 2002’de Şiddetli Akut Solunum Sendromu’nun (SARS) patlak vermesinden sonra koronavirüsler tekrardan gündeme gelmiştir. 2019 yılının Aralık ayında Çin’in Wuhan kentinde nedeni belirli olmayan pnömoni vakaları bildirilmiş ve 7 Ocak 2020’de etken daha önce insanlarda görülmemiş bir koronavirüs türü olarak tanımlanmıştır. İlk etapta 2019-nCoV olarak isimlendirilmiş ve daha sonraları SARS CoV’e benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. 21. yüzyılda görülen diğer koronavirüs çeşitleri olan SARS ve MERS’ten farklı olarak çok daha bulaşıcı olan ve hızlı yayılım gösteren SARS-CoV-2, 213’ten fazla ülkeyi etkisi altına

almıştır. 30 Ocak 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), salgını uluslararası endişe yaratan bir halk sağlığı durumu olarak ilan etmiş, 11 Mart 2020’de ise Covid-19 salgınının pandemi boyutuna ulaştığına ilişkin DSÖ bir duyuru yayınlamıştır. Yine aynı tarihte ülkemizde ilk vaka görülmüş ve ilk vefat haberi 17 Mart’ta gelmiştir (DSÖ, 2021; Uğraş Dikmen vd., 2020; Zhou vd., 2020) Damlacık yoluyla ve yakın temasla bulaş sağlayan hastalığın klinik belirtileri, hafif ile şiddetli derecelerde değişen şekilde seyir göstermektedir. Yüksek ateş, öksürük, solunum sıkıntısı, halsizlik gibi yaygın semptomları olan hastalığın klinik tablosuna zaman zaman ishal ve kusma gibi yaygın olmayan semptomlar da eklenmiştir (Chen vd., 2020; Huang vd., 2020). Yaşlı bireyler, çocuklar ve kronik hastalığı olanlar hastalıktan daha çok etkilenen gruplar olmuştur. Virüs, 12 Temmuz 2020 itibariyle dünya çapında 12.698.995 onaylanmış vaka ve 564.924 kişinin ölümünden sorumlu olmuştur (Bchetnia vd., 2020; Liu vd., 2020).

Covid-19 ile birlikte toplumsal hayatta birçok değişiklik yapılarak bazı sınırlamalar ve kavramlar hayatımıza girmiştir. İlk olarak hastalık ülkemizde henüz tespit edilmemişken, bilim kurulu oluşturulmuş ve bazı önlemler alınmıştır. Kurulun önerisi üzerine İran ile olan sınır kapısının kapatılması ve bazı uçuş kısıtlamalarının yapılması alınan ilk önlemlerden olmuştur. Ülkemizde ilk vakanın görülmesiyle birlikte eğitim-öğretime ara verilmiş, daha sonraları uzaktan eğitim sistemine geçiş yapılmıştır. 65 yaşın üstündeki kişilerin sokağa çıkması yasaklanmış ve kısmi olarak sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Kalabalık olarak bir arada bulunan ortamlar (Avm, sinema salonu, kahvehane vb.) kapatılmıştır (Çobanoğlu, 2020; Karataş, 2020). Bunun yanında hastalıktan korunmak için maske kullanımı, sosyal mesafeye ve hijyen kurallarına dikkat edilmesi gibi bireysel önlemlerin alınması konusunda da farkındalık oluşturulmuştur. Hastalık etkenini taşıyan ve testi pozitif çıkan bireyler için 14 günlük karantina süresi uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Bireyler bu yeni düzene, getirilen kısıtlama ve yeniliklere ayak uydurup salgın dönemini sıkıntısız atlarmaya çalışsa da, ne yazık ki bazı olumsuz yaşam olaylarıyla da karşı karşıya kalmışlardır. Çünkü salgın hastalıklar, bireylerin varlıklarını tehdit eden ve her birey için huzursuzluk oluşturacak niteliği olan travmalardır. Salgınların travmatik etkileri, kişinin sosyal ve ekonomik durumu, bireysel özellikleri ve ruhsal yapısı gibi durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterir (Kaya, 2020). Sevdiklerinden ayrı kalma, dışlanma, özgürlüğün kısıtlanması ve hastalık seyri konusundaki belirsizlik, dramatik

etkiler yaratarak ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Bu dönemde öfke sorunları, davranış sorunları ve iletişim problemleri ortaya çıkabilmektedir. Bu sürecin ilk günlerinde daha çok akut stres belirtileri ortaya çıkarken, ilerleyen zamanlarda depresyon, anksiyete, akut stres bozukluğu, panik bozukluk, somatik bozukluklar hatta psikoza varan derecede belirtiler şiddetlenebilmektedir (Kaya, 2020). Ayrıca pandemiyle birlikte hayatımıza giren karantina ve izolasyon, kaygı ve çalışamamaya bağlı ekonomik sıkıntılar sekonder psikiyatrik rahatsızlığa neden olabileceği gibi primer psikiyatrik rahatsızlığın da alevlenmesine sebebiyet verebilmektedir (Okur ve Demirel, 2020). Covid-19 pandemisi boyunca uygulanan karantina ve sosyal izolasyonun yanında bu dönem boyunca yapılan “evde kal” çağrılarının bedensel sağlığı korumanın yanı sıra hem psikolojik hem ekonomik açıdan birçok olumsuz durumu beraberinde getirdiği gözlemlenmiştir. Bu süreçte yapılmış olan araştırmalar, evde kalmanın insanlarda depresyon, sağlıkla ilişkili anksiyete, yalnızlık hissi ve finansal yönden endişeyi arttırdığını göstermektedir (Aşkın vd., 2019).

Zorlu yaşam olayları karşısında stres tepkileri gösterilmesi ve kaygı yaşanması olağan bir durumdur. Hele ki etkeninin henüz net olarak anlaşılamadığı ve hastalığın geleceği ile ilgili karmaşa ortamının yaşandığı salgın hastalık döneminde, bu beklendik bir durumdur. Bu dönemde bireyin yaşadığı endişe yalnızca kendi ile sınırlı değildir. Kendisi, ailesi ve sevdiklerinin hastalığa yakalanması, hastalığın geleceği konusundaki belirsizlik, bu süreç boyunca yaşanabilecek sosyal ve ekonomik zorluklar konusundaki endişeler kişide yoğun stres ve kaygı yaşanmasına sebep olabilmektedir (Yazıcı Çelebi, 2020).

Pandemi, tüm toplumu etkilemiş fakat bazı grupları daha fazla etkisi altına almıştır. Bu gruplardan bir tanesi hiç şüphesiz ki sağlık çalışanları olmuştur. Sağlık çalışanları, tüm pandemilerde en ön saflarda pandemiyle mücadele etmiş ve pandemi yapan etkene yakalanma riski en yüksek grup olarak karşımıza çıkmaktadır (Enli Tuncay vd., 2020). Covid-19 salgını ortaya çıktığı andan itibaren hızla yayılım göstererek global bir hal almıştır. Bu yayılım beklenenden hızlı şekilde gelişmiş ve önüne geçilmesi için alınan önlemler ise ne yazık ki aynı hızda ilerleyememiştir. Tüm ülkeler salgına hazırlıksız yakalanmış ve sağlık sistemleri bir noktada çökme noktasına gelmiştir. Bu da yetersiz sağlık personeli, iş yükündeki artış ve kişisel koruyucu ekipmanın yetersizliği gibi problemlerin gündeme gelmesine neden olmuştur (Karasu ve Öztürk Çopur, 2020).

Bu dönemde sağlık çalışanları açısından en bk risk hastalık etkenine maruz kalmak olmuştur. DSÖ, sağlık alışanlarında toplum nüfusuna oranla Covid-19 enfeksiyonunun çok daha yaygın olduğuna vurgu yapmıştır. Salgın süreci boyunca ülkemizde ve dünyada enfekte olan ve yaşamını yitiren sağlık personeli sayısı giderek artış göstermiştir (şenol elik vd., 2020). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing-ICN) tüm ülkelerin vaka sayılarına ulaşılamamasına rağmen istatistik bildiren ülke verileri ışığında oluşturduğu raporda, dünya genelinde 23.000’den fazla sağlık çalışanının Covid-19’a yakalandığını, 600 hemşirenin ise hastalık sebebiyle hayatını kaybettiğini açıklamıştır (ICN, 2020). Pandeminin sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu fiziksel yan etkilerin yanında birçok psikolojik etkisi de olmuştur. Pandemiyle birlikte artan iş yükü, çalışma saatlerinin uzamasına neden olurken, hastalarla sık temas sağlık çalışanları açısından Covid-19 bulaş riskini artırmıştır. Aynı zamanda ailelerinden ve sevdiklerinden uzak kalmaları, kişisel koruyucu ekipmana ulaşım sıkıntısı, yalnızlık, damgalanma, fiziksel ve psikolojik şiddet ve yorgunluk gibi sorunlarla karşı karşıya kalmışlardır. Tüm bunlar sağlık alışanlarında kaygı, stres belirtileri, depresif bulgular, uyku problemleri, inkr, öfke ve korku gibi ruhsal sorunların oluşmasına ortam hazırlamaktadır. Normal alışma dönemlerinde bile sağlık çalışanlarının neredeyse yarıya yakınında tükenmişlik, duygusal yorgunluk, uykusuzluk, depresyon ve stres belirtileri bildirilirken; sağlık çalışanların iş yükünün daha çok arttığı ve yüksek risk altında olduğu salgın hastalık dönemlerinde bu oranın daha da arttığı bildirilmektedir (Uyurdağ vd., 2020).

Bu ruh sağlığı sorunları, salgın ile mücadele eden sağlık çalışanlarının dikkatini ve karar yeteneğini etkilemenin yanında kendi ruhsal sağlıkları üzerinde kalıcı etkilere neden olabilmektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti sunan çalışanların, ruhsal yönden iyilik halinin korunması hem salgının kontrolü hem de uzun vadede sağlık problemlerinin önüne geçmek adına önem arz etmektedir (Kang vd., 2020). Özellikle felaket ve salgın dönemlerinde sağlık çalışanlarının bedensel sağlığı kadar ruhsal sağlığı da göz önünde bulundurulmalı, ruhsal destek ve tedavi gereksinimleri incelenmeli ve göz ardı edilmemelidir. Tüm bu değerlendirmeler ışığında, hl devam eden pandemi sürecinde aktif olarak çalışan sağlık alışanlarının, Covid-19 anksiyetesinin ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1a: Covid-19 anksiyetesinin, sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stres belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

H0a: Covid-19 anksiyetesinin, sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stres belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi yoktur.

H1b: Covid-19 anksiyetesinin, sağlık çalışanlarındaki somatizasyon belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

H0b: Covid-19 anksiyetesinin, sağlık çalışanlarındaki somatizasyon belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi yoktur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Salgın Nedir?

Hastalık oluşturan bir enfeksiyon etkeninin, duyarlı canlıya doğrudan ya da dolaylı olarak bulaşması ile oluşan hastalıkların yayılarak çok sayıda canlıyı enfekte etmesi “bulaşıcı hastalık” olarak tanımlanmıştır (Yurdakul, 2015). Epidemî sözcüğü ile eş anlamlı olarak kullanılan salgın, pek çok yazar tarafından bir hastalığın beklenenden daha fazla görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım ile belli bir coğrafyada, aynı mevsimde ve aynı topluluk üzerinde hasta olanların sayısının artması kastedilmekte ve aynı zamanda, göreceli bir artış işaret edilmektedir. Epidemî, önceki yıllara karşın göreceli bir artış olarak tanımlanıp bunu işaret ettiğinden, daha önceki olgular izlenmeli ve kaydedilmelidir (Ergönül, 2016).

Salgını oluşturan enfeksiyon etkeninin tipi, bulaşma hızı ve şekli, salgının oluştuğu toplumun özellikleri gibi etmenlere bağlı olarak olgu sayıları değişebilir. Bazı hastalıklar bazı toplumlarda belli standart oranlarda görülebilir ve buna “endemi” adı verilir. Bazı hastalıklar ise bazı toplumlarda yine düzenli bir şekilde ama daha yüksek oranda görülür ve buna da “hiper endemi” adı verilir (Hacımustafaoğlu, 2018).

Salgın hastalıklar; etki alanları, süreleri ve tekrar etme eğilimleri ile halk sağlığını doğrudan etkileyen faktörler olmuşlardır. Tarihsel süreçte insan ve toplumların yaşamına etki eden salgın hastalıklar; birçok yönden olumsuz etkiler bırakmış ve insan yaşamını hayli zorlaştırmışlardır. Salgın hastalıklar, halkın sağlığını; sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan doğrudan ve çok yönlü olarak etkileyen olgulardır (Yelboğa ve Aslan, 2020).

Salgın hastalıkların gelişim sürecine bakıldığında ise; insanoğlunun yerleşik hayata geçmesi ve hayvanların evcilleştirilip çeşitliliğinin artması sonucunda insanoğlu ve mikroorganizmaların daha çok iletişime geçme olanağı bulunduğu görülmüştür. Ardından birçok organizma hayvanlardan insanlara bulaşmış ve yerleşik olarak yaşayan topluluklar, insandan insana bulaş ile salgın hastalıklarla tanışmışlardır. Doğa ve insanın bu yakın ilişkisi hayvanların taşıyıcılığını yaptığı tifüs, veba, tularemi ve sıtma gibi birçok

hastalığın meydana gelmesine etken olmuştur. Çoğu zaman tıbbi ilerlemelerin bu hastalıkları açıklamaya yetmediği ve toplu ölümlerin yaşandığı ilk çağ medeniyetleri, tanrının bu hastalığı yaydığına inanmışlardır (Yelboğa ve Aslan, 2020).Tarih boyunca insanlığın başına gelen felaketler arasında yerlerini almışlar ve her salgın yüzler, binler hatta milyonlarca insanın yaşamını yitirmesine sebep olmuştur. Aynı zamanda salgınların, tarihte birçok savaşın kaderinin belirlenmesinde de rolü çok büyüktür. Öyle ki hiçbir savaşta, o savaş sırasında ölen insan sayısı, savaş esnasında çıkan salgın hastalık nedeniyle meydana gelen can kaybından daha fazla olmamıştır (Derman, 2020). İnsanoğlu tarih boyunca birçok salgın hastalıkla karşı karşıya kalmış ve bu salgınlar topluluklara, ülkelere, imparatorluklara ve hatta dünyaya yön vermiştir (Tapısız ve Kıykaç Altınbaş, 2020).

2.1.1. Tarih Boyunca Salgın Hastalıklar

İnsanlık tarihinde geniş coğrafyalara yayılan, toplu ölümler ve ciddi sağlık problemlerine neden olmuş, akabinde ağır hasarlar bırakan, çok sayıda endemi ve pandemiler yaşanmıştır (Aslan, 2020). İnsanlık var olduğu sürece de salgın hastalıklar yaşamımızın bir parçası olmaya devam edecektir. Salgınların tarihsel sürecine bakıldığında; insanoğlunun yerleşik hayata geçip topluluk halinde yaşamaya başlaması, birçok dış ortam koşulları ve mikroorganizmalarla temasını arttırmıştır. Bu durum insanoğlunun salgın hastalıklarla tanışmasına ve salgın hastalıkların etkisi altına girmesine ortam hazırlamıştır. Tarih boyunca yaşanan göç ve savaşlar gibi faktörler de salgın hastalıkların kolayca yayılmasına zemin hazırlamış, birçok can kayıpları yaşanmış ve toplumlar için büyük tehlike arz etmişlerdir (Özer, 2020). Öyle ki bazı salgınlar, insanlık tarihi ile düşünce ve inanç sistemlerimiz üzerinde büyük etkiler yaratmış; sağlık sistemlerinin yapılandırılmasına zemin hazırlamıştır.

Bu hastalıklardan ilki vebadır. İnsanlık tarihinin bilinen en eski ve en tehlikeli zoonoz hastalıklarından olan veba, toplumları derinden etkilemiş, birçok olumsuz sonuçlara ve çok sayıda can kaybına sebep olmuştur (Akdere, 2018). Veba kelimesi; Arapça'da tâ'un, batı dillerinde peste, pestis, plague ve black death (kara ölüm), Türkçede ise kıran gibi çeşitli isimlendirmelerle anılmıştır (Çelik, 2021). Ortaya çıktığı dönemde hızla yayılım gösteren, tedavisi olmayan ve kitlesel ölümlere neden olan veba hastalığı; orta ve eski çağlarda doğaüstü güçlere dayandırılıp tanrının vermiş olduğu bir ceza olarak algılanmıştır. Hâttâ ve hâttâ bazı din adamları bu hastalığı insanlığın kaderi olarak görüp

bu hastalıktan kaçmayı ve tedavi arayışında olmayı yersiz bulmuştur. İlk başlarda bir kader ya da ceza olarak algılanan bu hastalığın, ilerleyen süreçte yapılan tıbbi araştırmalar sonunda fare ve diğer kemirgenler yoluyla insanlara bulaştığı tespit edilmiştir. Hastalık etkeni olan gram negatif kokobasil *Yersinia pestis*; 1894 yılında Fransız Alexandre Yersin (1863-1943) tarafından tanımlanmıştır (Çelik, 2021; Parıldar, 2020). Bu basilin sebep olduğu hastalığın; hıyarcıklı (bubonik), septisemik ve pnömonik olmak üzere üç farklı türü vardır ve en yaygın görülen türü ise hıyarcıklı tip veba hastalığıdır. Tecrübeler ve araştırmalar sonucu, fareler üzerinde yaşayan pireler yoluyla bulaşan vebanın ortaya çıkmasında; kötü ortam koşulları, yoksulluk, kıtlık, kervanlar, istilalar, gemi yolculukları ve iklim gibi birçok hazırlayıcı faktör yer almaktadır (Çelik, 2021; Gökhan, 2013).

Dünya üzerinde pandemik boyuta ulaşan ve çok sayıda can kaybına sebep olmuş, üç büyük veba salgını meydana gelmiştir. Tarihleri sırasıyla şu şekildedir: 541, 1347-48 ve 1894. İlk veba salgını 541 yılında Mısır'da başlamıştır. Dönemin Bizans İmparatoru I. Justinianus (527-565) döneminde yaşanmış olan bu ilk veba salgını, Bizans İmparatorluğu'nun zayıflamasında rol oynaması sebebiyle "Justinian Vebası" şeklinde anılmıştır. Çok ağır sonuçları olan bu pandemik boyuttaki ilk veba salgını sonucu Kuzey Afrika, Avrupa, Orta ve Güney Asya nüfusunun %50-60'ının yaşamını kaybettiği düşünülmektedir (Akdere, 2018; Çelik, 2021; Parıldar, 2020). İkinci veba salgını ise "Kara Ölüm (Black Death)" olarak adlandırılan, 1347-1352 yılları arasında etkisini gösteren ve daha sonraki senelerde de etkisini göstermeyi sürdüren veba salgınıdır (Turna, 2011). Bu hastalığa "Kara Ölüm" denmesinin nedeni ise, hastalığa yakalanan kişilerin hastalığın son evresinde vücutlarının bazı bölümlerinde kararmalar ve şişlikler meydana gelmesinden kaynaklanmaktadır (Karaimamoğlu ve Gümüş, 2020; Parıldar, 2020). İkinci veba salgını olan bu salgın, çok yıkıcı etkilere sebep olmuş ve derin izler bırakmıştır. Öyle ki, hastalığın etkili olduğu yıllarda Avrupa nüfusunun dörtte birinin yaşamını yitirdiği düşünülmektedir (Özlü ve Çay, 2021). Pandemi boyutuna ulaşan üçüncü Veba salgını ise; 1896-1914 yılları arasında ortaya çıkan ve önemli sonuçlar doğuran, "Bombay Vebası" olarak bilinen veba salgınıdır (Çelik, 2021; Turna, 2011).

Tarih boyunca pandemilere sebep olup, insanlık tarihinde derin izler bırakan, birçok yönden olumsuz sonuçlar doğurup, ciddi derecede can kayıplarına sebebiyet veren bir diğer salgın ise şüphesiz kolera salgınları olmuştur. Bağırsağın "vibrio cholerae" etkeni ile enfekte edilmesinden kaynaklanan kolera, akut başlangıçlı bulantısız kusma,

karın ağrısı olmaksızın şiddetli ishal ve kısa sürede su ve elektrolit kaybı sebebiyle dehidratasyona sebep olan, müdahale edilmezse ölümcül boyutlara ulaşan bakteriyel bir enfeksiyon hastalığıdır (Gül, 2009; Özer, 2020).

Kolera, 17.yüzyılın başından itibaren birçok pandemiye sebep olmuş ve milyonlarca kişiyi etkisi altına almıştır. Koleranın bulaş yolu olarak su ile ilişkisi ilk olarak 1854 yılında John Snow tarafından ortaya koyulmuştur. Böylece kolera, etken olan mikroorganizma belli olmadan bulaş yolu bulunan ilk hastalıklardan biri olmuştur. Hastalık etkeni olan *Vibrio Cholerae*, 1883 yılında Robert Koch tarafından izole edilmiştir. Dünyada ilk kez Hindistanda görülen koleraya, 19.yüzyıl başlarına kadar Asya kıtasının başka bir kesiminde rastlandığına dair kesin bir veri yoktur (İnce ve Evcil, 2020).

Mevcut kaynak ve araştırmalara göre kolera, ilkçağlardan beri Hindistan'da yerleşik bir hastalıktı. Hindistandaki çıkış bölgesine bakıldığında ise Ganj ve Brahmaputra Nehirleri arasında kalan bölge koleranın çıkış noktası olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz, 2017). Bilindiği gibi Ganj Nehri, Hintliler için kutsal kabul edilmektedir. Her yıl milyonlarca kişi bu suda yıkanıp günahlarından arınmak için burada toplanmakta, sağlık ve hijyen koşulları yetersiz olan bu ortamda hastalığın büyük kitlelere bulaşmasına ortam hazırlanmaktadır. Elbette bu bölgenin dinsel etkilerinin yanı sıra coğrafi konumu, iklimsel ve toplumsal etkilerinin de payı büyüktür. Ganj Nehri'nin oluşturduğu vadi, nehir sularının kaynağı ile denize döküldüğü alanda ısı değişimlerine neden olmakta ve bu da bakterilerin kolayca çoğalabilmesi için uygun ortam oluşturmaktadır. Ayrıca Ganj Vadisinde Haziran ayından Eylül'e kadar etkili olan muson yağışları taşkın ve sellere sebep olmakta, geride bataklık alanlar bırakarak bakterilerin üremesi için uygun ortam sağlamaktadır. Bu nedenle hastalık bu dönemlerde en büyük kayıplara sebep olmaktadır. Çeşitli yollarla bulaşma sağlayan kolera etkeni; düşük sıcaklık seviyelerinde yaşayabilmekte, ancak ılık ve nemli ortamları daha çok sevmekte ve bu ortamlarda daha kolay bulaş sağlayabilmektedir (Şanal ve Feyiz, 2021; Yılmaz, 2017).

Bulaş yolları değerlendirildiğinde ise su ile bulaş başı çekmektedir. İçme suları yoluyla doğrudan bulaş olmasının yanı sıra, enfekte sular ile yıkanan sebze ve meyvelerden dolayı olarak da bulaş olmaktadır (Gül, 2009; Şanal, 2021). Hindistan merkezli yaşanan kolera salgınının pandemi boyutuna taşındığı altı dönem olmuştur.

Bunlar: 1817-1823, 1829-1851, 1852-1859, 1863-1879, 1881-1896, 1899-1923'tür (Şanal ve Feyiz, 2021). Görüldüğü üzere kolera, hijyen ve sanitasyon koşullarının yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. En etkili korunma yöntemi de kişisel hijyen ve sanitasyona dikkat etmekten geçmektedir. Günümüzde sanitasyon sistemlerin yeterli olduğu ve güvenli içme suyuna ulaşabilen ülkelerde kolera görülmezken, yoksul ülkelerde hâlen sorun teşkil etmektedir. Öyle ki verilere göre koleranın dünya genelinde 21 bin ile 143 bin arasında ölüme sebep olduğu tahmin edilmektedir (Evcil ve İnce, 2020).

Salgınlara sebep olan bir diğer hastalık ise çiçek hastalığıdır. Avrupalılar, 15. yüzyılda eski dünyadan yeni dünyaya adım atarken birçok hastalık etkenini de beraberinde getirmişlerdir. Variola adında bir virüsün sebep olduğu çiçek hastalığı, tarihte büyük çapta yayılım göstererek en fazla ölüme sebep olan son derece bulaşıcı bir viral hastalıktır. Taşınan bu hastalıklar neticesinde dünya nüfusunun %10'una denk gelen bir kayıp yaşanmış ve bu kayıpların %30'u çiçek hastalığı kaynaklı olmuştur. Hastalık 19. yüzyıl sonlarına kadar en tehlikeli ölümcül hastalık olarak yerini korumuştur (Işık, 2021; Tapırsız ve Kıykaç Altınbaş, 2020). 1796 yılında Dr. Edward Jenner tarafından elde edilen aşı ile virüse karşı bağışıklık sağlanmış ve 19. Yüzyıl sonunda tedavi edilebilir bir çocukluk dönemi hastalığı haline gelmiştir. DSÖ, 1980 yılında yaptığı açıklamada aşılama ile hastalığın eradike edildiğini duyurmuştur (Parıldar ve Dikici, 2020).

Şüphesiz ki tarih boyunca grip pandemileri de can kayıplarına sebep olup, insan yaşamını birçok yönden olumsuz etkilemiş ve tarih sahnesinde yerini almıştır. Geçmişten günümüze grip pandemileri değerlendirildiğinde, 20. Yüzyılda etkili olmuş İspanyol Gribi, Asya Gribi ve Hong Kong Gribi karşımıza çıkmaktadır.

İspanyol Gribi, 1918 yılında Birinci Dünya Savaşı'nın devam ettiği süreçte ortaya çıkan ve tahmini 500 milyon insanı enfekte eden, H1N1 virüsünün sebep olduğu bir pandemidir. Araştırmalar neticesinde bu salgının ölüm oranının 40-50 milyon arasında olduğu, enfekte ettiği kişi sayısının ise dünya nüfusunun üçte birine denk geldiği bildirilmektedir (Dündar, 2020).

Daha sonraki grip pandemileri İspanyol Gribine göre daha hafif seyretmiştir. İnfluenza A H2N2 alt tipinin neden olduğu Asya Gribi, 1956-58 yıllarında etkili olmuş ve ilk olarak Doğu Asya'da ortaya çıktığı için bu ismi almıştır. Salgın yaklaşık 2 milyon

kişinin ölümüyle sonuçlanmıştır. Bir diğer grip pandemisi ise H3N2 virüsünün neden olduğu Hong Kong Gribi olmuştur. Salgın, 1968 yılında ilk olarak Hong Kong’da başladığı için bu isimle anılmıştır. Bu salgında yaklaşık 4 milyon insanın ölümüne sebebiyet vermiştir (Parıldar, 2020; Tekin, 2021).

21. yüzyıl salgınlarına kısaca göz gezdirilecek olursak ilk olarak 2002-2003 yıllarında etkili olan SARS salgını karşımıza çıkmaktadır. SARS salgınının etkeni, daha önce insanlarda görülmeyen SARS-CoV olarak bilinen bir RNA virüsüdür. İlk olarak Çin’in Guangdong Eyaleti’nde ortaya çıkmış ve çok hızlı yayılım göstererek dünya üzerinde 37 ülkede yayılım göstermiştir (Dündar, 2020, Tapısız ve Kıykaç Altınbaş, 2020).Bunu takip eden süreçte 2009 yılında etkili olmuş ve Domuz Gribi olarak bilinen salgın gündeme gelmiştir. H1N1 virüsünün yeni bir suşunun etken olduğu Domuz Gribi pandemisi, ilk olarak Meksika’da başlamıştır. Çok hızlı yayılım göstermiş ve bir yılda 1,4 milyon insanın enfekte olmasına sebep olmuştur. Salgına karşın aşı ve ilaç geliştirilmesi ile etkisini kaybetmiştir (Tapısız ve Kıykaç Altınbaş, 2020; Tekin, 2021).

Bir sonraki salgın ise; ilk defa 2012’de Suudi Arabistan’da görülen ve yine bir koronavirüs etkeninin (MERS-CoV) sebep olduğu ve MERS olarak adlandırılan “Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu” olmuştur. Etkenin insanlara nereden bulaştığı ilk başlarda çözülememiş fakat daha sonraları develer yoluyla bulaştığı düşünülmüştür. Yüksek oranda öldürücülüğe sahip olan MERS Virüsü’nün vaka-ölüm oranı %34,4 olarak açıklanmış ve hastalığa bağlı 858 ölüm meydana gelmiştir (Dündar, 2020; Işık, 2021).

21. yüzyılın son pandemisi ise hâlen devam etmekte olan Covid-19 salgını olmuştur. SARS-CoV-2 virüsünün etken olduğu pandemi, ilk kez 31 Aralık 2019 tarihinde Çin’in Wuhan şehrinde ortaya çıkmış ve Türkiye’de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir. İnsandan insana doğrudan bulaş sağlayarak ya da cansız yüzeylerde belirli bir süre canlı kalarak dolaylı yoldan bulaş sağlayabilen bu virüsün, yüksek ateş, kuru öksürük, nefes almada güçlük, halsizlik ve boğaz ağrısı gibi belirtileri ön plandadır (DSÖ, 2021; Uğraş Dikmen vd., 2020, Zhou vd., 2020). Birçok ülkeye yayılarak çok sayıda can kaybına neden olan salgın Ağustos 2021 itibari ile dünya genelinde 204.476.243 kişiyi enfekte etmiş ve 4.322.254 kişinin hayatını kaybetmesine neden olmuştur (Tekin, 2021).

2.2. Pandemi Nedir?

Küresel olarak yayılan ve yüksek morbidite ve mortalite insidansı ile sonuçlanan enfeksiyon, son 300 yıldır “salgın” olarak tanımlanmaktadır. Bu salgın hastalığın küresel olarak yayılması durumu ise “pandemi” olarak ifade edilmektedir. Pandemi; dünyada birçok ülkede veya kıtada, geniş çaplı alanda hızla yayılarak etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel bir isimdir. Pandemi kelimesi bütün manasına gelen “pan” ve insanlar manasına gelen “demos” sözcüğünden meydana gelmektedir (Aslan, 2020; Doherty, 2013; Öztürk, 2021).

Bulaşıcı hastalıkların, kıtalar hatta dünya üzerinde yayılım yaparak etkisini göstermeye başlaması “pandemi” olarak nitelendirilmektedir. Fakat bir hastalığın çok fazla kişide görülmesi ve çok fazla can kaybına neden olması pandemi olarak nitelendirilmesi için yeterli değildir. Bu hastalığın bulaşıcı olması da, pandemi olarak nitelendirilmesinde önemli bir etkidir (Parıldar, 2020; Parıldar ve Dikici, 2020).

Küresel düzeyde etkileme gücüne sahip olan pandemik hastalığın; sağlıklı kişilere bulaşarak hızlı şekilde yayılması, akut ve şiddetli bir şekilde seyretmesi beklenmektedir. Bunu takip eden süreçte hastalığa yakalananlarda ölüm ya da tamamen iyileşme olması ve en son olarak hastalığı geçiren kişilerin uzun vadeli ya da ömür boyu bağışıklık kazanması beklenmektedir (Tunç ve Atıcı, 2020). Etki alanı küresel ölçekte olan pandeminin ilanı ise, WHO (World Health Organization) tarafından yapılmaktadır.

Pandeminin değerlendirilmesinde ise şu etkenler önemlidir: geniş çaplı coğrafi uzantı, hastalık yayılımının hızı, tipi, şekli; yenilik, şiddet, yüksek saldırı oranları, patlayıcılık ve minimal nüfus bağışıklığı pandeminin değerlendirilmesi için önemli terim ve kavramlardır (Öztürk, 2021). WHO tarafından pandemi ilanının gerçekleşmesi için üç ana kriteri karşılıyor olması gerekmektedir. Bu kriterler ise şu şekildedir; yeni ortaya çıkmış veya mutasyona uğramış bir virüs olması, insanlara kolayca geçebilmesi ve son olarak insandan insana yayılımın sürekli olmasıdır. Pandeminin ilan edilmesi için gerekli kriterler sağlandığında pandemi ilanı WHO tarafından gerçekleştirilir. Tüm bu kriterlerin yanı sıra en önemli gerekçe ise, tüm ülkeler için önemli bir tehdit haline gelen bu etkenin, insandan insana kolay ve hızlı bir şekilde yayılıyor olmasıdır (TÜBA, 2020). Pandemi

ilanından sonra süreç, bölgesel olmaktan çıkıp küresel olma yoluna girmekte ve artık küresel bir mücadele başlamaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).

2.2.1. Covid-19 Pandemisi ve Genel Bilgiler

Koronavirüsler, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Dış yüzeylerinde “taç (corona)” adı verilen çubuksu çıkıntıları olan bir yapıya sahiptirler. Dış kısmındaki bu yapıdan yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) adı verilmiştir (Masters ve Perlman, 2013; Wang ve Wang, 2020). Koronavirüsler, Cororoviradae ailesi Orthocoronavirinae alt ailesi içerisinde yer almaktadır. Orthocoronavirinae alt ailesinde; Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gamacoronavirus ve Deltacoronavirus olmak üzere dört cins ve bu cinslerin altında da çok sayıda alt cins yer almaktadır (Li vd., 2020; Uğraş Dikmen vd., 2020). Koronavirüsün sebep olduğu hastalık yelpazesi, hafif seviyede soğuk algınlığından başlayıp ağır solunum yetmezliğine kadar değişkenlik gösterebilmektedir. İnsan ve hayvanlarda çeşitli düzeyde respiratuvar, enterik, hepatik, nefrotik ve nörolojik tutulumlarla seyreden klinik tablolara neden olabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

31 Aralık 2019’ da DSÖ, Çin’ in Wuhan şehrinde sebebi belirli olmayan pnömoni vakaları hakkında bilgilendirilmiştir. Çinli yetkililer tarafından 7 Ocak 2020’ de yeni bir koronavirüs olarak tanımlanmış ve geçici olarak ‘‘2019-nCoV’’ olarak adlandırılmıştır (DSÖ, 2021). Etkenin, Wuhan’ın güneyindeki Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı çalışanlarında görüldüğü belirtilmiştir (Zhou vd., 2020). Bildirilen vakalarda yüksek ateş, dispne ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir (Huang vd., 2020; Chen vd., 2020). DSÖ’nün Covid-19 ile ilişkili raporlara göre, ölüm vakaları genellikle ileri yaş grubundaki insanlarda ve hipertansiyon, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalığı olan bireylerde görülmüştür. Hastalığın bulaşının insandan insana olması sebebiyle hızla yayılmış, hasta sayısı aniden artmış ve sağlık çalışanlarında da görülmeye başlamıştır. Ülkemizde ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020’de saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Aynı tarihte DSÖ genel direktörü salgını pandemi olarak ilan etmiştir (DSÖ, 2021). Sonra ki süreçte ülkemizde ve tüm dünyada pozitif vaka sayılarında artış görülmüştür.

2.2.2. Covid-19 Bulaş Yolları

SARS-CoV-2 hem direkt temasla (damlacık yoluyla yaklaşık iki metreden yakın uzaklıkta insandan insana bulaşmakta) hem de dolaylı olarak kontamine nesnelerle temas yoluyla bulaşabilmektedir. Damlacık yoluyla bulaşma, hasta kişinin solunum yollarından saçılan damlacıkların direk solunmasıyla; dolaylı olarak bulaş ise, damlacıkların bulaştığı yüzeylerle temasın ardından elleri ağız, burun veya göz mukozasına götürmek yolu ile olmaktadır (Batirel, 2020; Türken ve Köse, 2020). Aseptomatik olguların solunum yolu sekresyonlarında da virüs tespit edilebildiğinden bu kişiler için de bulaştırıcılık söz konusudur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Semptomatik dönemdeki bulaştırıcılık, aseptomatik döneme göre daha fazladır. Covid-19'un inkübasyon süresi diğer koronavirüs türleri ile benzer özellik göstermektedir. Fakat MERS ve SARS salgınlarına göre daha yıkıcı şekilde ilerlemesi de başka bir tartışma konusudur. Bununla ilgili yapılan bir çalışmaya göre, Covid- 19' u farklı ve daha şiddetli yapan unsurun aseptomatik vaka oranının çok yüksek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Ataç vd., 2020). Bu durum kişinin semptom gösterene kadar hastalığı kolayca etrafına yaydığını ve semptom göstermediği için de önlem almakta geciktirdiğini göstermektedir. Çin'de koronavirüs enfeksiyonlarının çoğunluğunun semptomlarla sonuçlanmadığına dair yeni kanıtlar ortaya çıkmıştır.

Çinli yetkililer, 1 Nisan'da aseptomatik olan yeni koronavirüs vakalarının sayısı hakkında günlük rakamlar yayınlamaya başlamış ve ilk günün rakamlarına göre her beş koronavirüs enfeksiyonundan dördünün hastalığa neden olmadığı ortaya çıkmıştır. Birçok uzman ise fark edilmeyen, aseptomatik koronavirüs enfeksiyonu vakalarının önemli bir bulaşma kaynağı olabileceğine inanmaktadır (Day, 2020). Virüsün inkübasyon süresi ile ilgili çalışmalarda Covid-19' un inkübasyon süresinin en fazla 14 gün olduğu bildirilmiştir. DSÖ' de bu süreyi onaylamaktadır (WHO, 2020).

SARS-CoV-2' nin diğer potansiyel bulaşma yolları ve farklı test yöntemleri hakkında bilgi nispeten azdır. Bu durum virüsün yeni olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanında Covid-19 hastalarından alınan dışkı örneklerinde (anal sürüntüler dahil) SARS-CoV-2 RNA' sının tespit edildiği ile ilgili artan sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu bulgular fekal-oral yolla bulaşmayı desteklemektedir (Van Doorn, 2020).

Bir başka bulaşma yöntemi olan hava yoluyla bulaşma ile ilgili yapılan deneysel çalışmalarda virüsün ortamda 3 saat asılı kaldığı ve alınan örneklerde pozitif çıktığı çalışmalar bulunmakla birlikte, alınan numularda negatif çıkan birçok çalışmada bildirilmiştir (Bulut ve Kato, 2020).

2.2.3. Covid-19' da Klinik Tablo ve Belirtiler

Covid-19 hastalarında klinik bulgular, hafif belirtilerden organ fonksiyon hasarına varan şiddetli pnömoniye kadar sınıflandırılabilir (Ge vd., 2020). Klinik belirtiler, hastanın yaşı ya da klinik durumuna bağlı olarak yaklaşık 6-41 gün (ortalama 14 gün) süren yaklaşık olarak 5 günlük kuluçka döneminin ardından ortaya çıkmaktadır (Li vd., 2020). Yapılan bir çalışmada 70 yaş üzerindeki kişilerin ilk semptomdan ölüme kadar geçen ortalama sürelerinin (11,5 gün), 70 yaş altı (20 gün) olanlara göre daha kısa olduğu bulunmuş ve bu da yaşlı bireylerin gençlere göre daha hızlı hastalık progresyonuna sahip olduğunu göstermiştir (Wang vd., 2020).

En sık görülen belirtiler ise yüksek ateş, kuru öksürük, dispne, miyalji ve yorgunluktur. Bazı vakalarda ishal, tat-koku kaybı da görülmektedir. Diğer semptomlar ise balgam üretimi, baş ağrısı, boğaz ağrısı, hemoptizi, dispne ve lenfopeni olarak sıralanabilir (Chen vd., 2020; Harapan vd., 2020; Huang vd., 2020; Wu vd., 2020).

2.3. Covid-19 Pandemisinin Etkileri

İnsanlık 21.yüzyıla kadar çeşitli pandemilere şahit olmuştur. Varlığı 1960'lardan beri bilinen koronavirüs etkeninin sebep olduğu pandemiler ise şöyledir; SARS, MERS ve son olarak da COVID-19 pandemisi olarak karşımıza çıkmıştır. Akut solunum yolu enfeksiyonlarına neden olmaktan sorumlu bu virüslerin tümü, doğası gereği oldukça bulaşıcıdır ve yüksek ölümlere neden olmuştur (Khan vd., 2020). Tüm pandemilerde olduğu gibi bu salgında insanlık üzerinde fizyolojik, psikolojik, ekonomik, toplumsal vb.birçok etki bırakmış ve hâlen daha devam ettiği için ne yazık ki etkilerini de sürdürmeye devam edecektir.

2.3.1. Toplumsal ve Ekonomik Etkiler

Ülkemizde ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiş ve DSÖ salgını pandemi ilan etmiştir. Bu süreçte ülkemiz çeşitli önlemler almaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından Koronavirüs Bilim Kurulu oluşturulmuş, havaalanlarına

termal kameralar yerleştirilmiş ve özellikle Çin'den gelen yolcular kapsamlı şekilde taranmaya başlanmış ve semptom gösterenlerin karantinaya alınacağı bildirilmiştir. Sonraki süreçte Çin'den gelen tüm uçuşlar durdurulmuş, sınır kapıları kapatılmıştır. Bu tarihten sonra okullarda yüz yüze eğitime ara verilip uzaktan eğitime geçilmiştir. Pandeminin ilerleyen dönemlerinde kararname ile kısmi olarak sokağa çıkma yasağı uygulanmış, toplu bulunulan alanlarda maske takma zorunlu hale getirilmiştir. Risk grubundaki bireylerin sokağa çıkması ile ilgili sınırlandırmalar getirilmeye başlanmıştır (Balcı ve Çetin, 2019; Karataş, 2020).

Bu süreçte kapatılan ya da kısmi çalışmasına izin verilen iş yerleri için de önlem alınmış ve tabi ki çalışan ve işveren kesimi de pandemiden olumsuz şekilde etkilenmiştir. Koronavirüs pandemisiyle ülkelerin ekonomisinde ciddi anlamda problemler meydana gelmiş bu durum üretim ve tüketimde azalmalara neden olmuştur. Dünya çapında tedarik zincirlerinin rutin işleyişleri bozulmuş ve bu durum şirketleri olumsuz yönde etkilemiştir. İnsanlar işlerini kaybetme sorunuyla karşı karşıya kalmıştır. Tüketim kalıpları değişmiş, finans piyasalarında keskin düşüşler kaydedilmiştir. Dünya eş zamanlı arz ve talep şokuyla karşı karşıya kalmış ve ne yazık ki kaynaklar sınırlı duruma gelmiştir (Cinel, 2020; Soylu, 2020).

Şüphesiz ki pandeminin etkileri çok yönlü olmuştur. Bu durum sağlık sektörüne de yansımıştır. Sağlık hizmetlerine ihtiyacın artmasıyla birlikte sağlık ürünlerine olan ihtiyaç da oldukça artmıştır. Personel yetersizliği, kişisel koruyucu ekipman ihtiyacı, yatak sayısındaki yetersizlik ve malzeme ve ilaç temini gibi konularda da ciddi sıkıntılar doğmuştur. Bu durumun, sağlık hizmetlerinin sunulmasında aksaklıklara neden olmasının yanı sıra sağlık yönetimini ve sağlıkta yöneticilik anlayışını da büyük ölçüde etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre pandemi sürecinden imalat, seyahat ve ulaşım sektörleri çok fazla oranda etkilenirken enerji kaynakları, eğitim ve sağlık sektörlerinin de yüksek oranda etkilendiği görülmüştür (Hotar vd., 2020).

2.3.2. Psikolojik Etkiler

Pandemi, çok büyük bir alanı etkilediği için insanlık üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu olumsuz etkilerden bir tanesi de psikolojik etkiler olup ne yazık ki genelde akut durumda geri planda kalan ve üstüne gidilmeyen bir konu olmuştur. Fakat pandeminin psikolojik boyutu, diğer tüm olumsuz etkiler gibi üzerinde durulması gereken

ve atlanılmaması gereken bir unsurdur. Bir bulaşıcı hastalık salgını esnasında toplumun psikolojik tepkileri, hem hastalığın yayılımında hem de salgın sürecinde ve sonraki dönemlerde, duygusal problemler ve sosyal düzende bozulmaların oluşmasında büyük rol oynamaktadır (Cullen vd., 2020). Tüm bu gerçekler doğrultusunda, salgınların ruh sağlığı ve esenliği üzerindeki olumsuz etkilerini yönetmek ve etki düzeyini hafifletmek için genelde yeterli kaynak sağlanmamaktadır (Taylor, 2019). Bu durum, salgının hızlı ve durdurulması güç olduğu dönemlerde anlaşılabilir olsa da, pandemi sürecindeki hastalık bulaşının azaltılması, kritik hasta bakımına ve korunmaya öncelik verilmesi gereken dönemde dahi psikolojik ve psikiyatrik ihtiyaçlar göz ardı edilmemelidir (Cullen vd., 2020). Devam eden Covid-19 salgını korku uyandırmaktadır ve toplum için ruh sağlığı durumunun detaylı şekilde incelenip anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Diğer salgın dönemlerinde de yoğun olarak hissedilen bu duygu, Covid-19 tanısı alan veya şüphelenen hastalar üzerinde virüsün ölümcül etkisi ve sonuçları nedeniyle daha yoğun hissedilmiştir. Covid-19 korkusunun yanında karantinaya alınan kişilerde yalnızlık, öfke ve can sıkıntısı gibi duygular da görülebilmektedir. Ayrıca ateş, hipoksi ve öksürük gibi semptomların yanı sıra hastalığın seyrinde kortikosteroidlerin neden olduğu uykusuzluk gibi olumsuz tepkiler anksiyete ve zihinsel sıkıntının artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar salgınların birey, toplum ve uluslararası düzeylerde insanlar üzerinde derin ve geniş kapsamlı psikososyal etkiler bıraktığını ortaya çıkarmıştır. Bireysel düzeyde, insanlar daha çok hastalanma ve ölme korkusu, çaresizlik ve damgalanma deneyimlemektedir (Wang vd., 2020). Dünya genelinde insanların ruh hali daha çok korku ve belirsizlik çerçevesinde oluşmuştur. Bu durum insanlarda bir bilinmezlik içinde sürüklenme hissine sebep olmuştur. Hastalık hakkındaki belirsizlik ve hissedilen korku, mutsuzluk, ümit kaybı, çaresizlik gibi duygular yoğun bir zorlanma yaratmıştır (Aşkın vd., 2019).

Pandemiyle birlikte hayatımıza giren karantina, sosyal mesafe ve izolasyon ruh sağlığı açısından zararlı etkilere sahip olabilmektedir. Artan yalnızlık ve azalan sosyal etkileşim, şizofreni ve majör depresyon dahil olmak üzere birçok ruhsal hastalık için önde gelen risk faktörlerindendir. Bireyin kendi sağlığı ve sevdiklerinin sağlığına ilişkin kaygıları ve gelecek ile ilgili belirsizlik, korku, depresyon ve kaygı yaratabilmekte ya da var olan belirtileri şiddetlendirebilmektedir. Bu endişeler uzadığında, panik, obsesif-kompulsif bozukluk, stres, travma ile ilgili bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun gelişme riski artmaktadır (Fiorillo ve Gorword, 2020). Bu yüzden salgın döneminde etkin bir ruh sağlığı yönetimi sağlanmalıdır. Fizyolojik

etkiler kadar ruhsal etkilerde göz önünde bulundurulmalı ve salgının her aşamasında etkin bir şekilde yönetimi sağlanmalıdır.

2.4. Covid-19 ve Sağlık Çalışanları

Salgın hastalıklar ve pandemilerde her zaman ön planda yer alan sağlık çalışanları, bu dönemdeki en büyük risklere maruz kalan grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanları geçmişten günümüze birçok pandemiyle karşı karşıya kalmışlar ve ne yazık ki gelecekte de hep bu risk ile karşı karşıya olacaklardır. Pandemi tüm toplumu etkilemiş fakat bu dönemde işinin başında ve en ön saflarda yerini alan sağlık çalışanlarını hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan daha da fazla etkilemiştir.

Covid-19 tanılı hastalarla yakın temasta bulunan sağlık çalışanlarının enfekte olma riski artmıştır. Hem kendilerinin hem de yakınlarının enfekte olma korkusu, salgının geleceği konusunda belirsizlik, kişisel koruyucu ekipmana erişim sıkıntısı ve sağlık sistemi ile ilgili daha birçok aksaklık sağlık çalışanlarında birçok fizyolojik ve psikolojik olumsuzluklara yol açmaktadır. Tüm bu sebepler değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarında stres, anksiyete, depresyon, öfke, inkar, uykusuzluk ve korku gibi birçok mental sorunlar meydana çıkmakta ve bundan olumsuz yönde etkilenmektedirler. Ülkemizdeki durum değerlendirildiğinde ise, sağlık çalışanlarının istifa ve izin hakları kaldırılmış, uzun mesai saatleri ve artan iş yüküne rağmen canla başla salgınla mücadele etmeye çalışmışlardır. Dahası riskli grupta yer aldıkları için damgalanmışlar, kendilerini izole etmek zorunda kalıp aile ve sevdiklerine hasret kalmışlardır. Sağlık çalışanları bu dönemde normal çalışma rutinlerinin dışına çıkarak farklı bir sistem ve yeni yöntemlerle çalışmışlardır. Bu durumun sağlık çalışanlarının hem iş hayatlarını hem de özel hayatlarını hayli zorlaştırdığı görülmüştür (Ataç vd., 2020; Çetin vd., 2021; Eren Bana, 2020; Güdük vd., 2021)

Yakın zamanlı salgın etkenleri değerlendirildiğinde SARS, MERS ve Ebola salgın dönemlerinde, sağlık çalışanlarının bu salgınlardan ciddi zararlar gördüğü kaydedilmiştir. SARS ve MERS salgınlarında, vakalardan %44-100' ü sağlık kuruluşlarıyla bağlantılı olup, enfekte kişilerin dörtte birinin sağlık çalışanlarının olduğu bildirilmiştir (Chowell vd., 2015). Covid-19 döneminde de sağlık çalışanları açısından yaşanan kayıplar azımsanmayacak kadar fazladır. Ülkemizde 22 Haziran 2021 tarihine kadar, 403 sağlık

çalışanı Covid-19 nedeniyle yaşamını yitirmiş ve ölen her 74 kişiden biri sağlık çalışanıdır (Saruç ve Kızıltaş, 2021).

Sağlık çalışanlarının yaşadığı genel sıkıntılara bakılacak olursa; yaptığı işin doğası gereği çalışma alanı zor bir meslek grubuna dahil olmanın zorluklarıyla çoğu zaman karşı karşıya kalmaktadırlar. Birincil amaç olarak kişilere yarar sağlayıp zararı önlemeye çalışan bu grup, kişinin hayatının korunması, kurtarılması ve sürdürülmesi gibi birçok ciddi sorumlulukları üstlenmektedir. Zaten bu sorumlulukların vermiş olduğu başlı başına bir stres kaynağı varken, birde üzerine pandemi gibi karmaşık bir süreç eklenince stres kaynağı ve yüklenen sorumluluklar daha da artmıştır. Giderek küreselleşen salgın sebebiyle, sağlık çalışanlarının bu süreçteki rolü, farkındalığı ve sorumlukları da kademeli olarak artmıştır.

Yapılan çalışmalara göre salgın dönemi sonrasındaki süreçte her 6 sağlık çalışanından birinde yoğun stres bulguları görülmekte ve karantina süresinin 10 günü geçtiği durumlarda TSSB görülme riski artmaktadır (Yüncü ve Yılan, 2020). Bu dönemde Covid-19 şüphesi taşıyan ya da kesin tanı almış hastalarla temas halinde olan sağlık çalışanları, hem enfekte olma riski hem de ruhsal ve sosyal birçok sağlık problemi ile karşı karşıya kalmışlardır. Tabi ki bu etkilenme her sağlık çalışanı için aynı seviyede olmamıştır. Kişisel farklılar ve yaşanan ülke gibi birçok etken bu etkilenme düzeyini farklı kılmıştır.

Sağlık çalışanlarındaki riskleri değerlendirdiğimizde, en büyük risklerden bir tanesi ne yazık ki enfeksiyona maruz kalma olmuştur. Bu yeni ve tam olarak anlaşılamamış olan etkenle enfekte olan kişilere bakım veren ve yakın temasta bulunan bu grup, enfeksiyon açısından riskli grupta yer almaktadır. Enfeksiyon riskini artıran etmenler ise şu şekilde sıralanabilir: Pandemi etkeninin yeni ve tam olarak tanımlanamamış bir etken olması, kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda yeterli bilgi ve eğitimin olmayışı, enfeksiyonu önleme ve kontrol çalışmaları konusunda yetersiz donanım ve bu etkenle enfekte olmuş kişilere uzun süre bakım vererek temas sürelerinin artması şeklinde sıralanabilir. Bir başka konu ise bu süreçte kişisel koruyucu ekipman desteğinin yetersiz kalması, pandeminin yaratmış olduğu karmaşa ortamında sağlık çalışanlarına yeterli eğitimlerin planlanamaması, uzun ve yorucu çalışma saatleri, damgalanma ve salgına bağlı gelişen ruhsal problemler, psikolojik ve fiziksel şiddet gibi

birçok faktör sağlık çalışanlarının enfeksiyona yatkınlığını etkileyebilmektedir (Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020).

Bunun yanı sıra salgın döneminde sağlık çalışanlarında birçok mental problemler de ortaya çıkmıştır. Pandemi süreçlerinde üst düzey kapasitede çalışıp, sağlık hizmetlerini sunan kurumların başında sağlık kuruluşları gelmektedir. Tabiki bu kurumların ayrılmaz bir parçası olan sağlık çalışanları da bu hizmetin eksiksiz sunulmasındaki kahramanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde artan iş yükü ve sorumlulukları üstlenen sağlık çalışanları ruhsal açıdan olumsuz etkilenebilmektedir. Artan iş yükü ve çalışma saatlerinin yanında yoğun enfeksiyon riskine maruz kalma sebebiyle kendilerini güvensiz hisseden sağlık çalışanları, ruhsal açıdan etkilenmektedirler (Avcı ve Yağcı, 2021).

Virüsün bulaşma olasılığı, kişileri psikolojik açıdan etkileyerek farklı davranmalarına yol açmaktadır. Çünkü kişiler, dikkatlerinin büyük kısmını hastalık tehdidine yöneltmiş durumdadır. Sağlık çalışanları açısından da bu durum farklı değildir. Hasta olma düşüncesi korku ve endişe ortamını tetikleyerek anksiyeteye dönüşebilmektedir. Bu durum hem özel yaşamı hem de iş yaşamını etkilemektedir (Hoşgör vd., 2020). Depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi ruh sağlığı problemleri sağlık çalışanlarında topluma kıyasla daha fazla görülmektedir (Ataç ve ark.,2020). Bunun üzerine eklenmiş olan pandemi süreciyle birlikte, sağlık çalışanlarında kısa ve uzun vadeli ruhsal problemlerin görülme olasılığı daha da artmıştır. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının Covid-19 salgını esnasında genellikle depresyon, anksiyete, korku ve uyku sorunları gibi birçok mental probleme maruz kaldığını göstermektedir. Bao ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının enfekte olma korkusu ve salgın döneminde üstlendikleri sorumluluklar sebebiyle stres, anksiyete ve depresif bozukluklar gibi mental problemler ve TSSB yaşabilecekleri, bu durumun ise salgının bile önüne geçebilecek problemlere sebep olabileceğini vurgulamışlardır.

Zhang ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada ise sağlık çalışanlarında anksiyete oranının %28 olduğu görülmüş ve klinik değerlendirme başlatılacak seviyeye ulaştığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada sağlık çalışanlarının depresyon oranı %30.6 olarak bulunmuş ve yine bu durum depresyonun olup olmadığını belirlemek için klinik bir görüşmeye ihtiyaç duyulacağını göstermiştir. Chew ve arkadaşlarının (2020) Covid-

19 pandemisi döneminde 906 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmada;” en çok bildirilen semptomların baş ağrısı (%31,9), boğaz ağrısı (%33,6), anksiyete (%26,7), uyuşukluk (%26,6) ve uykusuzluk (%21,0) olduğu tespit edilmiştir.

Salgın dönemlerinde yaşanan sıkıntılar, sağlık çalışanları için yeni bir durum değildir. Bundan önceki pandemi ve salgın süreçlerinde de aktif olarak çalışan ve işinin başında olan sağlık çalışanları, birçok sıkıntıyla karşı karşıya kalmıştır. Covid-19 pandemisi bugüne kadar yaşanmış tek pandemi olmadığı gibi ne yazık ki son pandemi de değildir. Bu yüzden salgın dönemlerinde sağlık personelinin hem ruhsal açıdan hem de çalışma koşulları açısından desteklenmeli ve bununla ilgili stratejiler oluşturulması gerekmektedir. Bu destek, hem aktif salgın dönemlerinde hem de salgından sonraki süreç için sürekli olarak sağlanmalıdır.

2.5. Covid-19 Anksiyetesi

Korku ve kaygı, çağlar boyu insanlığın ayrılmaz bir bütünü olmuştur. Konuyla ilgili değerlendirme yapmak gerekirse, bu durumun kaynaklarından bir tanesinin güvende hissetme ihtiyacının olduğu düşünülmektedir. Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisinde de belirtildiği gibi güvenlik ihtiyacı, insanoğlunun en temel ihtiyaçlarındandır. Geçmiş dönemlere bakıldığında, insanoğlu geçmişten günümüze birçok olumsuzlukla karşı karşıya kalmıştır. Doğal afetler, savaş, kıtlık, göçler, olumsuz iklim koşulları ve salgın hastalıklar bunlardan yalnızca birkaçıdır. İnsanoğlu bunlarla karşı karşıya kaldığında, kimi zaman olumsuzluklardan korunamayıp büyük korku ve kaygı yaşamıştır (Şahin, 2019).

Anksiyete, “bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durum” olarak tanımlanmıştır (Bal vd., 2013). Freud’a göre kaygı, çevredeki tehditler karşısında kişiyi uyararak, çevreye adapte olmasına ve kişinin sağlıklı bir biçimde hayatını idame ettirmesine yardımcı olan bir unsurdur. Fakat bu adaptasyon süreci işlevini kaybedip mantıkdışı bir hal almaya başlarsa, anormal davranışlar sergilenmesine sebep olur (Geçtan, 2012). Anksiyete, normal şartlarda ortaya çıkabildiği gibi, olası ya da gerçek bir tehlikeye karşı da ortaya çıkabilmektedir. Ancak herhangi bir sebep ya da stresör olmaksızın ortaya çıkıp, günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek boyuta ulaşırsa, anksiyete bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2007).

Benzer psikolojik durumların Covid-19 pandemisi sürecinde de etkili olduğu söylenebilir. Ocak ayında yeni bir koronavirüs etkeninin tanımlanması ve bunu takip eden süreçte karantina ve kısıtlamaların başlaması ile yeni bir döneme geçiş yapılmıştır. Dünya, bir bilinmezlik içine girmiştir. Çünkü etken daha önceden karşılaşılmayan bir etkindir ve salgının geleceği konusunda çok büyük bir belirsizlik başlamıştır. Ülkemizde Mart ayında ilk vakaya rastlanmış ve bu bilinmezlik içine ülkemizde dahil olmuştur.

Kaygının kaynağına baktığımızda ise bilinmezlik ve güvende hissetme ihtiyacını görmekteyiz. Bu nedenle bu dönemde içinde bulunulan durumun kaygıya sebebiyet vermesi ne yazık ki kaçınılmaz olmuştur. Özellikle pandeminin ilk ortaya çıktığı ve enfekte vakaların ciddi şekilde artış gösterdiği dönemlerde bireylerde yükselen düzeylerde anksiyete, korku, endişe ve stres belirtilerinin olduğu görülmüştür. Geçmişe yönelik bir değerlendirme yapıldığında, yine koronavirüs ailesinin sebep olduğu bir başka salgın olan SARS salgını döneminde alınan önlemler ve izolasyonun psikolojik sorunlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Hong Kong'da SARS salgının psikolojik etkilerini inceleyen bir çalışmada, salgın sonrası dönemdeki anksiyete oranının salgın dönemindeki anksiyete skorlarına göre daha düşük olduğu ve salgın döneminde bireylerin anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Erdoğan vd., 2020).

Hastalığa ve ölüme sebebiyet veren bir virüsün varlığı ve içinde bulunulan belirsizlik kişilerde gerçek dışı korku ve paniğe sebep olabilmektedir. Covid-19 pandemisinin toplumsal psikolojik etkileri değerlendirildiğinde, en çok yüksek düzey stres ve anksiyeteye rastlanmıştır. ABD'de 775 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada Covid-19 sebebiyle anksiyete yaşayanların, hastalıktan bağlantısız olarak anksiyete yaşayanlara oranla daha çok umutsuzluk, intihar düşüncesi, işlevsellikte bozulma ve başa çıkma yöntemlerinde bozulmayla birlikte alkol ve uyuşturucuya yönelme eğilimi olduğu görülmüştür (Lee, 2020).

Çin'de üniversite öğrencileri üzerinde Covid-19 salgını ile ilgili faktörler ve zihinsel sağlık problemlerini değerlendirmek için yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların olası akut stres (%34.9), depresyon (%21.1) ve anksiyete (%11.0) belirtileri gösterme düzeyleri belirtilen seviyelerde bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, düşük algılanan sosyal desteğe sahip bireylerin kaygı ve depresif belirtilere sahip olma olasılığı,

yüksek algılanan sosyal desteğe sahip olan bireylere göre 4.84-5.98 kat daha fazla bulunmuştur (Ma vd., 2020).

2.5.1. Covid-19 Anksiyetesi ve Sağlık Çalışanları

Küresel bir kriz haline gelen Covid-19 pandemisi, tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Bu krizden en fazla etkilenen gruplardan biri de, salgın hastalık sürecinin her aşamasında aktif olarak çalışan sağlık çalışanları olmuştur. Bu kritik süreçle karşı karşıya kalan ve Covid-19 hastalarının teşhis, tedavi ve bakımıyla doğrudan ilgilenen sağlık çalışanları, ruhsal semptomlar geliştirme açısından risk altındadır. Artan iş yükü, fiziksel yorgunluk, yetersiz kişisel donanım, nazokomiyal bulaşma ve bakımın paylaştırılması konusunda etik açıdan zor kararlar alma gibi problemlerle karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarının, fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmiştir. Bu nedenle korku, kaygı, depresyon ve uyku problemleri gibi ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasız konumda kalmışlardır (Pappa vd., 2020).

Koronavirüs pandemisi esnasında Çin’de yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının kaygı düzeyinin arttığını destekler niteliktedir. Bu durumun sebebi ise, sağlık personellerinin enfeksiyon riskine açık olması, kurumun gereken ruhsal desteği sunmaması, yüksek iş yoğunluğu ve acil müdahale planları hakkında bilgi eksikliğinin olması olarak değerlendirilmiştir (Pan vd., 2020). Endonezya’da pandemi sürecinde sağlık çalışanları ile yapılmış çalışmada, katılımcıların yarısından fazlası (%56.3) orta ile yüksek düzeylerde durumluluk kaygısı bildirmiştir (Setiawati vd., 2021). Çin’de sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan çok merkezli anket çalışmasında, katılımcıların %44.7’sinin kaygı belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (Liu vd., 2020). Sağlık çalışanlarındaki anksiyete yaygınlığına ilişkin 12 çalışmayı inceleyen bir meta-analiz çalışması ise, %23.2’lik bir yaygınlık olduğunu göstermiştir (Pappa vd., 2020). Pan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada, Covid- 19 ile mücadele ruhsal faktörlerin önemli bir etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bu dönemde yaşanan kaygının sağlık çalışanlarının dikkatini, anlayışını ve karar verme yeteneğini etkilemenin yanı sıra direncin azalmasına, uykusuzluğa ve diğer olumsuz fiziksel ve zihinsel reaksiyonlara sebep olabileceğine vurgu yapılmıştır.

2.6. Travma Kavramı

Bireyin fiziksel olarak yaralanma, ölüm tehdidi, fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan olumsuz durumları deneyimlemesi ve ruhsal dengesini etkileyecek biçimde stres verici olaylara maruz kalması ya da tanıklık etmesi “travma” olarak ifadeleştirilmiştir (Yanbolluoğlu, 2019). Başka bir tanımlama yapmak gerekirse “travma, kişinin baş etme mekanizmasını ortadan kaldıran stres yaratan bir vakanın neticesi olarak tanımlanmaktadır” (Kahil, 2016).

Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) tanımına göre ise travma kavramı, birçok kişide etki yaratabilecek, bireyde sıkıntıya sebep olabilecek olay ve durumlara yönelik verilen uzun veya kısa vadeli tepkiler olarak sınıflandırılmıştır (WHO, 1993). Zorlu yaşam olaylarına ‘travma’ denilmesi ise ilk kez DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ile olmuştur (APA, 1980). DSM’ nin daha önceki versiyonlarında da travmayla ilgili bozukluklardan bahsedilse de hem travmanın hem de travmayla ilişkili bozuklukların tanımı açıkca yapılmamıştır (Çolak vd., 2010).

Bireyin baş etme mekanizmalarını etkisiz hale getiren ve savunma mekanizmalarıyla üstesinden gelemeyeceği travmatik olaylar, gerçek bir ölüm ya da hayati bir tehdidin bulunduğu, ağır yaralanma veya fiziksel sağlığa yönelik bir tehdit oluşturan ve kişinin birebir kendisinin yaşadığı ya da tanık olduğu olaylar şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2013). Savaş, terör olayları, kazalar, afetler, taciz ve tecavüz gibi olaylar travmatik yaşam olaylarına örnektir. Kişi travmatik bir olay yaşadığında fiziksel ve ruhsal sağlığı bozulabilir ve yardım ihtiyacı duyabilir. Her birey mevcut incinebilirlik düzeyi ve eşiğine göre bu durumda farklı şekil ve derecelerde etkilenebilmektedir (Yılmaz, 2007).

2.7. İkincil Travmatik Stres

Travma, yapısı gereği etki ettiği insanın yaşamında yayılım göstererek ilerleme kaydeder. Travmatik olaya doğrudan maruz kalan kişiyi etkisi altına almak ile başlayan travmatik süreç ardından aile, yakın çevre ve arkadaşları da içine alarak ilerler. Bu duruma dalga etkisi adı verilir ve travmanın kişinin yaşamı üzerindeki ilerlemesini ifade etmektedir (Altan, 2020). Özetlemek gerekirse travmanın, yalnızca travmaya doğrudan maruz kalan kişiyle kalmayıp çevresindekileri de etkilemesi ikincil travmatik stres kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. İkincil travmatik stres kavramına ilk kez 1985 yılında Rosenhek ve Nathan’ın makalelerinde rastlanmıştır ve bu kavram,

travmanın bulaşabilirliğini vurgulamak amacıyla kullanılmıştır (Gürkan ve Yalçiner, 2017). Figley (1998) ikincil travmatik stres kavramını, “değer verilen kişi tarafından deneyimlenmiş örseleyici olayların bilgisinden doğan doğal davranış ve duygular olarak tanımlamıştır”. Bireyin fiziksel yaralanma, ölüm tehdidi, ruhsal durumunu olumsuz şekilde etkileyecek biçimde baskıya ve stres yaratan duruma maruz kalması ve travmatik deneyimi kendisinin yaşaması birincil travmatik stres; yaşanan deneyimlerin kişiyi dolaylı olarak etkilemesi de ikincil travmatik stres olarak adlandırılmaktadır (Figley, 1995).

Lerias ve Byrne (2003) ikincil travmatik stresi; ciddi şekilde strese sebebiyet veren ya da travmatik bir olaya tanık olan, bu olay sonrası bilgiye sahip olan ya da olay sonrası yardım çalışmalarında yer alanların tepkisi olarak tanımlamışlardır. Yapılan tanımlamalardan da görüldüğü üzere, travma sonrası tepkiler yalnızca olaya doğrudan maruz kalanlarla sınırlı değildir. Travmatik bir olaya tanıklık etmek, olayla ilgili ayrıntıları dinlemek ya da sadece travmatik olayla ilgili haberi duymak bile kişiler üzerinde farklı derecelerde kaygı uyandırabilmektedir. Bu yüzden travma mağduru bireylerle doğrudan iletişim halinde olan meslek gruplarındaki kişiler, karşılaştıkları travmatik olaylardan etkilenebilmektedirler. Travmatik olayların ardından mağdur kişilerin aileleri, yakın çevresi, olayın ardından arama-kurtarma çalışmalarında bulunan personel, tıbbi müdahalede bulunan sağlık çalışanları, travmatik olay sonrası ruhsal destek vermek için müdahalede bulunan ruh sağlığı çalışanları ve olayları medya kanalıyla izleyerek bilgi edinen bireylerin, travmatik olaya dolaylı yoldan maruz kaldığı ya da ikincil travmatik stres yaşadığı söylenebilir (Gürdil Birinci ve Erden, 2016; Yılmaz, 2007).

Zorlu yaşam olaylarına “travma” denilmesi ilk kez DSM-III ile olmuştur. DSM-III ile ilk defa “Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)” ve bununla bağıntılı olarak “travma” kavramının tanımı yapılmıştır. DSM-III TSSB’yi anksiyete bozuklukları ana kategorisi altında tanımlamış ve travma kriterini “hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bariz bir olayın varlığı olmalıdır” şeklinde ifadelemiştir (APA, 1980). Fakat DSM’nin yeni sürümleri çıktıkça tanımlar da zamanla değişiklik göstermiştir. DSM-IV ile birlikte ise ikincil travmatizasyonun varlığı kabul edilmiştir. Bununla birlikte artık bir olayı öğrenmek, haberini almak ve görmek gibi dolaylı yollarla da kişi travmaya uğramış olarak kabul edilebilmektedir (Çolak vd., 2010).

DSM-V’te ise “travma sonrası stres bozukluğu”, travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar bölümü içinde “akut stres bozukluğu” ve “uyum bozukluğu” ile birlikte yer almıştır. Kişinin öznel tepkisi dikkate alınmamış onun yerine, travmatik olay tanımını netleştirmek amacıyla olaylar ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. Bu yollar; a) doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama b) başkalarının başına gelen olay(lar)ı doğrudan görme, tanıklık etme c) bir aile yakınının ya da yakın arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme d) örseleyici olayın sevimsiz ayrıntıları ile yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma şeklindeki maddelerle ifade edilmektedir (APA, 2013). DSM-V ile ilk defa tanımda cinsel şiddet kavramı yer almış ve mesleki maruziyete ayrıca yer verilmiştir (Çolak vd., 2010).

2.7.1. İkincil Travmatik Stres Belirtileri

İkincil travmatik stres belirtileri kısa vadeli olabileceği gibi daha uzun vadeli ve ciddi boyuta varan etkileri de olabilmektedir. Bu yüzden belirtiler göz ardı edilmemelidir (Deniz Pak vd., 2017). İkincil travmatik stres belirtileri başlangıç olarak genelde hızlıdır ve belirli bir olayla alakalıdır (Gürkan ve Yalçiner, 2017). Figley (1995) travmaya birincil derecede maruziyet ile ikincil maruziyet karşısında verilen tepkilerin benzer olduğunu öne sürmüştür.

Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (Figley, 1995)

Birincil travmatik stres belirtileri

A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olayı deneyimlemek

- 1) Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması
- 2) Kişinin hayatında ani bir yıkım

B. Travmatik olayın yeniden yaşanması

- 1) Olayın tekrar tekrar hatırlanması
- 2) Olayın rüyalarda görülmesi
- 3) Olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi
- 4) Olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı

C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk

- 1) Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları
- 2) Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları
- 3) Psikojenik amnezi

- 4) Etkinliklere ilgide azalma
- 5) Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma
- 6) Duygulanımda azalma
- 7) Geleceği görememe duygusu

D. Uyarılmışlık

- 1) Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama
- 2) Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları
- 3) Dikkati yoğunlaştırmada zorluk
- 4) Artmış uyarılma hali
- 5) Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme
- 6) Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme

İkincil travmatik stres belirtileri

A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek

- 1) Travmatize olmuş birey (TOB)'in ciddi bir tehdit yaşaması
- 2) TOB'nin hayatında ani bir yıkım

B. Travmatik olayın yeniden yaşanması

- 1) TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın tekrar tekrar hatırlanması
- 2) TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın rüyalarda görülmesi
- 3) TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi
- 4) TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı

C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk

- 1) Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları
- 2) Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları
- 3) Psikojenik amnezi
- 4) Etkinliklere ilgide azalma
- 5) Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma
- 6) Duygulanımda azalma
- 7) Geleceği görememe duygusu

D. Uyarılmışlık

- 1) Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama
- 2) Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları

- 3) Dikkati yoğunlaştırmada zorluk
- 4) TOB'ye karşı artmış uyarılma hali
- 5) Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme
- 6) Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme

Yukarıda birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri karşılaştırması verilmiş olup belirtilerin birbirine oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bu belirtilerin bir aydan az sürmesi olağan, akut ve kriz-ilişkili belirtilerdir. Belirtilerin olayı takip eden altı ay veya sonrasında başlaması, geç başlangıçlı TSSB ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğudur.

2.7.2. Pandemi Döneminde İkincil Travmatik Stres ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Birçok tanımı yapılan ikincil travmatik stresi kısaca tanımlamak gerekirse; “travmatik olayı yaşayan kişiye yardım etme isteği sonucu ortaya çıkan duygu ve davranışlar” olarak özetleyebiliriz (Figley, 1995). Bu tanımlamadan yola çıkarak, işleri gereği travma mağdurları ile sıkça iletişim halinde olan çalışanlar, karşılaştıkları travmatik olaylardan dolayı olarak etkilenebilmektedirler (Yıldırım vd., 2018). Afetler, savaşlar, terör olayları ve kazalar gibi kitlesel tarzda ya da şiddet, taciz, tecavüz gibi bireysel ve incinebilir grupların söz konusu olduğu travmatik yaşantıların ardından, yardım çalışmalarında bulunan grupların travmaya bağlı stres belirtileri göstermeleri olasıdır (Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Travma mağdurları ile etkileşim halinde olan sağlık çalışanları, ruh sağlığı uzmanları, sosyal hizmet çalışanları, arama-kurtarma ekipleri, itfaiye çalışanları, polis memurları, avukatlar ve hakimler ikincil travmatizasyon açısından risk altında olan meslek gruplarından. Meslek grupları arasında, sağlığını yitirmiş ve yardıma muhtaç bireylerle etkileşim ve iletişim halinde olan sağlık çalışanları da bu durumdan farklı şekillerde etkilenebilmektedir. Sağlık çalışanları, mesleklerinin doğası gereği empati ve kişiler arası iletişim becerilerine sahip olmalıdır. Fakat sağlık çalışanlarında ikincil travmatizasyon açısından risk oluşturan öğelerden biri, hasta ile kurulan empati olarak değerlendirilmiştir (Gürkan ve Yalçın, 2017).

Mağdura yardım davranışı sonucunda sağlık çalışanlarında mesleksi, duygusal ya da fiziksel bazı belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Mesleki açıdan belirtilere baktığımızda; bazı hastalarla çalışmaktan kaçınma, işe gelmeme, isteksizlik ve hasta ya

da yakınlarına karşı empati davranışında azalma gibi belirtiler görülebilmektedir. Baş ağrısı, kardiyak problemler, sindirim sorunları, uykusuzluk ve halsizlik gibi fiziksel semptomların yanı sıra travma mağdurunun yaşadıklarını düşünme, anksiyete, madde kötüye kullanımı, şüphecilik, güven problemleri ve stresle baş etmede güçlük gibi emosyonel semptomlar da buna eşlik edebilmektedir (Gürkan ve Yalçın, 2017). Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının yaşadığı ikincil travmatik stres ile ilgili birçok çalışma yer almaktadır.

Çakmak ve ark. (2010) tarafından Marmara depremi sonrası 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının %10-29'unun travmatik stres belirtileri gösterdiği ve %9'unun ise tedavi gerektirecek kadar yüksek belirti düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Zara ve İçöz (2015) tarafından 205 ruh sağlığı çalışanıyla yapılmış olan araştırmada ise ruh sağlığı çalışanlarının %44,9'unun ortalama seviyenin üzerinde ikincil travmatik stres, %25,4'ünün ise yüksek düzeyde ikincil travmatik stres yaşadığı belirlenmiştir. Haksal (2007) tarafından yapılan çalışmada ise 312 sağlık çalışanının ikincil travmatizasyon düzeyi değerlendirilmiş ve cinsiyeti kadın olan sağlık çalışanlarının erkeklere göre ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu, katılımcıların yaşı ile ikincil travmatizasyon belirtileri arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sungur ve Kaya (2001) tarafından Sivas katliamı sonrası yardım çalışmalarında bulunan sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, katliamı doğrudan yaşayan kişiler ile bu kişilere yardımda bulunan sağlık çalışanlarının travma sonrası stres belirtilerinin benzer seviyede olduğu ortaya konulmuştur.

Travmatik olayın ayırt edici özellikleri; kontrol edilemezlik, öngörülemezlik ve ölüm veya ciddi yaralanma tehdidi olarak sıralanmıştır (APA, 2013). Koronavirüs pandemi dönemini değerlendirmek gerekirse; hastalık etkeninin net olarak belirlenemediği, salgının geleceği konusunda öngörülemezlik ve çok sayıda hastalık etkenine maruz kalan ve yaşamını yitiren insanın olması nedeniyle literatürde travmatik olay şeklinde yer edinmeye başlamıştır (Restauri ve Sheridan, 2020).

Travmatik olarak değerlendirilen bu dönemin etkisi altında kalan gruplardan biri sağlık çalışanları olmuştur. Sağlık çalışanlarının, pandemi dönemlerinde stres seviyelerinin artış gösterdiği, emosyonel olarak etkilendikleri ve travmatize oldukları,

kaygı ve depresif belirti düzeylerinde de artış yaşandığı belirtilmiştir (Bekaroğlu ve Yılmaz, 2020).

Bao ve ark. (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının enfekte olma korkusu ve salgın döneminde üstlendikleri sorumluluklar sebebiyle stres, anksiyete ve depresif bozukluklar gibi mental problemler ve TSSB yaşabileceklerini ve bu durumun salgının bile önüne geçebilecek problemlere sebep olabileceği ortaya atılmıştır. Bu yüzden aktif salgın dönemi ve salgın sonrası dönemde de TSSB ve ikincil travmatik stres gelişimi açısından sağlık çalışanları desteklenmeli ve salgının psikolojik boyutu salgının hiçbir aşamasında göz ardı edilmemelidir.

2.8. Somatizasyon Kavramı

Somatizasyon terimi tıp tarihi boyunca tartışmalara sebep olan bir kavram olmuştur. Yaygın olarak, emosyonel bir sıkıntıyı bedensel belirtilerle ortaya koyma eğilimi şeklinde ifadeleştirilmiştir. Duygusal ve sosyal sıkıntılar bedensel belirtilerle kendisini göstermiş ve buna bağlı olarak bedensel bir hastalık üzerinden yardım arama davranışı içine girilmiştir (Ford, 1986). Birçok tanımı yapılan somatizasyon teriminin ilk tanımı 1943 yılında Steckel tarafından yapılmış “derin yerleşimli bir nevrozun beden yoluyla dışa vurumu” olarak tanımlanmıştır (Kellner, 1990).

Başlangıçta yapılan tanımlamalar psikolojik durumlarla beden arasında neden-sonuç ilişkisi kurmaktadır. Sonraki tanımlamalarda toplumsal boyuta da yer verilmeye başlanmıştır. Katon ve arkadaşları somatizasyonu "psikososyal ve emosyonel problemleri olan hastaların sıkıntılarını birincil olarak fiziksel belirtilerle ifade etmesi" şeklinde tanımlamışlardır. Son olarak nedensellik yorumunu ortadan kaldırarak Lipowski (1988) somatizasyonu “patolojik bulgularla açıklanamayan somatik problem ve semptomlar yaşama, bunları fiziksel hastalıklarla ilişkilendirip tıbbi yardım arayışı içine girme” olarak tanımlamıştır. Somatizasyonun farklı tanımları yapılsa da tüm tanımların birleştiği nokta, organik nedenlerle açıklanamayan bedensel semptomlar ve bulguların varlığı olmuştur (Gucht ve Fischler, 2002).

2.8.1. Somatizasyonun Tarihçesi

Ruhsal sıkıntıların bedene yansması ve beden yoluyla açığa vurulması eski çağlardan beri üzerinde durulan ve merak uyandıran bir konu olmuştur. Melankoli, histeri

ve hipokondriyazis terimleri ile birlikte ve birbirinin yerine kullanılan somatizasyon teriminin ortaya çıkması eski çağlara kadar dayanmaktadır. Somatizasyon kavramının anlaşılması için özellikle “histeri” kavramının anlaşılması önem arz etmektedir. Çünkü en çok anlam karmaşası yaşanan terimlerden birisi histeri olmuştur.

Melankoli ve histeri kavramlarının kullanımının milattan önce 2600 yıllarına kadar dayandığı, Sümerliler ve Mısırlılar tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Kökeni eski Yunanca’da “histera” olan histeri, uterus anlamına gelmektedir ve uterusun baskılanamayan istekleri sebebiyle vücutta dolaşması sonucu oluşan bir hastalık olarak nitelendirilmiştir (Bolat, 2010; Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Hakiki vd., 2022). 9. yüzyılda Salerno’da bir tıp okulunda bedensel bir hastalık olarak tanımlanmış ve Ortaçağ’da ise büyüsel güçlere bağlanarak kötü ruhlar ve şeytanla bağlantılı olduğu düşüncesi hakim olmuştur. 17. yüzyıl itibari ile Rönesans döneminin başlamasıyla birlikte her alanda olduğu gibi tıp alanında da gelişmeler meydana gelmiştir. Bu döneme kadar histerinin yalnızca kadınlarda görülen bir hastalık olduğu, kötü ruhlar ve şeytanla ilişkili olduğu düşüncesinin yerini beyin ile alakalı bir bozukluk olabileceği düşüncesi almıştır. Nöroloji alanında önde gelen isimlerden olan Thomas Willis (1621-1675) histerinin beyin ile alakalı bir işlev bozukluğundan kaynaklı olabileceği görüşünü ortaya atmıştır. Kadında görülen bu hastalığın, histeri olduğunu ve bu hastalığın erkekte hipokondriyazis olarak adlandırıldığını öne sürmüştür. Thomas Syhendam (1617-1743) da aynı görüşü desteklemiş histeri ve hipokondriyazisi bir zihin hastalığı olarak nitelendirmiştir. Fransız nörolog Charcot ise histerinin yalnızca kadınlarda değil, erkekler ve çocuklarda da görülebileceğini ve hipnoz ile tedavi edilebileceğini ileri sürmüştür. Freud’un histerinin tedavisi için araştırıp kullandığı hipnoz ve serbest çağrışım yöntemleri ise psikoanalitik kuramın oluşumuna zemin hazırlamıştır (Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Hakiki vd., 2022).

Somatizasyon terimini ilk kez kullanan Wilhelm Steckel olmuştur (Kellner, 1990). Paul Briquet ise somatizasyon ile ilgili bilinen ilk klinik tabloyu ortaya koymuş ve bu sebeple Somatizasyon Bozukluğu “Briquet Sendromu” olarak da adlandırılmıştır (Mai ve Merskey, 1981). Günümüz sınıflandırma sistemleri içerisinde de Somatizasyon Bozukluğu’ndan ilk olarak DSM-III’ te bahsedilmiştir (APA, 1980). DSM-IV’ te ise “Somatiform Bozukluklar” grubunda sınıflandırılmıştır (APA, 2000). DSM-V’te Somatiform Bozukluklar “ Bedensel (Somatik) Belirti Bozuklukları ve İlişkili

Bozukluklar” ismiyle değiştirilmiş ve 7 grupta değerlendirilmiştir. Tanı ölçütlerinde de değişikliklere gidilmiştir (APA 2013).

2.8.2. Somatizasyon Tanı Kriterleri

DSM-V’te “Bedensel (Somatik) Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar” 7 grupta değerlendirilmektedir. Bunlar:

1. Bedensel belirti bozukluğu
2. Hastalık kaygısı bozukluğu
3. Dönüştürme (konversiyon) bozukluğu
4. Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler
5. Yapay bozukluk
6. Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk
7. Tanımlanmamış diğer bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk

DSM-V’e göre bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütleri de şunlardır:

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamını büyük derecede etkileyen bir veya daha fazla bedensel bir belirti varlığı
- B. Aşağıdaki belirtilerin en az biri somatik semptomlara eşlik eder.
 1. Belirtilerle orantısız, süregelen düşünceler
 2. Sağlık veya semptomlar ile ilgili yüksek düzeyde kaygı
 3. Bu belirtilere veya kaygıya fazla miktarda zaman ve enerji harcama
- C. Herhangi bir belirti sürekli olmasa bile belirti gösteriyor olma durumu 6 aydan uzun süreklilik gösterir (APA, 2013).

2.8.3. Pandemi Döneminde Somatizasyon ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Bulaşıcı hastalık salgınlarının patlak vermesiyle, insanlar arasında kaygı ve ruhsal sıkıntılar artış göstermiştir. Çünkü cinsiyet ve sosyo-demografik duruma bakılmaksızın bütün bireyler enfekte olma riski ile karşı karşıya kalmıştır (Shangguan vd., 2020). Salgın hastalık dönemlerindeki başlıca ruhsal sorunlar arasında kaygı, somatik belirtiler, panik atak ve depresif belirtiler yer almaktadır (Ho vd., 2020). Covid-19 pandemisi döneminde, sevdiklerinden uzaklaşma, hareket kısıtlılığı, ekonomik kayıplar ve karantina nedeniyle yalnızlık gibi faktörler psikolojik sıkıntıyı arttırmaktadır (Wankhade ve Anjankhar, 2022). Psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlar şeklinde ifade edilmesi durumu, somatizasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple pandemi döneminde

somatizasyon semptomlarının görülmesi olasıdır. Genç yaştaki bireylerin virüsü taşıyıcı durumda olmaları ve Covid-19'un asemptomatik bulaşması gibi birçok olumsuz bilgi, psikolojik semptomlara neden olabilmekte ve somatik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir (Song vd., 2021).

Shangguan ve arkadaşları (2020) tarafından pandemi döneminde Çin'de yapılmış olan çalışmada, katılımcıların %7.4'ünün somatizasyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların; %3.2'si baş dönmesi veya baygınlık, %3.1'i nefes darlığı, %7.8'i kas ağrısı ve %6.3'ü de vücudunun belirli bölgelerinde zayıflık hissettiğini bildirmiştir. Çin nüfusu üzerinde yapılmış başka bir çalışmada; katılımcıların %45.9'unda somatizasyon belirtileri tespit edilmiş ve bunların %16.6'sında orta ila şiddetli somatizasyon belirtileri tespit edilmiştir (Ran vd., 2020).

Pandemi sürecinde hastalarla sürekli temas halinde olan, uzun saatler ve yoğun çalışma temposu içinde çalışan sağlık çalışanlarında, topluma kıyasla psikolojik sorunlara yatkınlık daha fazladır. Bu yüzden Covid-19 salgını, sağlık çalışanları açısından fiziksel belirtilere dönüşebilecek psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir (Song vd., 2021). Literatürde pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında görülen somatizasyona yönelik çalışmalar mevcuttur.

Bu çalışmalardan ilki, Franck ve arkadaşlarının (2021) pandemi sürecinde sağlık çalışanlarındaki sıkıntı ve somatizasyon belirtilerini incelediği çalışmadır. Çalışma sonucuna göre, sağlık çalışanlarının %5.3 oranında yüksek somatizasyon riski gösterdiği tespit edilmiştir. Doğrudan Covid-19 hastalarıyla çalışan katılımcıların, somatizasyon alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Çalışmaya göre kadın cinsiyet, daha düşük eğitim seviyesi ve daha genç yaşta olmanın; daha şiddetli somatizasyon semptomlarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Song ve arkadaşlarının (2021) sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı olmayan iki grup arasında somatizasyon belirtilerini karşılaştırdığı çalışmada, sağlık çalışanlarındaki somatizasyon yaygınlığının %9.59 olduğu ve sağlık çalışanı olmayan gruba göre %5.45 seviyesinde anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre günlük çalışma saatleri sağlık personeli açısından somatizasyon için risk faktörü iken, kadın

cinsiyet koruyucu faktör olarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanı olmayan grup için risk faktörleri ise; etnik köken, bekar olma, uykusuzluk ve intihar tespit edilmiştir.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, sağlık çalışanlarında Covid-19 anksiyetesinin ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan, ilişki arayan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Araştırmanın evrenini 2021-2022 yıllarında Ayvalık Devlet Hastanesi'nde görev yapan hemşire, doktor ve sağlık teknisyeni/teknikerleri olmak üzere 285 kişi (N=285) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, G-Power 3.1.9.2 programı kullanılarak %95 güven düzeyinde hesaplanmıştır. Analiz neticesinde $\alpha=0.05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü daha önce yapılan çalışmalar baz alınarak, 0.5263 olarak bulunmuş ve 0.95 teorik power ile minimum örneklem 190 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örnekleme yoluna gidilmemiş olup; araştırmanın konusu, amacı, içeriği ve kendilerinden toplanan bilgilerin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirme yapıldıktan sonra, gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşire, doktor ve sağlık teknisyeni/teknikerleri (n=197) araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, “tanımlayıcı özellikleri belirlemeye yönelik Kişisel Bilgi Formu (Ek 3.2.), Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (Ek 3.3.), İkincil Travmatik Stres Ölçeği (Ek 3.4.) ve Somatizasyon Ölçeği (Ek 3.5.)” kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taraması yapılarak sorumlu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık varlığı) mesleki özelliklerini (meslek, meslekte çalışma süresi, şu an çalışılan klinik/birimde çalışma süresi, çalışılan klinik/birim) pandemi sürecinde Covid-19'a yakalanma, Covid-19'a bağlı kayıp yaşama ve Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinin sorulduğu 13 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği(KAÖ)

Ölçek 2020 yılında Lee tarafından Covid-19 kriziyle ilişkili anksiyete vakalarını tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Biçer ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. KAÖ 5’li likert türünde bir ölçektir. Tek boyuttan ve 5 sorudan oluşmaktadır. Her bir maddesi son iki haftadaki deneyimlere dayanan ölçeğin puanlanması “0” “hiçbir zaman”, ”1” “nadir, bir veya iki günden az”, “2” “birkaç gün”, “3” “7 günden fazla” ve”4” “son iki haftada neredeyse her gün” olarak derecelendirilmiştir. Ölçekten 0 ile 20 arasında puan alınabilmektedir. **9 ve üzeri puan alan katılımcıların, anksiyete seviyesi yüksek olarak yorumlanmaktadır.** Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır ve ölçeğin maddelerine ilişkin faktör yükleri 0.62 ve 0.78 arasında değişmektedir (Biçer vd., 2020). Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0.88 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)

İTSÖ, ilk olarak Bride ve arkadaşları tarafından çocuk koruma hizmetlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yaşadığı stresli durumları araştırmak amacıyla geliştirilmiştir (Bride vd., 2004). Daha sonraları travmatik deneyimler yaşayan kişilerle çalışan meslek profesyonellerinin, travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla geniş kapsamlı olarak kullanılmaya devam edilmiştir. İlk olarak 2016 yılında Kahil tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Daha sonra Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2018 yılında ölçeğin Türkçeye uyarlamasını yapmak, geçerlik ve güvenirliği açısından kanıt aramak amacıyla bir çalışma daha yapılmıştır.

İTSÖ, 17 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Travmatik olaylar yaşayan kişilerle çalışan meslek profesyonellerinin stres belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve kişide son 7 gün içinde görülen belirtileri değerlendirmektedir. **Ölçekten alınabilecek minimum puan 17, maksimum puan ise 85’tir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, ikincil travmatik stresin de yüksek olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.** Ölçekte sorulan ifadeler verilen yanıtlar; 1 (asla), 2 (çok nadir), 3 (ara sıra), 4 (sıklıkla), 5 (çok sık) şeklindedir. İTSÖ verilen cevaplara karşılık gelen puanların toplanması ile değerlendirilir. Ölçeğin **kaçınma, duygusal ihlal ve uyarılma** olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

Alt Boyut 1: Kaçınma

Ölçeğin 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. soruları kaçınma alt boyutunu içermektedir.

Alt Boyut 2: Uyarılma

Ölçeğin 4, 8, 11, 15 ve 16. soruları uyarılma alt boyutunu içermektedir.

Alt Boyut 3: Duygusal İhlal

Ölçeğin 2, 3, 6, 10 ve 13. soruları duygusal ihlal alt boyutunu içermektedir.

Bride ve ark. tarafından (2004) geliştirilen ölçeğin orijinal halinde iç tutarlılık ölçek için $\alpha=0.94$; duygusal ihlal alt boyutu $\alpha=0.83$, kaçınma alt boyutu için $\alpha=0.89$ ve uyarılmışlık alt boyutu için $\alpha=0.85$ olarak bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan İTSÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 17 maddelik ölçek için $\alpha=0.91$ 'dir. Alt ölçeklere bakıldığında ise kaçınma için $\alpha=0.78$, uyarılma için $\alpha=0.82$ ve duygusal ihlal için $\alpha=0.84$ olduğu görülmektedir. Bu çalışmada İTSÖ için güvenirlik katsayısı, 0.89 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri ise; kaçınma için 0.73, uyarılma için 0.84 ve duygusal ihlal için de 0.81 olarak tespit edilmiştir.

3.3.4. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon ölçeği, 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Her maddenin “DOĞRU” ya da “YANLIŞ” seçeneği vardır. Katılımcılardan kendisine uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ancak maddenin içeriği katılımcı için bir şey ifade etmiyorsa yanıtı bırakması gerektiği de belirtilir.

Ölçeğin maddeleri, 1943 yılında yayımlanan ve günümüzde de kullanılmaya devam edilen Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) somatizasyon alt ölçeği maddeleri (2, 3, 10, 14, 18, 23, 29, 36, 44, 47, 51, 55, 62, 68, 72, 103, 108, 125, 153, 160, 161, 163, 175, 189, 190, 191, 192, 230, 243, 263, 330, 481, 544) ile oluşturulmuştur.

Ölçeğin Türkiye geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır. İlköğretim okulunda görev yapan 1073 öğretmenle yapılan bu çalışmaya göre, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.83, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.99, test yarılama güvenirlik katsayısı ise 0.63 olarak tespit edilmiştir. Yaptığımız çalışmada Cronbach alfa değeri, 0.89 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin puanlaması yapılırken; 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, 33 numaralı maddelere “DOĞRU” yanıtı verildiğinde 1 puan, “YANLIŞ” yanıtı verildiğinde ise 0 puan; 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30, 31 numaralı maddelere “YANLIŞ” yanıtı verildiğinde 1 puan, “DOĞRU” yanıtı verildiğinde 0 puan verilir. Yanıtsız bırakılan sorulara da 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 33 puan arasında değişmektedir. **Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, somatizasyon seviyesinin de yüksek olduğunu göstermektedir** (Dülgerler, 2000).

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri, 10 Ekim 2021-10 Ocak 2022 tarihleri arasında Ayvalık Devlet Hastanesi’nde birinci derece veri toplama yöntemlerinden yüz yüze anket yöntemi (öz bildirim dayalı) ile toplanmıştır. Çalışmaya, pandemi sürecinde ilgili hastanede görev yapan ve gönüllü olarak katılım sağlamak isteyen doktor, hemşire ve sağlık teknisyeni/teknikerleri dahil edilmiştir. Çalışmaya katılım sağlamak istemeyen ve bu süreçte karantinada olan ya da izinli/raporlu olan sağlık çalışanları dahil edilmemiştir. Araştırmanın veri toplama süreci, hastanenin ve çalışanların işleyiş ve çalışma düzenlerini aksatmayacak şekilde planlanmış ve uygulanmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Araştırmada tanımlayıcı/ilişkisel araştırma yöntemi kullanıldığından, araştırmanın deneysel kurgu aşaması bulunmamaktadır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Toplanan verilerin analizinde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Veri toplama ölçeklerinin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenirlilik Analizi” yapılmıştır. Verileri değerlendirmede ise sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanılmıştır.

Aykırı ve uç değerlerin varlığı, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel metodların güçleri üzerinde de etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel analizlere başlamadan önce aykırı-uç değerler incelenmiş ve veri setlerinde mevcut olup olmadığı tespit edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılıma sahip olması çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3

arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri ± 3 arasında yer aldığından, veriler normal dağılıma sahip olarak değerlendirilmiş ve araştırmada parametrik testler kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip verilerde, iki bağımsız grubu karşılaştırmak için One Sample T-Testi (bağımsız t testi), 2’den fazla bağımsız grubu karşılaştırmak için ise One Way ANOVA (tek yönlü varyans analizi) uygulanmış ve bulunan farkların hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için de Post Hoc testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkisini test etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi ve oluşturulan model doğrultusunda basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken anlamlılık düzeyini belirlemek için $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırma için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’nun 210077/110 proje no’lu ve 01.06.2021 tarihli onaylı yazılı izni alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın yapılacağı Ayvalık Devlet Hastanesi’ndeki gerekli izinleri almak için Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü’nden E-51829602-604.01.02 sayılı ve 24.08.2021 tarihli bilimsel araştırma izni alınmıştır (Ek 2).

Araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin Türkiye geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapmış kişilerle mail yoluyla iletişim kurularak izinleri alınmıştır (Ek 3.6.). Katılımcılara araştırmacının konusu, amacı, içeriği ve kendilerinden toplanan bilgilerin gizli tutulacağı bilgisi aktarıldıktan sonra bilgilendirilmiş olur formları alınmıştır (Ek 3.1.). Araştırma kapsamına alınacak sağlık personelinin gizlilik haklarının korunması adına, anket formlarında kimlik bilgileri ile ilgili hiçbir maddeye yer verilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Ayvalık Devlet Hastanesi’nde çalışmakta olan doktor, hemşire ve sağlık teknisyeni/teknikerleri üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yalnızca tek bir hastanede yapılması ve tüm sağlık personelinin çalışmaya dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca bu araştırma, pandeminin getirmiş olduğu Covid-19 anksiyetesinin ve buna bağlı ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtilerinin, etkisini incelenmek amacıyla sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır. Bu

yüzden pandeminin getirmiş olduğu fiziksel ve ruhsal sıkıntılardan, yalnızca birkaç tanesine yönelmiş ve bunlar incelenmiştir. Bu durum da, çalışmanın kısıtlı yönlerindendir.



4. BULGULAR

Çalışma, Covid-19 anksiyetesinin sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerine etkisini incelemek amacıyla, Ayvalık Devlet Hastanesindeki 197 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Elde edilen bulgular, aşağıda verilen tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	137	69.5
Erkek	60	30.5
Yaş		
20-25	20	10.2
26-31	26	13.2
32-37	31	15.7
38-43	40	20.3
44 ve üzeri	80	40.6
Eğitim Durumu		
Lise	9	4.6
Önlisans	48	24.3
Lisans ve lisansüstü	140	71.1
Meslek		
Doktor	37	18.8
Hemşire	116	58.9
Sağlık Teknisyeni/Teknikeri	44	22.3
Medeni Durum		
Evli	126	64.0
Bekar	71	36.0
Çocuk Varlığı		
Evet	133	67.5
Hayır	64	32.5
Meslekte Çalışma Süresi		
0-5 yıl	37	18.8
6-11 yıl	27	13.7
12-17 yıl	31	15.7
18 yıl ve üzeri	102	51.8

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Şuan Çalışılan Klinik/Birimde Çalışma Süresi		
0-5 yıl	145	73.6
6-11 yıl	36	18.3
12 yıl ve üzeri	16	8.1
Çalışılan Klinik/Birim		
Servis	34	17.3
Acil Servis	52	26.4
Yoğun Bakım	21	10.7
Gündüzcü Birimler	40	20.3
Diğer	50	25.4
Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yakalanma Durumu		
Evet	62	31.5
Hayır	135	68.5
Covid-19'a Bağlı Kayıp Yaşama Durumu		
Evet	32	16.2
Hayır	165	83.8
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	39	19.8
Hayır	158	80.2
Covid-19'un Kaygı Uyandırma Sebebi:		
Kendime Bulaş Olma Riski		
Evet	83	42.1
Hayır	114	57.9
Aileme ve Yakın Çevreme Bulaştırma Riski		
Evet	174	88.3
Hayır	23	11.7
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	17	8.6
Hayır	180	91.4
Diğer		
Evet	17	8.6
Hayır	180	91.4

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Elde edilen veriler ışığında katılımcıların %69.5'inin kadın, %30.5'inin erkek; %10.2'sinin 20-25, %13.2'sinin 26-31, %15.7'sinin 32-37, %20.3'ünün 38-43 yaş aralığında ve %40.6'sının 44 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Sağlık personellerinin %4.6'sının lise, %24.3'ünün ön lisans ve %71.1'inin lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu; %18.8'inin doktor, %58.9'unun hemşire ve %22.3'ünün sağlık teknisyeni/teknikeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların %64'ünün evli, %36'sının bekar olduğu; %67.5'inin çocuk sahibi olduğu, %32.5'inin ise çocuğunun olmadığı saptanmıştır.

Meslekte çalışma sürelerine göre dağılım incelendiğinde, %18.8'inin 0-5, %13.7'sinin 6-11, %15.7'sinin 12-17 yıl aralığında ve %51.8'inin ise 18 yıl ve daha fazla süre boyunca bu mesleği yaptığı; şu an çalışılan klinik/birimde çalışma süresine göre dağılım incelendiğinde, %73.6'sının 0-5, %18.3'ünün 6-11 yıl aralığında ve %8.1'inin 12 yıl ve daha fazla süredir aynı klinik/birimde çalıştığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin, %17.3'ünün servis (dahiliye servisi, palyatif servisi, pandemi servisi, cerrahi servisi, çocuk servisi ve kadın doğum servisi) %26.4'ünün acil servis, %10.7'sinin yoğun bakım, %20.3'ünün gündüzcü birimler ve %25.4'ünün diğer klinik/birimlerde (ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme merkezi, sterilizasyon ve diyaliz) görev yaptığı görülmektedir.

Katılımcıların %31.5'inin pandemi sürecinde Covid-19'a yakalandığı, %68.5'inin ise yakalanmadığı; %16.2'sinin aile üyeleri ya da yakınlarından Covid-19'a bağlı kayıp yaşadığı, %83.8'inin ise kayıp yaşamadığı; %19.8'inin kronik hastalığı olduğu, %80.2'sinin ise kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların Covid-19'un kaygı uyandırma sebebine göre dağılımları incelendiğinde; %42.1'inin kendisine bulaş olma riski, %88.3'ünün ailesine ve yakın çevresine bulaştırma riski, %8.6'sının kronik hastalığının olması ve %8.6'sının diğer sebeplerle kaygı yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x} \pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet			
Kadın	137	48.33±12.27	t=1.126
Erkek	60	46.77±10.83	p=0.262
Yaş			
20-25	20	46.00±8.16	F=1.123
26-31	26	47.92±10.95	p=0.347
32-37	31	50.94±12.97	
38-43	40	50.13±13.19	
44 ve üzeri	80	46.83±11.72	
Eğitim Durumu			
Lise	9	52.44±10.90	F=1.936
Önlisans	48	50.40 ±11.76	p=0.147
Lisans ve Lisansüstü	140	47.18±11.87	
Meslek			
Doktor	37	46.51±11.33	F=1.414
Hemşire	116	49.39±12.07	p=0.246
Sağlık Teknisyeni/Teknikeri	44	46.50±11.61	
Medeni Durum			
Evli	126	47.45±11.53	t=-1.185
Bekar	71	49.54±12.39	p=0.238
Çocuk Varlığı			
Evet	133	48.41±12.67	t=0.345
Hayır	64	47.78±10.05	p=0.730
Meslekte Çalışma Süresi			
0-5 yıl	37	47.46±8.36	F=0.566
6-11 yıl	27	46.33±13.32	p=0.638
12-17 yıl	31	50.19±12.19	
18 yıl ve üzeri	102	48.36±12.49	
Şu an Çalışılan Klinik/Birimde Çalışma Süresi			
0-5 yıl	145	47.56±11.08	F=0.566
6-11 yıl	36	51.42±14.03	p=0.193
12 yıl ve üzeri	16	46.81±12.49	
Çalışılan Klinik/Birim			
Servis	34	44.74±10.49	F=1.280
Acil Servis	52	50.00±13.15	p=0.279
Yoğun Bakım	21	50.67±10.18	
Gündüzcü Birimler	40	47.68±12.58	
Diğer	50	48.08±11.22	

Tablo 4.2. (Devam) İkincil Travmatik Stres Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x} \pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yakalanma			
Evet	62	48.44±11.77	t=0.186
Hayır	135	48.10±11.94	p=0.853
Covid-19'a Bağlı Kayıp Yaşama Durumu			
Evet	32	50.75±11.46	t=1.330
Hayır	165	47.71±11.91	p=0.185
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	39	47.18±11.60	t=-0.601
Hayır	158	48.46±11.95	p=0.549
Covid-19'un Kaygı Uyandırma Sebebi:			
Kendime Bulaş Olma Riski			
Evet	83	48.95±11.56	t=-0.755
Hayır	114	47.66±12.10	p=0.451
Aileme ve Yakın Çevreme Bulaştırma Riski			
Evet	174	49.09±11.97	t=-2.950
Hayır	23	41.48±8.50	p=0.004*
Kronik Hastalığının Olması			
Evet	17	47.94±13.07	t=0.095
Hayır	180	48.23±11.78	p=0.924
Diğer			
Evet	17	43.41±9.70	t=1.752
Hayır	180	48.66±11.97	p=0.081

*p<0.05.

Çalışmaya katılan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre İTSÖ toplam puanlarının karşılaştırılması, Tablo 4.2.'de verilmiştir. Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinden "aileme ve yakın çevreme bulaştırma riski" seçeneği ile İTSÖ toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır (t=-2.950; p<0.05). Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinden "aileme ve yakın çevreme bulaştırma riski"

durumuna evet cevabını veren katılımcıların puan ortalamasının 49.09 ± 11.97 , hayır cevabını veren katılımcıların puan ortalamasının ise 41.48 ± 8.50 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x} \pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet			
Kadın	137	4.01 ± 4.05	$t=0.463$
Erkek	60	3.60 ± 4.43	$p=0.521$
Yaş			
20-25	20	3.30 ± 3.40	$F=0.560$
26-31	26	3.15 ± 2.69	$p=0.692$
32-37	31	4.52 ± 4.25	
38-43	40	3.70 ± 4.78	
44 ve üzeri	80	4.13 ± 4.38	
Eğitim Durumu			
Lise	9	7.11 ± 6.51	$F=3.048$
Önlisans	48	4.02 ± 4.31	$p=0.050^*$
Lisans ve Lisansüstü	140	3.64 ± 3.86	
Meslek			
Doktor	37	3.00 ± 3.26	$F=1.175$
Hemşire	116	4.20 ± 4.35	$p=0.311$
Sağlık	44	3.82 ± 4.30	
Teknisyeni/Teknikeri			
Medeni Durum			
Evli	126	3.84 ± 4.21	$t=-0.211$
Bekar	71	3.97 ± 4.10	$p=0.833$
Çocuk Varlığı			
Evet	133	4.14 ± 4.55	$t=1.240$
Hayır	64	3.36 ± 3.17	$p=0.216$
Meslekte Çalışma Süresi			
0-5 yıl	37	3.38 ± 3.11	$F=0.293$
6-11 yıl	27	3.78 ± 3.56	$p=0.830$
12-17 yıl	31	3.84 ± 3.94	
18 yıl ve üzeri	102	4.12 ± 4.70	
Şu an Çalışılan Klinik/Birimde Çalışma Süresi			
0-5 yıl	145	3.58 ± 3.94	$F=1.567$
6-11 yıl	36	4.86 ± 4.85	$p=0.211$
12 yıl ve üzeri	16	4.50 ± 4.31	

Tablo 4.3. (Devam) Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x} \pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Çalışılan Klinik/Birim			
Servis	34	2.21±3.10	F=1.196 p=0.109
Acil Servis	52	4.65±4.49	
Yoğun Bakım	21	3.90±3.11	
Gündüzcü Birimler	40	4.13±4.79	
Diğer	50	4.04±4.10	
Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yakalanma			
Evet	62	3.92±4.24	t=0.071 p=0.944
Hayır	135	3.87±4.14	
Aile Üyeleri ya da Yakınlarınızda Covid'e Bağlı Kayıp Yaşama Durumu			
Evet	32	4.41±4.74	t=0.769 p=0.443
Hayır	165	3.79±4.05	
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	39	4.33±4.23	t=0.745 p=0.457
Hayır	158	3.78±4.15	
Covid-19'un Kaygı Uyandırma Sebebi:			
Kendime Bulaş Olma Riski			
Evet	83	3.69±3.83	t=0.580 p=0.563
Hayır	114	4.04±4.89	
Aileme ve Yakın Çevreme Bulaştırma Riski			
Evet	174	3.93±4.09	t=-0.397 p=0.693
Hayır	23	3.57±4.76	
Kronik Hastalığının Olması			
Evet	17	5.29±4.95	t=-1.462 p=0.145
Hayır	180	3.76±4.07	
Diğer			
Evet	17	3.06±4.44	t=0.860 p=0.391
Hayır	180	3.97±4.14	

*p<0.05.

Tanıtıcı özellikler ile KAÖ toplam puanı arasındaki dağılıma bakıldığında; KAÖ toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu

görülmektedir ($F= 3.048$; $p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Post Hoc testlerinden Bonferroni uygulanmıştır. Farkın lise ile lisans ve lisansüstü gruplarından kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu lise olan katılımcıların puan ortalamasının 7.11 ± 6.51 , eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan katılımcıların puan ortalamasının ise 3.64 ± 3.86 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Somatizasyon Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x}\pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Cinsiyet			
Kadın	137	14.03±6.98	t=2.173
Erkek	60	11.67±7.12	p=0.031*
Yaş			
20-25	20	13.10±6.27	F=0.902
26-31	26	13.54±6.65	p=0.464
32-37	31	14.61±6.98	
38-43	40	14.33±7.01	
44 ve üzeri	80	12.28±7.49	
Eğitim Durumu			
Lise	9	15.89±6.70	F=2.835
Önlisans	48	15.02±7.06	p=0.061
Lisans ve	140	12.56±7.03	
Lisansüstü			
Meslek			
Doktor	37	10.62±7.21	F=3.939
Hemşire	116	14.29±6.79	p=0.021*
Sağlık	44	12.98±7.30	
teknisyeni/teknikeri			
Medeni Durum			
Evli	126	13.56±7.22	t=0.648
Bekar	71	12.87±6.88	p=0.518
Çocuk Varlığı			
Evet	133	13.59±7.58	t=0.789
Hayır	64	12.73±5.95	p=0.431
Meslekte Çalışma Süresi			
0-5 yıl	37	13.49±5.65	F=0.111
6-11 yıl	27	13.85±7.03	p=0.954
12-17 yıl	31	13.48±6.79	
18 ve üzeri	102	13.05±7.67	
Şu an Çalışılan Klinik/Birimde Çalışma Süresi			
0-5 yıl	145	13.06±7.02	F=1.442
6-11 yıl	36	14.97±7.12	p=0.239
12 yıl ve üzeri	16	11.81±7.43	

Tablo 4.4. (Devam) Somatizasyon Ölçeği ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (n=197)

Tanıtıcı Özellikler	n	$\bar{x} \pm Ss$	Anlamlılık Düzeyi
Çalışılan Klinik/Birim			
Servis	34	11.94±5.85	F=0.785
Acil Servis	52	13.69±7.03	p=0.536
Yoğun Bakım	21	13.14±7.40	
Gündüzcü Birimler	40	14.68±7.72	
Diğer	50	12.82±7.31	
Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yakalanma			
Evet	62	14.55±7.54	t=1.670
Hayır	135	12.74±6.83	p=0.907
Aile Üyeleri ya da Yakınlarınızdan Covid'e Bağlı Kayıp Yaşama Durumu			
Evet	32	16.13±7.72	t=2.487
Hayır	165	12.76±6.85	p=0.014*
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	39	15.67±7.74	t=2.345
Hayır	158	12.73±6.82	p=0.020*
Covid-19'un Kaygı Uyandırma Sebebi:			
Kendime Bulaş Olma Riski			
Evet	83	13.52±7.35	t=-0.351
Hayır	114	13.16±6.93	p=0.726
Aileme ve Yakın Çevreme Bulaştırma Riski			
Evet	174	13.54±7.16	t=-1.258
Hayır	23	11.57±6.44	p=0.210
Kronik Hastalığının Olması			
Evet	17	17.94±8.06	t=-2.870
Hayır	180	12.87±6.86	p=0.005*
Diğer			
Evet	17	11.35±6.05	t=1.192
Hayır	180	13.49±7.17	p=0.235

*p<0.05.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre Somatizasyon Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur. Somatizasyon Ölçeği toplam puanı ile cinsiyet değişkeni arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=2.173$; $p=0.031$). Kadın katılımcıların puan ortalamasının 14.03 ± 6.98 , erkek katılımcıların puan ortalamasının ise 11.67 ± 7.12 olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre Somatizasyon Ölçeği toplam puanı arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=3.939$; $p=0.021$). Fark oluşturan grubun tespiti için Bonferroni testi uygulanmıştır. Bu farkın doktor ve hemşire meslek gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Mesleği hemşire olan katılımcıların puan ortalamasının 14.29 ± 6.79 , mesleği doktor olan katılımcıların puan ortalamasının ise 10.62 ± 7.21 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Somatizasyon Ölçeği toplam puanı, kronik hastalık varlığı ($t=2.345$; $p=0.020$) ve Covid-19'a bağlı kayıp yaşama durumuna göre ($t=2.487$; $p=0.014$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Kronik hastalığı olan katılımcıların puan ortalamasının 15.67 ± 7.74 , kronik hastalığı olmayan katılımcıların puan ortalamasının ise 12.73 ± 6.82 olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde Covid-19'a bağlı kayıp yaşayan bireylerin puan ortalamasının 16.13 ± 7.72 , kayıp yaşamayan katılımcıların puan ortalamasının ise 12.76 ± 6.85 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Somatizasyon Ölçeği toplam puanı ile Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinden "kronik hastalığının olması" seçeneği arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-2.870$; $p=0.005$). Covid-19'un kaygı uyandırma sebebi olarak "kronik hastalığının olması" seçeneğine evet cevabını veren sağlık çalışanlarının puan ortalamasının 17.94 ± 8.06 , hayır cevabını veren katılımcıların puan ortalamasının ise 12.87 ± 6.86 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Arasındaki İlişki (n=197)

	KAÖ Toplam	İTSÖ Toplam	Somatizasyon Toplam
KAÖ Toplam			
Pearson Korelasyonu	1	.587**	.520**
Sig.		.000	.000
İTSÖ Toplam			
Pearson Korelasyonu	.587**	1	.580**
Sig.	.000		.000
Somatizasyon Toplam			
Pearson Korelasyon	.520**	.580**	1
Sig.	.000	.000	

**p<0.01.

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. KAÖ ile İTSÖ toplam puanları arasında ($r=0,587$, $p<0.01$), KAÖ ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanları arasında ($r=0,520$, $p<0.01$) ve İTSÖ ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanları arasındaki ($r=0,580$, $p<0.01$) ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır

Tablo 4.6. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=197)

	İTSÖ Toplam	Kaçınma Toplam	Duygusal İhlal Toplam	Uyarılma Toplam
İTSÖ Toplam				
Pearson Korelasyon	1	.912**	.767**	.918**
Sig.		.000	.000	.000
Kaçınma Toplam				
Pearson Korelasyon	.912**	1	.522**	.794**
Sig.	.000		.000	.000
Duygusal İhlal Toplam				
Pearson Korelasyon	.767**	.522**	1	.566**
Sig.	.000	.000		.000
Uyarılma Toplam				
Pearson Korelasyon	.918**	.794**	.566**	1
Sig.	.000	.000	.000	

**p<0.01.

İTSÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.6.'da verilmiştir. Buna göre, İTSÖ ile kaçınma alt boyutu toplam puanları arasında ($r=0,912$, $p<0.01$), İTSÖ ile duygusal ihlal alt boyutu toplam puanları arasında ($r=0,767$, $p<0.01$) ve İTSÖ ile uyarılma alt boyutu toplam puanları arasındaki ($r=0,918$, $p<0.01$) ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde, kaçınma ile duygusal ihlal alt boyutları toplam puanları arasında ($r=0,522$, $p<0.01$), kaçınma ile uyarılma alt boyutları toplam puanları arasında ($r=0,794$, $p<0.01$) ve duygusal ihlal ile uyarılma alt boyutları arasındaki ($r=0,566$, $p<0.01$) ilişkilerin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Koronavirüs Anksiyetesinin İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi (n=197)

Bağımlı Değişken: İkincil Travmatik Stres							
Bağımsız Değişken	β	SH	Beta	t	p	F	R^2
Model-1							
Sabit	41.695	0.940	-	44.346	0.000*	102.447	0.344
Koronavirüs Anksiyetesi	1.674	0.165	0.587	10.112	0.000*		
Bağımlı Değişken: Somatizasyon							
Bağımsız Değişken	β	SH	Beta	t	p	F	R^2
Model-2							
Sabit	9.863	0.593	-	16.636	0.000*	72.280	0.270
Koronavirüs Anksiyetesi	0.886	0.104	0.520	8.502	0.000*		

* $p<0.05$.

Çalışmanın hipotezlerini test etmek için regresyon analizinin varsayımları kontrol edilmiş ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Koronavirüs anksiyetesinin ikincil travmatik stres üzerindeki yordayıcılığını test etmek amacıyla, basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre; F değerine karşılık gelen, anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=102.447$; $p<0.05$). Bağımsız değişkenlere ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; Koronavirüs anksiyetesinin ikincil travmatik stres üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=10.122$, $p<0.05$). Koronavirüs anksiyetesindeki 1 birimlik artış, ikincil travmatik stres üzerinde 1.674'lük artışa sebep olmaktadır ($\beta=1.674$). Modelin gücü olarak ifade edilen

R^2 değeri 0.344 olarak hesaplanmıştır. Bu değer Koronavirüs anksiyetesinin %34.4'ünün, ikincil travmatik stres tarafından açıklanabileceğini ifade etmektedir.

Koronavirüs anksiyetesi ile somatizasyon arasındaki ilişkinin yordayıcı etkisini araştırmak üzere basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=72.280$; $p<0.05$). Bağımsız değişkenlere ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; Koronavirüs anksiyetesinin, somatizasyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=8.502$, $p<0.05$). Covid-19 anksiyetesindeki 1 birimlik artış, somatizasyon üzerinde 0.886'lık artışa sebep olmaktadır ($\beta=0.886$). Bu değer Koronavirüs anksiyetesinin %27'sinin, somatizasyon tarafından açıklanabileceğini ifade etmektedir.

Tablo 4.8. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Puan Dağılımı (n=197)

Ölçekler	Minimum	Maksimum	%	$\bar{x} \pm Ss$
KAÖ	0.00	20.00	Hafif-Orta: %85.79 Yüksek: %14.21	3.89±4.16
İTSÖ	17.00	82.00	-	48.20±11.86
Somatizasyon Ölçeği	0.00	32.00	-	13.31±7.09

Tablo 4.8'de yer alan verilere göre; KAÖ puan ortalaması 3.89±4.16, İTSÖ puan ortalaması 48.20±11.86 ve Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması ise 13.31±7.09 olarak saptanmıştır. Tabloda yer alan verilere göre anksiyete düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %85.79'unda ($\bar{x}=2.37$) hafif ve orta düzey anksiyete, %14.21'inde ($\bar{x}=10.18$) ise yüksek düzey anksiyete olduğu tespit edilmiştir. İTSÖ ve Somatizasyon Ölçeği'nin puanlama sistemi; alınan toplam puanlar ile ölçülen değişkenin doğru orantılı yükselmesi şeklinde olduğu için tablonun yüzdelik sütununda bu değerlere yer verilmemiştir.

Tablo 4.9. İkincil Travmatik Stres Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=197)

Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	$\bar{x} \pm Ss$
Kaçınma	7.00	34.00	20.49 $\pm$ 5.12
Duygusal İhlal	5.00	23.00	12.86 $\pm$ 3.78
Uyarılma	5.00	25.00	15.36 $\pm$ 4.68

İTSÖ alt boyutlarının puan dağılımı Tablo 4.9’da sunulmuştur. Buna göre; Kaçınma alt boyutu puan ortalaması 20.49 $\pm$ 5.12, Duygusal İhlal alt boyutu puan ortalaması 12.86 $\pm$ 3.78 ve Uyarılma alt boyutu puan ortalaması ise 15.36 $\pm$ 4.68 olarak tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Küresel bir kriz haline dönüşen Covid-19 pandemisi tüm insanlığı etkisi altına almıştır. Bu sürecin olumsuz etkilerini en çok hisseden gruplardan biri ise sağlık çalışanları olmuştur. Bu büyük çaplı küresel salgın döneminde sağlık sisteminde meydana gelen değişiklikler, iş yükünün artması, malzeme ve kişisel koruyucu ekipman yetersizliği, enfekte olma korkusu ve damgalanma sağlık çalışanlarının bu süreçte yaşadığı sıkıntılar olarak karşımıza çıkmaktadır. Pandeminin getirdiği tüm bu olumsuzluklar karşısında sağlık çalışanlarında hem fiziksel hem de ruhsal anlamda etkilenmeler meydana gelmiştir. Bu çalışma Covid-19 anksiyetesinin sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerine etkisini incelemek amacıyla gönüllü olarak katılım sağlayan 197 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda KAÖ puan ortalaması 3.89 ± 4.16 olarak bulunmuştur. KAÖ'ye verilen cevaplara göre, 9 ve üzerinde puan alanların anksiyete seviyeleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, katılımcıların %85.79'unda ($n=169$) hafif ve orta düzey anksiyete, %14.21'inde ($n=28$) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Mendes ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışmada, KAÖ puan ortalaması 1.13 ± 2.42 olarak tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların %97.3'ünde ($n=327$) hafif ve orta düzey, %2.7'sinde ($n=9$) ise yüksek düzey anksiyete saptanmıştır. Literatürde yapılmış bazı çalışmalarda, KAÖ puan ortalaması çalışmamıza benzer bulunmuştur (Altun, 2020; Bülez vd., 2022). Yapmış olduğumuz çalışmada, KAÖ toplam puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Fark yaratan grubu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre fark yaratan grubun lise ile lisans ve lisansüstü gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim durumu lise olan katılımcıların puan ortalamasının (7.11 ± 6.51), eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan (3.64 ± 3.86) katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte araştırma ve konuyla ilgili bilgi sahibi olup bilinç geliştirme düzeyinin artmasıyla açıklanabilir. Kaya ve Kaplan'ın (2020) hemşirelik öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada, eğitim süresinin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseldiği ve böylece Covid-19'a ilişkin kaygı düzeylerinin düştüğü belirtilmiştir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise,

Covid-19 ile ilgili bilgi düzeyleri yüksek olan bireylerin Sağlık Anksiyetesi ve Beck Depresyon ölçek puanlarının daha düşük olduğu, Covid-19 hakkında daha fazla bilgiye sahip olan kişilerin, hastalığın nasıl bulaştığı konusunda daha fazla bilgi edindikleri, kendilerini korumada daha farkındalıkla hareket edebilecekleri ve gereksiz endişelere karşı daha savunmacı olabilecekleri ifade edilmiştir (Yildirim vd., 2020). Literatürdeki bu araştırmalar yapmış olduğumuz çalışma ile uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda İTSÖ puan ortalamasının, 48.20 ± 11.86 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 17, maksimum puan ise 85'tir. Alınan puanın yüksek olması, ikincil travmatik stresin de yüksek olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek değerlendirmesine göre çalışmadan elde ettiğimiz puan ortalaması baz alındığında, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının orta düzeyde ikincil travmatik strese sahip olduğu söylenebilir. Öztürk (2019) tarafından yapılan çalışmada, İTSÖ puan ortalaması çalışmamıza benzer şekilde bulunmuş ve 44.07 ± 10.55 olarak saptanmıştır. Literatürde çalışmamızdaki İTSÖ puan ortalamasına (48.20 ± 11.86) benzer başka çalışmalar da yer almaktadır (Kahil, 2016; Yörük vd., 2022). Yapmış olduğumuz çalışmanın bir başka bulgusu ise İTSÖ toplam puanı ile Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinden "aileme ve yakın çevreme bulaştırma riski" seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın saptanmasıdır. "Evet" cevabını veren katılımcıların puan ortalamaları (49.09 ± 11.97), "hayır" cevabını veren (41.48 ± 8.50) katılımcılara göre yüksektir. Literatürde sağlık çalışanlarının aileleri için endişe duydukları, virüsü ailesine bulaştırma korkusu yaşadıklarına dair çalışmalar mevcuttur (Karadem, 2020; Santarone vd., 2020). Chen ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının, hastalığı eve getirip sevdiklerine ve aile bireylerine (yaşlı ebeveynler, yeni doğanlar, ek hastalığı olan ya da bağışıklığı düşük akrabalarına) aktarmaktan korktuklarına vurgu yapılmıştır. Karadem (2020)'in sağlık çalışanları ile yapmış olduğu başka bir çalışmada ise, evinde ailesiyle yaşayan sağlık personelinin, Covid-19 korkusu ve pandemiye bağlı stres puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Polat (2022)'in pandemi döneminde 261 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmada, ailesiyle yaşayan sağlık çalışanlarının, yalnız yaşayanlara göre ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Covid-19 pandemi sürecinde İspanyol sağlık çalışanları üzerinde yapılmış başka bir çalışmada da, travma sonrası stres belirtileri ile birlikte yaşanan kişilerin enfekte olacağından endişe duyma arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Luceño-Moreno vd., 2020). Literatürde hastalığı aileye bulaştırma

korkusunun ikincil travmatik stresi yordadığı, aile üyeleri ile birlikte yaşamının ikincil travmatik stres açısından risk faktörü olduğuna yönelik çalışmalar da mevcuttur (Arpacıoğlu vd., 2020; Yörük vd., 2022;).

Çalışmamızın diğer bir ölçeği olan Somatizasyon Ölçeği'nin puan ortalamasının ise 13.31 ± 7.09 olduğu saptanmıştır. Somatizasyon Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan 0 ile 33 arasında değişmektedir ve alınan puanın yüksek olması somatizasyon seviyesinin de yüksek olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirmeye göre, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının puan ortalamasına bakılarak, orta düzeyde somatizasyon seviyesine sahip oldukları şeklinde yorum yapılabilir. Polat Kara (2022) tarafından yapılan çalışmada; Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması, 13.41 ± 5.34 olarak bulunmuş ve toplam puanın ölçeğin ortalama puanının altında olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yapmış olduğumuz çalışmada, somatizasyon ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Kadın katılımcıların somatizasyon düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kadın olmanın somatizasyon açısından risk faktörü olarak değerlendirilmesi, elde edilen bulguyu desteklemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2004). Kadınların, erkeklere oranla daha fazla semptom göstermesine ek olarak daha şiddetli semptomlara sahip oldukları bunun nedeninin ise biyolojik farkın yanı sıra sosyal roller ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Barsky vd., 2001). Bu durumu toplumsal ve kültürel açıdan irdelemek gerekirse; toplum tarafından kadınlara atfedilmiş cinsiyet rolleri ve üstlenmiş oldukları sorumluluklar karşısında, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edemeyip, içsel çatışma ve sorunlarını bedene atfederek kendilerini ifade etme olanağı buldukları şeklinde yorumlanabilir. İlgili literatür incelenerek somatizasyon ve cinsiyet değişkeni arasında elde edilmiş bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Baylan (2019)'ın 20-49 yaş grubu 361 katılımcı ile çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ve aleksitimi ile ilişkisini inceleyen çalışmasında, kadın katılımcıların somatizasyon düzeyi erkek katılımcılara oranla daha yüksek bulunmuştur. Sağduyu (1995)'nin yapmış olduğu çalışmada da somatik belirtilerin kadın katılımcılar lehine yüksek olduğu ortaya konmuştur. Özgür ve arkadaşları (2011) tarafından hastanede çalışan 360 hemşire ile yapılmış başka bir çalışmada, kadın hemşirelerde somatik bulguların daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bayrak (2022) tarafından pandemi döneminde çalışan bireyler üzerinde yapılmış çalışmada ise yine aynı şekilde kadın katılımcıların

somatizasyon puanlarının erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelenerek elde edilen bu sonuçlar çalışmamızla örtüşmektedir.

Somatizasyon ile kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olması, çalışmamızdan elde edilen başka bir bulgudur. Yapmış olduğumuz çalışmada, kronik hastalığı olan katılımcıların somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda, Covid-19'un kaygı uyandırma sebeplerinden "kronik hastalığının olması" seçeneği ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. "Kronik hastalığının olması" seçeneğine evet cevabı veren katılımcıların somatizasyon düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgulardan yola çıkılarak, kronik hastalığa sahip olan bireylerde hastalığın, ağır seyrettiği yönündeki görüşlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve yavaş ilerleme gösteren, ömür boyu insan hayatında yer edinen olgulardır. Bu hastalıklar zaman zaman regüle edilebilse de yineleme olasılıkları yüksektir. Bireyin uyum kapasitesini etkileyen başlıca stresörlerden olan bu hastalıklar, beraberinde getirdiği birçok olumsuzluk (hastane ve tedavi masrafları, beden imajında ve yaşam biçiminde bozulma, rollerini yerine getirememesi vb.) ile kişinin hayatında stres kaynağı olarak yer edinebilmektedir. Bu yüzden kronik hastalıkların yönetiminde yalnızca fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimi de önem arz etmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Pandemi sürecinin başlamasıyla birlikte; hastalık etkeninin net olarak bilinmemesi ve risk altında olan gruplarda (kronik hastalığı olanlar, ileri yaşta kişiler ve çocuklar) hastalığın daha ağır şekilde seyrettiği yönündeki görüşler, panik ve kargaşa ortamını tetiklemiştir. Çalışmadan elde edilmiş bu bulgular, risk altındaki grupların, pandemi sürecinde kendilerini hastalık karşısında savunmasız bir konumda bulmaları ve bu sürece eklenen psikolojik problemler ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde kronik hastalığa sahip olan bireylerde yüksek düzeyde somatizasyon görüldüğü yönünde çalışmalar mevcuttur (Eray vd., 2015; Norton vd., 1999). Özenli ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığı olan katılımcılar ile somatizasyon bozukluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Karayağız (2021)'ın yapmış olduğu başka bir çalışmada ise, kronik hastalık varlığı ile somatizasyon ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmekle birlikte, çalışmada Osteoartrit ve Hiperlipidemi hastalığına sahip olan katılımcıların somatizasyon seviyelerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Hao ve

arkadaşları tarafından (2021) Covid-19 salgın döneminde sağlık çalışanlarındaki ruhsal sorunların incelendiği meta-analiz çalışmasında, sağlık durumu kötü olan ya da organik hastalık komorbiditesi olan sağlık personelinde somatizasyon düzeyinin sağlıklı katılımcılara oranla yüksek olduğu vurgulanmıştır. Louvardi ve arkadaşları (2020) tarafından pandemi sürecinde yapılmış başka bir çalışmada da, kronik hastalığı olan katılımcıların somatizasyon ve sıkıntı puanları, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Çin’de pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve psikososyal problemlerini incelemek üzere yapılan çalışmada ise, elde ettiğimiz bulgular ile örtüşen sonuçlar mevcuttur. Çalışma sonucuna göre, somatizasyon açısından iki risk faktörü belirlenmiş ve bu riskler ise şu şekildedir; kırsal kesimde yaşamak ve kronik hastalığa sahip olmak. Bahsedilen çalışmaya göre, kronik hastalığa sahip olan sağlık çalışanlarının somatizasyon düzeyi, anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (Zhang vd., 2020).

Çalışmamızda meslek değişkeni ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fark yaratan grubu tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Hemşirelerin somatizasyon düzeyinin doktorlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkelerin sağlık sistemlerinin çökme noktasına geldiği pandemi döneminde, enfekte vakaların artmasıyla birlikte sağlık çalışanlarına olan ihtiyaç ve hastane bakımının ön planı çıkması söz konusu olmuştur. Artan vaka sayılarıyla birlikte kritik bir hal alan salgın sürecinde hastane ve özellikle yoğun bakım ihtiyacı, hemşirelik mesleğinin temeli olan ‘bakım’ kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur (Çevirme ve Kurt, 2020). Pandemi döneminde enfekte vakalarla en uzun süre temas halinde olan ve bakımdan tedaviye kadar tüm aşamalarda hastaların yanında bulunan meslek grubu olan hemşireler, tüm sağlık çalışanları ve toplum gibi bu dönemden hem fiziksel hem de psikososyal açıdan etkilenmişlerdir. Elde edilen bulgu, pandemi sürecindeki ruhsal sıkıntıların ifade edilemeyip, bu sıkıntıların bedene atfedilerek kendilerini ifade etme olanağı buldukları yönünde yorumlanabilir. Bolat (2010) tarafından 218 sağlık personeli ile yapılan çalışmada, meslek değişkeni ile somatizasyon arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizle (Tukey HSD) bu farkın hemşirelerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) Erzincan Devlet Hastanesi’nde 130 hemşire ile gerçekleştirdiği “Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi” adlı çalışmada, ruhsal belirti alt boyutlarından somatizasyon alt boyutu puan ortalaması diğer alt boyutlara nispeten daha yüksek olarak

bulunmuştur. Kunz ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan, Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerinde etkisinin incelendiği çalışmada, somatizasyon belirtileri bakımından hemşireler, doktorlara göre daha yüksek puan almışlardır. Conti ve arkadaşlarının (2020), 933 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu ve Covid-19 salgınının İtalya'daki sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisini incelediği başka bir çalışmada da aynı şekilde hemşirelerin somatizasyon düzeyi, diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınların somatizasyon düzeyi erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Hemşirelik mesleğinde ve çalışmamızda kadınların çoğunlukta olması ve hemşire olan katılımcıların somatizasyon düzeyinin diğer meslek gruplarına göre yüksek olarak tespit edilmesi, çalışmamızda birbirini destekler nitelikte olan bulgulardır.

Somatizasyon Ölçeği ile Covid-19'a bağlı kayıp yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Covid-19'a bağlı kayıp yaşayan katılımcıların somatizasyon puan ortalamasının (16.13 ± 7.72), kayıp yaşamayan katılımcılara (12.76 ± 6.85) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aile üyeleri ya da sevilen birinin kaybı, kişi için travma yaratan bir durumdur. Kayıp ve yas ruh sağlığı açısından risk oluşturan etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Pandemi sürecinde hastalık etkeni nedeniyle yaşamını kaybeden bireylerin yakınları, kaybedilen kişiye veda edememe ya da ölen yakınlarına uygun şekilde cenaze töreni düzenleyememe gibi problemlerle karşı karşıya kalmışlardır. Tüm bu olumsuz etmenler, kayıp yaşayan kişinin yas sürecinin karmaşık bir hal almasına ve buna bir takım ruhsal problemlerin eklenmesine neden olabilmektedir. Joaquim ve arkadaşlarının (2021) Covid-19 pandemi döneminde Brezilya'da yapmış olduğu kohort çalışmasında, SARS-CoV-2 nedeniyle yakınıni kaybeden katılımcıların yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, kişilerarası duyarlılık, fobik kaygı, somatizasyon ve içselleştirme semptomları gösterdiklerini tespit etmişlerdir.

Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki, Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. KAÖ ile İTSÖ toplam puanları arasında ($r=0,587$, $p<0.01$) ve KAÖ ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanları arasında ($r=0,520$, $p<0.01$), istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda Koronavirüs anksiyetesinin arttığı durumlarda, ikincil travmatik stresin ve somatizasyonun da arttığı bulunmuştur. Genel popülasyonda anksiyete bozukluklarının somatik semptomlarla

örtüştüğüne dair çalışmalar mevcuttur (Kohlmann vd., 2016). Huang ve arkadaşları (2020) tarafından Çin’de pandemi sürecinde yapılmış olan çalışmada, kaygı yaşayan katılımcıların yüksek oranda (%19.38) somatik semptomlar gösterdiği saptanmış ve kaygı ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Literatürde somatizasyon ve anksiyetenin ilişkili olduğuna yönelik başka çalışmalar da mevcuttur (Bekhuis vd., 2015; De Wall vd., 2004; Henningsen vd., 2003). Arpacıoğlu ve arkadaşlarının (2020), Covid-19’a maruz kalan sağlık çalışanlarındaki ikincil travmatik stresi incelediği çalışmada, Covid-19 ile ilgili kaygının ikincil travmatik stres için bağımsız risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaptığımız çalışmada İTSÖ ile Somatizasyon Ölçeği arasında da ($r=0,580$, $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre ikincil travmatik stresin arttığı durumlarda somatizasyon da artış göstermektedir. Kianpoor ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada, TSSB belirtileri olan katılımcıların eşlerinde, ikincil travmatik stres ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise TSSB, disosiyasyon, somatizasyon ve duygulanım düzensizliğinin birbiriyle yüksek oranda ilişkili olduğu bulunmuştur (Van der Kolk vd., 1996).

Son olarak Koronavirüs anksiyetesinin, ikincil travmatik stres ve somatizasyon üzerindeki etkisini yordamak üzere, basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Koronavirüs anksiyetesinin hem ikincil travmatik stres hem de somatizasyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür. Buna göre, Koronavirüs anksiyetesindeki 1 birimlik artış, ikincil travmatik stres üzerinde 1.674’lük artışa, somatizasyon üzerinde ise 0.886’lık bir artışa sebep olmaktadır. Koronavirüs anksiyetesinin, %34.4’ünün ikincil travmatik stres ve %27’sinin ise somatizasyon tarafından açıklanabileceği tespit edilmiştir. Safari Shirazi (2022) ve arkadaşlarının İran’da hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, Covid-19 ile ilgili endişe düzeylerinin, hemşirelerin mesleki stres ve ikincil travmatik stresleri üzerinde aracılık ettiğini ortaya koymuşlardır. Bu dolaylı etkinin, hemşirelerin ikincil travmatik streslerindeki varyansın %68’ini açıkladığını tespit etmişlerdir. Elklit ve Christiansen (2009) tarafından yapılmış çalışmada uygulanan regresyon modelinde, kaygı ve yetersiz hissetmenin somatizasyon üzerinde önemli bir katkı sağladığı ve somatizasyondaki varyansın %33’ünü açıkladığı belirtilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1- Çalışmaya katılan katılımcıların %69.5'inin (n=137) kadın, %30.5'inin (n=60) erkek, %40.6'sının (n=80) 44 ve üzeri yaş grubunda olduğu; %71.1 oranında (n=140) lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip oldukları, %64'ünün (n=126) evli ve %67.5'inin (n=133) çocuk sahibi olduğu,

2- Katılımcıların mesleki özelliklerine bakıldığında; %58.9'unun (n=116) hemşire, %26.4'ünün (n=52) acil serviste, %25.4'ünün (n=50) diğer birimlerde (ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme merkezi, sterilizasyon ve diyaliz) çalıştığı, %51.8'inin (n=102) ise 18 yıl ve üzerinde tecrübeye sahip olduğu,

3- Eğitim düzeylerine göre Koronavirüs anksiyetesi incelendiğinde; lise eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer katılımcılara göre Koronavirüs anksiyetesi puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

4- Covid-19'u aile ve yakın çevresine bulaştırmak ile ilgili kaygı yaşayan katılımcıların, ikincil travmatik stres puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

5- Çalışmamızda kadın katılımcılardaki somatizasyon düzeyinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu,

6- Meslek değişkeni ile somatizasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ve hemşirelerdeki somatizasyon düzeyinin, doktorlara göre yüksek olduğu belirlendi.

7- Kronik hastalığı olan ve Covid-19'a bağlı kayıp yaşayan katılımcıların, somatizasyon puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

8- KAÖ toplam puanı ile İTSÖ ve Somatizasyon Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. İTSÖ toplam puanı ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin de pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edildi.

9- İTSÖ ile alt boyutları arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu,

10- Koronavirüs anksiyetesinin, ikincil travmatik stres ve somatizasyon üzerindeki etkisini yordamak üzere kurulan basit doğrusal regresyon modeline göre;

koronavirüs anksiyetesinin hem ikincil travmatik stres hem de somatizasyon üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı etkisinin olduğu tespit edildi.

6.2. Öneriler

Covid-19 pandemisi; öngörülemeyen ve yüksek düzeydeki enfeksiyöz doğası, sosyal mesafe ve izolasyon gerektirmesi, yüksek morbidite ve mortalite oranları ile bireylerin baş etme mekanizmalarını etkisiz hale getirmiş, hem toplum hem de sağlık çalışanları açısından olumsuz sonuçlar doğurmuştur. İlerleyen süreçte gerek aşılamanın başlaması gerekse normalleşme sürecine geçiş yapılmasının etkisiyle, salgının akut dönemindeki fiziksel ve psikososyal sıkıntılarda da azalma meydana gelmiştir. Fakat pandemi tam anlamıyla son bulmuş değildir.

Bu süreçte enfeksiyon riski ile karşı karşıya olan sağlık çalışanları için koruyucu önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Pandemi konusunda kapsamlı eğitimlerin düzenlenmesi, kişisel koruyucu donanımın sağlanması ve kullanılması konusunda düzenlenecek eğitimler, psikososyal açıdan korunmaları için destek hizmetlerinin sağlanması bu önlemlerden bazılarıdır. Covid-19 pandemisi bugüne kadar yaşanmış tek pandemi olmadığı gibi ne yazık ki son pandemide değildir. İnsanlık var olduğu sürece, salgın hastalık ve pandemilerle karşılaşılması muhtemeldir. Bu sebeple pandemi süreci ve risk altındaki sağlık çalışanları ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılması ve literatüre kazandırılması oldukça önemlidir.

Çalışmamız pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadığı psikolojik sıkıntıları irdelemek ve literatüre kaynak kazandırmak açısından önem arz etmektedir. Fakat tek merkezli olarak yürütülmüş ve sağlık çalışanlarının yaşadığı ruhsal sorunların yalnızca birkaç tanesine eğilebilmiştir. Bu yüzden ruhsal sorunların kapsamlı olarak irdelendiği çalışmaların yürütülmesi, bu çalışmaların çok merkezli ve geniş örneklem gruplarında yapılması ve çalışma sonuçlarının araştırmanın yapıldığı kurum/kurumlar ile paylaşılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Afacan E, Avcı N (2020). Koronavirüs (Covid-19) örneği üzerinden salgın hastalıklara sosyolojik bir bakış. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5): 1. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1128143>
- Akdere M (2018). Bizans Tarihi Kaynaklarına Göre VI. –X. Yüzyıllarda İstanbul’da Görülen Veba Salgınları. *Tarih Okulu Dergisi*, 11(XXXV); 314-343. DOI.org/10.14225/Joh1346
- Altan B (2020). *Ruh Sağlığı Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres İle Uyum Bozucu Şemalar, Çocukluk Çağı Travmaları Ve Mesleki Ve Sosyodemografik Değişkenlerin İlişkileri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Altun Y (2020). Covid-19 Pandemisinde Kaygı Durumu ve Hijyen Davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(5): 312-317. DOI: 10.17942/sted.777035
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, DSM-III. Washington, DC (3.edition).
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV- TR), Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (Çev. E Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR). American Psychiatric Association, Washington DC.
- Arpacioglu S, Gurler M, Cakiroglu S (2020). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1): 89. DOI.org/10.1177/0020764020940742
- Artan T, Atak I, Karaman M, Cebeci F (2020). Koronavirüs (COVID-19) Salgınında Sosyodemografik Özellikler, Psikolojik Sağlamlık Ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Turkish Studies*, 15(6): 79-94. DOI.org/10.7827/TurkishStudies.43882
- Aslan R (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65): 35-41.
- Aşkın R, Bozkurt Y ve Zeybek Z (2019). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri Ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal*

Bilimler Özel Sayısı, 37 (Özel Ek): 304-318. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1166182>

- Ataç Ö, Sezerol MA, Taşçı Y, Hayran O (2020). COVID-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Belirtileri Ve Uykusuzluk. *Turkish Journal of Public Health*, 18(Özel Sayı): 47-57. DOI: 10.20518/tjph.767187
- Ataç Ö, Uçar A, Taşdemir M (2020). COVID-19 nedir; Epidemiyoloji, kaynak ve bulaş yolları, risk grupları nelerdir? Yiğit Ö (editör). Kulak Burun Boğaz ve COVID-19. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s.1-8.
- Avcı S, Yağcı İ (2021). Covid-19 Pandemisi Döneminde Acil Servis Çalışanlarının Psikolojik Durumları. *Bozok Tıp Dergisi*, 11(1):49-55. DOI: 10.16919/bozoktip.778738
- Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş (2013).Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4): 441-459. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/25299>
- Balcı Y, Çetin G (2019). COVID-19 Pandemi Sürecinin Türkiye’de İstihdama Etkileri ve Kamu Açısından Alınması Gereken Tedbirler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, 37 Bahar (Özel Ek): 40-58.
- Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L(2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224): e37-e38. DOI.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3
- Barsky, AJ, Peekna HM, Borus JF (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4): 266-275. DOI:10.1046/j.1525-1497.2001.016004266.x
- Batirel A (2020). SARS-CoV-2: Transmission and Prevention. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 31(1):1-7. DOI: 10.14744/scie.2020.00378
- Baylan N (2019). *Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü* (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Bayrak E (2022). *Covid 19 Pandemi Sürecinde Çalışan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Somatizasyon Düzeyleri İle İlişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gelişim Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Bchetnia M, Girard C, Duchaine C, Laprise C(2020). The outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A review of the current global status. *Journal of Infection and Public Health*, 13(11): 1601-1610. DOI: 10.1016/j.jiph.2020.07.011.

- Bekaroğlu E, Yılmaz T (2020). COVID-19 ve psikolojik etkileri: Klinik psikoloji perspektifinden bir derleme. *Nesne Dergisi*, 8(18): 573-584. DOI: 10.7816/nesne-08-18-14
- Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA (2015). Differential Associations of Specific Depressive and Anxiety Disorders With Somatic Symptoms. *Journal Of Psychosomatic Research*, 78(2): 116-122. DOI.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.007
- Biçer İ, Çakmak C, Demir H, Kurt ME (2020). Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkiye Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(Ek 1): 216-225. DOI: 10.21673/anadoluklin.731092
- Bolat T (2010). *Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bride BR, Margaret M, Yegidis B, Figley CR (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14:27-35. DOI.org/10.1177%2F1049731503254106
- Bulca Karadem F (2020). *Sağlık Çalışanlarında COVID Korkusunu Belirleyen Psikiyatrik Değişkenlerin İncelenmesi* (Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta. Türkiye.
- Bulut C, Kato Y (2020). Epidemiology of COVID-19. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 50: 563–570. DOI.org/10.3906/sag-2004-172
- Bülez A, Özel İ, Gül K (2022). Hastane Çalışanlarında Koronavirüs Anksiyetesinin İş-Aile Çatışmasına Etkisi. *Karya Journal of Health Science*, 3(2): 44-49. DOI:10.52831/kjhs.1027487
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 395(10223), 507–513. DOI.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J, Zhang Z (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4): e15–e16. DOI.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, Yeo LLL, Ahmad A, Ahmed Khan F, Napoleon Shanmugam, G, Sharma AK, Komalkumar RN, Meenakshi PV, Shah K, Patel B, Chan BPL, Sunny S, Chandra B, Ong JJY, Paliwal PR, ... Sharma VK (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, And Immunity*, 88: 559–565. DOI.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049

- Chowell G, Abdirizak F, Lee S, Lee J, Jung E, Nishiura H, Viboud C (2015). Transmission characteristics of MERS and SARS in the healthcare setting: a comparative study. *BMC Medicine*, 13: 210. DOI.org/10.1186/s12916-015-0450-0
- Cinel EA (2020). Covid-19'un küresel makroekonomik etkileri ve beklentiler. *Politik Ekonomik Kuram*, 4(1): 124-140. DOI.org/10.30586/pek.748538
- Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, Rosa I, Porcelli P (2020).Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PloS One*, 15(11): e0242538. DOI.org/10.1371/journal.pone.0242538
- Cullen W, Gulati G, Kelly BD (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal Of The Association Of Physicians*, 113(5): 311-312. DOI.org/10.1093/qjmed/hcaa110
- Çakmak H, Aydın Er R, Öz YC, Aker AT (2010). Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2: 83-88. DOI: 10.4170/jaem.2009.13007
- Çalışkan Pala S, Metintaş S (2020). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 5(COVID-19 Özel Sayısı):156-68. DOI.org/10.35232/estudamhsd.789806
- Çelik MY (2021). Antakya-Halep Çevresinde Veba Salgınları Ve Sosyo-Ekonomik Hayata Etkileri (XIV-XV. Yüzyıllar). *Bellek Uluslararası Tarih ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, 3(Salgın Hastalıklar Özel Sayısı). 15-30. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1521837>
- Çetin B, Deniz D, Gemlik HN ve Yazar O (2021). Koronavirüs (COVID-19)'ün Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi: Nitel Bir Araştırma. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, (1): 45-58. DOI.org/ 10.35344/japss.902999
- Çetin Ş, Sözeri Varma G (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4):790-804. DOI: 10.18863/pgy.882929
- Çevirme A, Kurt A (2020). Covid-19 Pandemisi ve Hemşirelik Mesleğine Yansımaları, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Dergisi*, 7(5): 46-52.
- Çınar F, Özkaya Y (2020). Koronavirüs (COVID-19) Pandemisinin Medikal Turizm Faaliyetlerine Etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2): 35-50. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1176009>

- Çobanoğlu N (2020). COVID-19 Pandemisi ile Değişen Yaşamlar ve Toplumsal Değerlerimiz. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(Covid-19 Özel Sayı): 90-94. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/issue-file/32402>
- Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH (2010). DSM'ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3): 19-25. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/594876>
- Day M (2020). Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. *BMJ*, 369: m1375. DOI:10.1136/bmj.m1375
- De Gucht V, Fischler B (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics*, 43(1): 1-9. DOI:10.1176/appi.psy.43.1.1
- De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 184: 470–476. DOI:10.1192/bjp.184.6.470
- Deniz Pak M, Özcan E, İçağasıoğlu Çoban A (2017). Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52): 629-644. DOI:10.17719/jisr.2017.1923
- Derman O (2020). Tarih boyunca insanlığın salgın hastalıklarla mücadelesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 63: 26-31. Erişim Adresi: https://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_1598.pdf
- Doherty PC (2013) *Pandemics: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press, pp. 222. DOI: 10.5505/kpd.2020.64325
- Dülgerler, Ş (2000). *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Dündar N (2020). Küresel salgınların makroekonomik etkileri üzerine bir araştırma. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(52): 837-852. DOI:10.26450/jshsr.1797
- Dünya Sağlık Örgütü (2021). Coronavirüs Disease (COVID-19) pandemic. Erişim Adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> Erişim Tarihi: 10.12.2021
- Elklit A, Christiansen DM (2009). Predictive factors for somatization in a trauma sample. *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, 5 (1). DOI:10.1186/1745-0179-5-1

- Enli Tuncay F, Koyuncu E, Özel Ş (2020). Pandemielerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Medical Journal*, 20(2): 488-504. DOI: 10.5505/amj.2020.02418
- Eray Ş, Vural P, Çetinkaya F (2015). Ergenlerde Algılanan Duygu Dışavurumu ile Psikosomatik Belirtiler Arasındaki İlişki. *The Journal of Current Pediatrics*, 13: 104-109.
- Erdoğan Y, Koçoğlu F, Sevim C (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete İle Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal Ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23 (Ek 1): 24-35. DOI: 10.5505/kpd.2020.35403
- Eren Bana P (2020). Evaluation of the social implication perception of healthcare employees In the Covid-19 outbreak process. *Press Academia Procedia*, 11: 116. DOI: 10.17261/Pressacademia.2020.1251
- Ergönül Ö (2016). Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 32 (Eksayı):1-7. DOI:10.5222/otd.2016.001
- Figley CR (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In *Compassion Fatigue Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat Traumatized* (Ed CR Figley):1-20. New York, Routledge.
- Figley CR (1998). Introduction. In *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring* (Ed CR Figley):7. New York, CRCPress.
- Fiorillo A, Gorwood P (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1): E32. DOI:10.1192/j.eurpsy.2020.35
- Ford CV (1986). The Somatizing Disorders. *Psychomatics*, 27(5): 335-337. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(86\)72684-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(86)72684-4)
- Franck E, Goossens E, Haegdorens F, Geuens N, Portzky M, Tytens T, Dilles T, Beeckman K, Timmermans O, Slootmans S, Van Rompaey B, Van Bogaert P (2022). Role of resilience in healthcare workers' distress and somatization during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study across Flanders, Belgium. *Nursing Open*, 9:1181-1189. DOI.org/10.1002/nop2.1159
- Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, Yuan Q, Xiao X (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal Of Clinical Microbiology & Infectious Diseases: Official Publication Of The European Society Of Clinical Microbiology*, 39(6): 1011–1019. DOI.org/10.1007/s10096-020-03874-z
- Geçtan E (2012). Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar. İstanbul: Metis Yayınları.

- Gökçe G, Yılmaz B (2017). Afetlerde Yardım Çalışanları: İkincil Travmatik Stres ve Başa Çıkma. *Türkiye Klinikleri Psychology - Special Topics*, 2(3): 198-204.
- Gökhan İ (2013). Sultan Ferec Zamanında Memlük Devleti'nin (H.803 / 815 – M. 1399 / 1412) İktisadi Durumuna Genel Bir Bakış. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 22: 133-169. Erişim Adresi: <http://www.sbard.org/pdf/sbard/022/009%20-%20133-169.pdf>
- Güdük Ö, Güdük Ö, Vural A (2021). Covid-19 küresel salgınında sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlüğünün değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1):141.
- Gül A (2009). XIX. Yüzyılda Erzincan Kazasında Salgın Hastalıklar (Kolera, Frengi, Çiçek Ve Kızamık). *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, 41: 239-270. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/33477>
- Gürdil Birinci G, Erden G (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(77): 10-26.
- Gürkan A, Yalçiner N (2017). Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 90-95. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/373198>
- Hacımustafaoğlu M (2018). Enfeksiyon hastalıkları pratiğinde salgın tanımlanması. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 12(4):172-173. DOI: 10.5578/ced.201852
- Hakiki S, Coşkun C, Ediboğlu GO, Namlı Z (2022). Bedensel (somatik) belirti bozukluklarına geçmiştten günümüze genel bir bakış. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2): 50-60. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2194081>
- Haksal P (2007). *Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı Ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Hao Q, Wang D, Xie M, Tang Y, Dou Y, Zhu L, Wu Y, Dai M, Wu H, Wang Q (2021). Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12:567381. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.567381
- Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, Megawati D, Hayati Z, Wagner AL, Mudatsir M (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *Journal of Infection And Public Health*, 13(5), 667–673. DOI.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019
- Henningesen P, Zimmermann T, Sattel H (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4): 528–533. DOI.org/10.1097/01.psy.0000075977.90337.e7

- Ho CS, Chee CY, Ho RC (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Annals Academy of Medicine, Singapore*, 49(3): 155-160.
- Hoşgör H, Ülker Dörttepe Z, Sağcan H (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında Covid-19 Anksiyetesi Ve Mesleki Performans İlişkisinin Tanımlayıcı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3): 865-886. DOI.org/10.30798/makuiibf.793641
- Hotar N, Omay RE, Bayrak S, Kuruüzüm Z, Ünal B (2020). Pandeminin Toplumsal Yansımaları. *İzmir İktisat Dergisi*, 35(2): 211-220. DOI: 10.24988/ije.202035201
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, ... Cao B (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497–506. DOI.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- Huang Y, Wang Y, Zeng L, Yang J, Song X, Rao W, Li H, Ning Y, He H, Li T, Wu K, Chen F, Wu F, Zhang X (2020). Prevalence and Correlation of Anxiety, Insomnia and Somatic Symptoms in a Chinese Population During the COVID-19 Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11:568329. DOI: 10.3389/fpsy.2020.568329.
- International Council of Nursing (2020). More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide. Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/news/more-600-nurses-die-covid-19-worldwide>
- Işık A (2021). Salgın Ekonomisine Genel Bir Bakış. *International Anatolia Academic Online Journal*, 7(2): 135-158. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1933517>
- İnce F, Evcil FA (2020). Arşiv Belgeleri Işığında Türkiye'nin Salgın Tedbirleri: Kolera Örneği (1924-1973). *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3): 393-401. DOI: 10.17343/sdutfd.711317
- Joaquim RM, Pinto A L, Guatimosim RF, de Paula JJ, Costa DS, Diaz AP, da Silva AG, Pinheiro MI, Serpa AL, Miranda DM, Malloy-Diniz LF (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2: 100019. DOI.org/10.1016/j.crbeha.2021.100019
- Kahil A (2016). *Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, Hu J, Lai J, Ma X, Chen J, Guan L, Wang G, Ma H, Liu Z (2020). The Mental Health of Medical Workers in Wuhan, China

Dealing with the 2019 Novel Coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3): e14. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X

Karaimamoğlu T, Gümüş TT (2020). Veba ile Başlayan Değişim: Kara Ölüm'den Sonra Büyük Britanya'da Değişen Gündelik Yaşam. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, (44): 509-526. DOI: DOI.org/10.21497/sefad.845503

Karal E, Gül Biçer (2020). Salgın Hastalık Döneminde Algılanan Sosyal Yardımın Bireylerin Psikolojik Sağlamlığı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1): 129-156. DOI.org/10.20493/birtop.726411

Karasu F, Öztürk Çopur E (2020). COVID-19 Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1): 11-14. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1095451>

Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 3-15. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1129684>

Karayağız Ş (2021). Dahiliye Polikliniğine Başvuran Bir Grup Hastanın Depresyon ve Somatizasyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Ahi Evran Medical Journal*, 5(1): 43-49.

Katon W, Ries RK, Kleinman A (1984). A Prospective DSM-III Study of 100 Consecutive Somatization Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25(3):305-314. DOI.org/10.1016/0010-440x(84)90063-4

Kaya B (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23:123-124.

Kaya SP, Kaplan S (2020). Hemşirelik Öğrencilerinde COVID-19 Pandemisi Farkındalıklarının ve Sağlık Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(4): 304-311. DOI: 10.5222/HEAD.2020.01112

Kellner R (1990). Somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3): 150-160. DOI:10.1097/00005053-199003000-0002

Khan M, Adil SF, Alkhatlan HZ, Tahir MN, Saif S, Khan M, Khan ST (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules*, 26(1): 39. DOI.org/10.3390/molecules26010039

Kianpoor M, Rahmanian P, Mojahed A, Amouchie R (2017). Secondary traumatic stress, dissociative and somatization symptoms in spouses of veterans with PTSD in Zahedan, Iran. *Electronic Physician*, 9(4): 4202–4206. DOI.org/10.19082/4202

- Kohlmann S, Gierk B, Hilbert A, Brähler E, Löwe B (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *Journal of psychosomatic research*, 90: 51–56. DOI.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004
- Kunz M, Strasser M, Hasan A (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on healthcare workers: systematic comparison between nurses and medical doctors. *Curr Opin Psychiatry*, 34(4):413-419. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000721.
- Lee SA (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7), 393–401. DOI.org/10.1080/07481187.2020.1748481
- Lerias, D, Byrne MK (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19: 129- 138.
- Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(5): 105951. DOI.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Liu M, Tu W, ... Feng Z (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *The New England Journal Of Medicine*, 382(13): 1199–1207. DOI.org/10.1056/NEJMoa2001316
- Lipowski ZJ (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 (11): 1358-1368. DOI: 10.1176/ajp.145.11.1358
- Liu Q, Xu K, Wang X, Wang W (2020). From SARS to COVID-19: What lessons have we learned? *Journal of Infection and Public Health*, 13(11): 1611-1618. DOI.org/10.1016/j.jiph.2020.08.001
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*, 7(4): e17–e18. DOI.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8
- Louvardi M, Pelekasis P, Chrousos G, Darviri C (2020). Mental Health in Chronic Disease Patients During the COVID-19 Quarantine in Greece. *Palliative and Supportive Care*, 18(4): 394-399. DOI: 10.1017/S1478951520000528
- Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15):5514. DOI.org/10.3390/ijerph17155514

- Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, Chen Z, Yu Q, Jiang J, Fan F, Liu X (2020). Mental health problems and correlates among 746.217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 29: e181. DOI.org/10.1017/S2045796020000931
- Mai FM, Merskey H (1981). Briquet's concept of hysteria: an historical perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26(1): 57–63. DOI.org/10.1177/070674378102600112
- Masters PS, Perlman S (2013) Coronaviridae. *Fields Virology*, 1: 825-858.
- Mendeş B, Can B, Yılmaz S (2022). COVID-19 Pandemisinde Bireylerin Kaygı Düzeylerinin ve Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16: 258-170. DOI.org/10.38079/igusabder.1062225
- Norton GR, Norton PJ, Asmundson GJ, Thompson LA, Larsen DK (1999). Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3): 233-240. DOI.org/10.1016/s0022-3999(99)00032-x
- Okur İ, Demirel ÖF (2020). Covid-19 ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Medical Research Reports*, 3(Supp 1): 86-99. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1224025>
- Özdemir Ü, Taşcı S (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 57-72.
- Özenli N, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G (2009). Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10: 131-136.
- Özer İ (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sınırlarını Tehdit Eden Kolera Salgınları ve Alınan Korunma Tedbirleri. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1): 201-216.
- Özgür G, Gümüş AB, Gürdağ Ş (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:296-305. DOI: 10.5350/DAJPN2011240405
- Özlü Z, Çay MM (2021). Cumhuriyet’in İlk Yıllarında Salgın Hastalıklardan Veba ile Mücadele: Doktor İsmail Kenan’ın “İçtimaî Hastalıklardan Tahaffuz ve Vikaye Çareleri” İsimli Eserine Göre. *Gaziantep University Journal Of Social Sciences*, 20(2): 921-929. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1263963>
- Öztürk G (2019). *Sağlık Personelinin Çalıştığı Birime Göre İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur. Türkiye.

- Öztürk MO, Uluşahin A (2004). Ruh Sağlığı Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 98-99.
- Öztürk, O. (2021). Ana hatlarıyla pandemi ve pandemiler. A. Şen (Ed.), Sorularla Corona içinde (1-11). Ankara: Akademisyen Kitabevi
- Pan R, Zhang L, Pan J (2020). The Anxiety Status of Chinese Medical Workers During the Epidemic of COVID-19: A Meta-Analysis. *Psychiatry investigation*, 17(5): 475–480. DOI.org/10.30773/pi.2020.0127
- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88: 901–907. DOI.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026
- Parıldar H (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30(ek sayı): 9-26. DOI: 10.5222/terh.2020.93764
- Parıldar H, Dikici MF (2020). Pandemiler Tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 12(1): 1-8. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1480981>
- Polat EA (2022). *Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres: Covid-19 Pandemi Sürecine Özgü Bir Çalışma* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Polat Kara M (2022). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stresin Somatizasyon Bozukluğu İle İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262. DOI.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261
- Restauri N, Sheridan AD (2020). Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and 61 interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17(7): 921-926. DOI.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021
- Safari Shirazi M, Sadeghzadeh M, Abbasi M, Yousefi M, Hedayati A (2022). The Effect of Occupational Stress and Concerns about the COVID-19 Pandemic on Secondary Traumatic Stress Syndrome among Iranian Frontline Nurses: A Mediating Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(4):369-378. DOI.org/10.18502/ijps.v17i4.10685
- Sağduyu A (1995). Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1):21-29.

- Santarone K, McKenney M, Elkbuli A (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(7):1530-1531. DOI.org/10.1016/j.ajem.2020.04.030
- Saruç S, Kızıltaş A (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkları Ve Yaşadıkları Sorunlar Açısından İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(4):314-323. DOI: 10.14744/phd.2021.04378
- Setiawati Y, Wahyuhadi J, Joestandari F, Maramis MM, Atika A(2021). Anxiety and Resilience of Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14:1–8. DOI.org/10.2147/JMDH.S276655
- Shangguan F, Quan X, Qian W, Zhou C, Zhang C, Zhang XY, Liu Z (2020). Prevalence and correlates of somatization in anxious individuals in a Chinese online crisis intervention during COVID-19 epidemic. *Journal Of Affective Disorders*, 277: 436–442. DOI.org/10.1016/j.jad.2020.08.035
- Shao AT (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
- Song X, Zhou Y, Rao W, Zhang X (2021). Comparison of prevalence and risk factors of somatization between Chinese health care workers and non-health care workers during COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 21. DOI.org/10.1186/s12888-021-03294-z
- Soylu ÖB (2020). Türkiye Ekonomisinde COVID-19'un Sektörel Etkileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5): 169-185.
- Sungur M, Kaya B (2001). The Onset and Longitudinal Course of a Man-Made Posttraumatic Morbidity: Survivors of The Sivas Disaster. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5:195-202. DOI: 10.1080/136515001317021662
- Şahin M (2019). Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10): 117-135. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/896292>
- Şanal R (2021). Hakikat Gazetesine Göre Eskişehir'de Kolera (1911-1912). *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(22): 127-146. DOI: 10.34189/asbd.8.22.007
- Şanal R, Feyiz F (2021). Osmanlı Arşivi Kayıtları Işığında Kayseri'de Kolera (1893-1896). *İçtimaiyat Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1): 24-30 Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1584302>
- Şenol Çelik S, Koç G, Atlı Özbaş A, Bulut H, Karahan A, Çevik Aydın F, Özdemir Özleyen Ç, Çelik B (2020). Uluslararası Hemşireler Yılında COVID-19 Pandemisi: Türk Hemşireler

Derneği Çalışmaları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1): 23-27. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1451125>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). COVID-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tanı. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiolojivetanipdf.pdf> Erişim Tarihi: 30.12.2021

Tapısız ÖL, Kıykaç Altınbaş S (2020). Mikroorganizmalar mavi gezegende bizden çok önce vardı: Pandemiler tarihi. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, 2(2): 53-69.

Taylor S (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Tekin A (2021). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Ekonomik Sonuçları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(40): 330-355. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1679987>

Tunç A, Atıcı FZ (2020). Dünyada ve Türkiye’de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. *Troyacademy*, 5(2): 329-362. DOI.org/10.31454/usb.808685

Turna N (2011). İstanbul’un Veba İle İmtihanı: 1811- 1812 Veba Salgını Bağlamında Toplum Ve Ekonomi. *Studies Of The Ottoman Domain*, 1(1): 1-34. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/113462>

Türken M, Köse Ş (2020). Covid-19 Bulaş Yolları ve Önleme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30(Ek sayı): 36-42 DOI:10.5222/terh.2020.02693

Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) (2020). COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. Erişim Adresi: <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/Covid-19%20Raporu-revize.pdf> Erişim Tarihi:15.06.2021

Uğraş Dikmen A, Kına HM, Özkan S, İlhan MN (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik? *Journal of Biotechnol and Strategic Health Research*, 1(Özel Sayı): 29-36. DOI:10.34084/bshr.715153

Uyurdağ N, Eskicioğlu G, Aksu S, Soyata AZ (2020). COVID-19 Pandemisi Sırasında Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Etkilenme ile İlişkili Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler: Bir Sistemik Derleme. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 26(1): 122-140. DOI: 10.21673/anadoluklin.783596

Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of

trauma. *The American journal of psychiatry*, 153(7 Suppl): 83–93. DOI.org/10.1176/ajp.153.7.83

Van Doorn AS, Meijer B, Frampton CMA, Barclay ML, de Boer NKH (2020). Systematic review with meta-analysis: SARS-CoV-2 stool testing and the potential for faecal-oral transmission. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 52(8): 1276–1288. DOI.org/10.1111/apt.16036

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(5): 1729. DOI.org/10.3390/ijerph17051729

Wang J, Wang Z (2020). Strengths, weaknesses, opportunities and threats (swot) analysis of China's prevention and control strategy for the COVID-19 epidemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 1-17. DOI:10.3390/ijerph17072235

Wang W, Tang J, Wei F (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal Of Medical Virology*, 92(4): 441–447. DOI.org/10.1002/jmv.25689

Wankhade D, Anjankar AP (2022). Management of Somatization in COVID-19: A Narrative Review. *Cureus*, 14(10): e30262. DOI:10.7759/cureus.30262

WHO (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (Vol. 2).

WHO (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73. World Health Organization. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686> Erişim Tarihi: 10.10.2021

Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*, 94, 44–48. DOI.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004

Yanboluoluğlu Ö (2019). İkincil Travmatik Stresin Meslek Elemanları Üzerindeki Etkileri: Bir Derleme Çalışması. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(36): 141-164. DOI: 10.21550/sosbilder.428251

Yazıcı Çelebi G (2020). Covid 19 Salgınına İlişkin Tepkilerin Psikolojik Sağlık Açısından İncelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (8): 471-483. DOI: 10.21733/ibad.737406

- Yelboğa N, Aslan ŞB (2020). Sosyal Sorun Olarak Salgın Hastalıklar ve Sosyal Çalışmanın Halk Sağlığını Koruma/Geliştirme Görevi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 43-49.
- Yıldırım G, Kıdak LB, Yurdabakan İ (2018). İkincil Travmatik Stres Ölçeği: Bir Uyarılama Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1): 45-51. DOI: 10.5455/apd.247563
- Yılmaz B (2007). Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10:137-147. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_10_3_137_147.pdf
- Yılmaz Ö (2017). 1847-1848 Kolera Salgını Ve Osmanlı Coğrafyasındaki Etkileri. *Avrasya İncelemeleri Dergisi*, 6(1): 23-55. DOI: 10.26650/jes371499
- Yılmaz T, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z (2006). Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(6): 92-97.
- Yıldırım TT, Atas O, Asafov A, Yıldırım K, Balibey H (2020). Psychological Status of Healthcare Workers During the Covid-19 Pandemic. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 30(6):26-31. DOI.org/10.29271/jcpsp.2020.Supp1.S26
- Yörük S, Acikgoz A, Güler D (2022). The predictors of secondary traumatic stress and psychological resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Stress and Health*, 38(4): 746-754. DOI.org/10.1002/smi.3129
- Yurdakul ES (2015). Tarihte Önemli Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Türkiye Klinikleri Public Health - Special Topic Journal Identity*, 1(3):1-6.
- Yüncü V, Yılan Y (2020). COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (Ek Sayı):373-401. Erişim Adresi: http://sosbilder.igdir.edu.tr/Makaleler/1669315846_16-Mak-373-401.pdf
- Zara A, İçöz FJ (2015). Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanında Travma Mağdurlarıyla Çalışanlarda İkincil Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 18: 15-23. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_18_1_15_23.pdf
- Zhang SX, Liu J, Jahanshahi AA, Nawaser K, Li J, Alimoradi H (2020). When the storm is the strongest: The health conditions and job satisfaction of Healthcare staff and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *MedRxiv*. DOI.org/10.1101/2020.04.27.20082149
- Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, Si HR, Zhu Y, Li B, Huang CL, Chen HD, Chen J, Luo Y, Guo H, Jiang RD, Liu MQ, Chen Y, Shen XR, Wang X, Zheng XS, ... Shi ZL (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273. DOI.org/10.1038/s41586-020-2012-7

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210077

Karar No : 110

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi ŞADIYE İKİZ
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / HEMŞİRELİK
Araştırmanın Başlığı	Covid 19 Anksiyetesinin Sağlık Çalışanlarındaki İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	10.03.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi : 02.04.2021 1. Düzeltme Tarihi : 14.04.2021
Karar Tarihi	01.06.2021

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşım OLGUN
BaşkanProf.Dr. Kılıçhan BAYAR
ÜyeProf.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
ÜyeProf.Dr. Özcan SAYGIN
ÜyeDoç.Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ
ÜyeDoç.Dr. Cem ŞAHİN
ÜyeProf.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ
Üye

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI

	T.C BALIKESİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BALIKESİR SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ 22/09/2021 13:26 - E-51829602-604.01.02 - 2562  00148436346
Sayı : E-51829602-604.01.02 Konu : Şadiye İKİZ'in Bilimsel Araştırma Başvurusu		
BALIKESİR AYVALIK DEVLET HASTANESİNE		
İlgi : 24/08/2021 tarihli ve 36576434-799-E-36576434-799-33 sayılı yazı.		
İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Hemşire Şadiye İKİZ'in; "COVID-19 Anksiyetisinin Sağlık Çalışanlarındaki İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tezi başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Talepleri İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı ekte sunulmuştur.		
Onaylanan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na riayet edilmesi, Maske-Mesafe,temizlik kurallarına dikkat edilmesi ve yapılacak çalışma sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;		
Gereğini bilgilerinize rica ederim.		
		Op. Dr. Ali İmran KÜÇÜK Sağlık Hizmetleri Başkanı
Ek: Komisyon Değerlendirme Formu (1 Sayfa)		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		
Belge Doğrulama Kodu: 21c1775e-c00d-11e9-b682-1b475bdc7228 — Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Hizmetleri Birimi Bilgi için: Ceyda DÜRAN ALKAN		
Telefon: e-Posta:	HEMŞİRE Telefon:	

Ek 3: FORMLAR

Ek 3.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

“Covid 19 Anksiyetesinin Sağlık Çalışanlarındaki İkincil Travmatik Stres ve Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi” adlı çalışma, Şadiye İKİZ tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma, sağlık çalışanlarındaki koronavirüs anksiyetesinin ikincil travmatik stres ve somatizasyon belirtileri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz taktirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir. Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formunda, “Kişisel Bilgi Formu”, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği”, “İkincil Travmatik Stres Ölçeği” ve “Somatizasyon Ölçeği” olmak üzere 4 bölüm ve 68 soru yer almaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 10-15 dakika zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Şadiye İKİZ ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Yüksek Lisans Öğrencisi Şadiye İKİZ

Telefon Numarası:*****

Mail:*****

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek 3.2. Kişisel Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

2) Yaşınız: (... ..)

3) Eğitim Durumunuz:

- ☐ Lise
- ☐ Önlisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisansüstü

4) Mesleğiniz:

- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Sağlık teknisyeni/teknikeri

5) Medeni Durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

6) Çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

7) Mesleğinizdeki çalışma süreniz (Ay veya yıl olarak belirtiniz):

(.....)

8) Şu an çalıştığınız klinik/birimdeki çalışma süreniz (Ay veya yıl olarak belirtiniz):

(.....)

9) Çalıştığınız klinik/birim:

- ☐ Servis
- ☐ AcilServis
- ☐ Yoğun Bakım
- ☐ Gündüzcü Birimler
- ☐ Diğer (... ..)

10) Halen devam eden pandemi sürecinde Covid-19'a yakalandınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11) Aile üyeleri ya da yakınlarınızdan covide bağlı kayıp yaşadınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12) Kronik hastalığınız var mı? (Yanıtınız evet ise hastalığınızı belirtiniz)

- ☐ Evet (.....)
- ☐ Hayır

13) Covid-19'un sizde kaygı uyandırma sebebi nedir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Kendime bulaş olma riski
- ☐ Aileme ve yakın çevreme bulaştırma riski
- ☐ Kronik hastalığımın olması
- ☐ Diğer

Ek 3.3. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ)

<u>Son 2 haftada aşağıda belirtilen durumları ne kadar sık yaşadınız?</u>		Hiçbir zaman	Nadir, bir veya iki günden az	Birkaç gün	7 günden fazla	Son 2 hafta da neredeyse her gün
1	Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.	0	1	2	3	4
2	Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.	0	1	2	3	4
3	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya dondum kaldım.	0	1	2	3	4
4	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı.	0	1	2	3	4
5	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.	0	1	2	3	4

Ek 3.4. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan veriniz. Cümledeki belirtinin görülme sıklığına göre asla için 1, çok nadir için 2, ara sıra için 3, sıklıkla için 4, çok sık için 5'i işaretleyiniz.

	Asla	Çok Nadir	Ara Sıra	Sıklıkla	Çok Sık
1.Hastalarımı düşündüğümde kendimi duygusuzlaşmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
2.Hastalarımın yaşadıklarını hatırlayınca nabzım hızlı atmaya başlıyor.	1	2	3	4	5
3.Hastalarımın yaşadıkları travmaları tekrar yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5
4.Bu işe başladığımdan beri uyku problemlerim oluştu.	1	2	3	4	5
5.Gelecekle ilgili kaygılarım var.	1	2	3	4	5
6.Hastalarımın yaşadıklarını hatırlamak beni üzüyor.	1	2	3	4	5
7.Diğer insanlarla görüşme isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
8.Tedirginlik hissediyorum.	1	2	3	4	5
9.Normal halimden daha az aktifim.	1	2	3	4	5
10.İstemesem de hastalarımın yaşadıkları olayları hatırlıyorum.	1	2	3	4	5
11.Konsantrasyon problemi yaşıyorum.	1	2	3	4	5
12.Bana hastalarımın yaşadıklarını hatırlatan insanlardan, mekanlardan ve nesnelerden uzak duruyorum.	1	2	3	4	5
13.Hastalarımın yaşadıkları olaylarla ilgili beni huzursuz eden rüyalar görüyorum.	1	2	3	4	5
14.Bu tür hastalarla daha fazla çalışmak istemiyorum.	1	2	3	4	5
15.Çok çabuk keyfim kaçıyor.	1	2	3	4	5
16.Kötü şeyler olacak diye korkuyorum.	1	2	3	4	5
17.Hastalarla yaptığım görüşmeleri hatırlarken hafızamda bazı kopukluklar oluyor.	1	2	3	4	5

Ek 3.5. Somatizasyon Ölçeği

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

1-Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2- İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3- Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4- Ayda bir iki defa ishal olurum.	Doğru	Yanlış
5- Midemden oldukça rahatsızım.	Doğru	Yanlış
6- Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7- Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8- Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9- Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yoktur.	Doğru	Yanlış
10- Bazen başımda sızı hissederim.	Doğru	Yanlış
11- Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12- Sağlığım birçok arkadaşımın ki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13- Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14- Ensemde nadiren ağrı ağrı hissederim.	Doğru	Yanlış
15- Vücudumda pek az seyrime ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16- Çabucak yorulmam.	Doğru	Yanlış
17- Pek az başım döner ya da hiç dönmez.	Doğru	Yanlış
18- Yürüken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.	Doğru	Yanlış
19- Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20- Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	Doğru	Yanlış
21- Hemen hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
22- Tekrarlayan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	Doğru	Yanlış
23-Çoğu zaman bütün vücudumda halsizlik duyarım.	Doğru	Yanlış
24- Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi	Doğru	Yanlış

idi.

25- Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş uyanırım.	Doğru	Yanlış
26- Çoğu zaman bana kafam şişmiş ve tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış
27- Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.	Doğru	Yanlış
28- Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	Doğru	Yanlış
29- Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.	Doğru	Yanlış
30- Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.	Doğru	Yanlış
31-Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	Doğru	Yanlış
32- Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.	Doğru	Yanlış
33- Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissederim.	Doğru	Yanlış

Ek 3.6. Ölçek İzinleri



Şadiye İkiz 31.01.2021

Alicılar:




İsmail Bey iyi akşamlar...

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Hocam Prof.Dr. Nezihe Bulut Uğurlu danışmanlığında bir tez çalışması yapıyorum. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz ' Koronavirüs Anksiyete Ölçeği' ni sizinde izninizle kaynakça göstererek tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin aslını ve çalışmamda kullanmam için izninizi rica ediyorum.

Teşekkürler..

Saygılarımla.
Şadiye İkiz



İsmail Biçer 31.01.2021

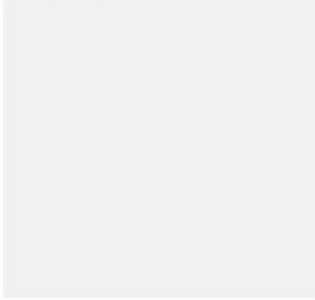
Alicılar: ben ▼




Merhaba,

Tabi ki çok memnun olurum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Ölçekten alınan en yüksek puan 20'dir. 9 ve üzeri puanlar anksiyete seviyesi yüksek olarak yorumlanabilir. Ölçeği ekte paylaşıyorum.

İyi Çalışmalar.



Öğr. Gör. İsmail Biçer
Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü
 Meslek Yüksekokulu / Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı
 0
 GSM: 0



Şadiye İkiz 01.02.2021

Alicılar:



Günseli Hanım iyi günler..

Muğla

Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Hocam Prof.Dr. Nezihe BULUT UĞURLU danışmanlığında bir tez çalışması yapıyorum. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz ' İkincil Travmatik Stres Ölçeği 'ni sizinde izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin aslını ve çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Teşekkürler..

Saygılarımla.
Şadiye İkiz



01.02.2021

Alicılar: ben



Merhabalar,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Makalede ölçeği ve puanlamayı bulabilirsiniz.
Kolay gelsin.

Prof.Dr. Günseli Yıldırım

Bu e-posta mesajı ve ekinde bulunabilecek dosyalar yalnız mesajın alıcı hanesinde kayıtlı kullanıcı(lar) içindir. Mesajın alıcısı değilseniz, lütfen hemen göndericiyi uyarınız. Mesajı dağıtmayınız, kopyalamayınız, içeriğini açıklamayınız ve çıktı almaksızın siliniz. Bu mesajda kayıtlı görüş ve düşünceler hiçbir şekilde Dokuz Eylül Üniversitesi'ne (DEÜ) atfedilemeyeceği gibi, kurumumuz açısından bağlayıcı da değildir. Virüs ve kötü amaçlı yazılımların bu mesajda yerleşmesinin engellenmesi amacıyla gerekli tüm önlemler alınmış olsa da, bu mesajın sisteminizde yaratabileceği kayıp ve zararlardan dolayı kurumumuz hukuken sorumluluk kabul etmez. DEÜ'nin yüksek öğretim alanında yürüttüğü faaliyetlere ilişkin bilgi almak için internet sitemizi (www.deu.edu.tr) ziyaret edebilirsiniz.



Şadiye İkiz 05.02.2021

Alicılar: s



Şeyda Hanım iyi günler..

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Hocam Prof.Dr. Nezihe Bulut Uğurlu danışmanlığında bir tez çalışması yapıyorum. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz 'Somatizasyon Ölçeği' ni sizinde izninizle kaynakça göstererek tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin aslını ve çalışmamda kullanmam için izninizi rica ediyorum.

Teşekkürler..

Saygılarımla.
Şadiye İkiz



Şeyda Dülgerler 08.02.2021

Alicılar: ben



Merhaba Şadiye Hanım,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum 'Somatizasyon Ölçeği' ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Bornova / İZMİR
Tlf: ()
Faks: ()
E-Mail: ()

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Şadiye İKİZ
Yabancı Dili : İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) :
Lise : Bergama 14 Eylül Anadolu Lisesi (2011-2015)
Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü (2015-2019)
Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı (2019-hâlen)
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl : Ayvalık Devlet Hastanesi (2020- hâlen)