



T.C.

TIPTA UZMANLIK TEZİ



T.C.

BOLU İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA YÜKSEK RİSK
ALTINDA VE DÜŞÜK RİSK ALTINDA ÇALIŞAN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK, KAYGI, DEPRESYON,
ALGILANAN STRES DÜZEYİ, SOMATİK BELİRTİLER,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, DAMGALAMA VE
TRAVMATİZE OLMA DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. AYÇA TURAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. MEHMET HAMİD BOZTAŞ

BOLU, -2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
------------	---

İKİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

2.1 COVID-19 PANDEMİSİ	
2.1.1 Tanım.....	
2.1.2 Tarihçe	
2.1.3 Etken.....	
2.1.4 Risk Faktörleri.....	
2.2 RİSK VE TEHLİKELER	
2.2.1 Risk ve Tehlikelerin Tanımı	
2.2.2 Sağlık Sektöründe Risk	
2.2.3 Sağlık Sektöründe Çalışanların Güvenliğini Tehdit Eden Tehlike ve Riskler	
2.3 TÜKENMİŞLİK.....	
2.3.1 Tükenmişlik Kavramı	
2.3.2 Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	
2.4 KAYGI.....	
2.4.1 Kaygı Kavramı	
2.4.2 Sağlık Çalışanlarında Kaygı	
2.5 DEPRESYON	
2.5.1 Depresyon Kavramı.....	
2.5.2 Sağlık Çalışanlarında Depresyon	
2.6 STRES.....	
2.6.1 Stres Kavramı	
2.6.2 Sağlık Çalışanlarında Stres.....	
2.7 SOMATİZASYON	

2.7.1 Somatizasyon Kavramı.....	
2.7.2 Sağlık Çalışanlarında Somatizasyon	
2.8 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	
2.8.1 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı	
2.8.2 Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Dayanıklılık.....	
2.9 DAMGALAMA	
2.9.1 Damgalama Kavramı.....	
2.10 SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19 EPİDEMİYOLOJİSİ.....	
2.11 SAĞLIK PERSONELİNE COVID-19 BULAŞMASINA TESİR EDEN FAKTÖRLER	
2.12 SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19'A MESLEKSEL MARUZİYET.....	
2.13 COVID-19 SALGINININ RUHSAL BOYUTLARI.....	
2.13.1 Toplum Açısından	
2.13.2 Psikolojik Sağlık Açısından	
2.13.3 Sağlık Çalışanları Açısında	
2.14 COVID-19 VE SAĞLIK PERSONELİNİN PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI	
2.14.1 Anksiyete, Stres, Depresyon ve COVID-19 Salgını	
2.14.2 Psikolojik Dayanıklılık ve COVID-19 Salgını.....	
2.14.3 Kaygı ve COVID-19 Salgını	
2.14.4 Damgalama ve COVID-19 Salgını.....	
2.14.5 Tükenmişlikten Korunma ve COVID-19 Salgını.....	

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	
----------------------------	--

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR	
-------------------	--

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	
---------------------------	--

ALTINCI BÖLÜM

3. KISITLILIKLAR	
------------------------	--

KAYNAKÇA	
----------------	--

EKLER.....	
------------	--

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

NO. : Numara

PAHO : Panamerikan Sağlık Örgütü

s. : Sayfa

vb. : Ve benzerleri



ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA YÜKSEK RİSK ALTINDA VE DÜŞÜK RİSK ALTINDA ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK, KAYGI, DEPRESYON, ALGILANAN STRES DÜZEYİ, SOMATİK BELİRTİLER, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, DAMGALAMA VE TRAVMATİZE OLMA DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

1- Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisi bütün dünyada tesirini göstermiş olup sosyal, ekonomik ve kültürel yaşamı her yönüyle etkilemiştir. Bütün insanları farklı yönleriyle etkilese dahi COVID-19 özellikle pandemiyle mücadelede ön safta yer alan sağlık çalışanlarını daha fazla etkilemiştir. Sağlık personeli, pandemiyle savaşırken bireysel sağlığını tehlikeye atmakla kalmamış aynı zamanda psikolojik olarak da birçok olumsuzlukla yüzleşmek ve bunlarla mücadele etmek durumunda kalmıştır. Bu nedenle yapılan çalışmada COVID-19'un sağlık çalışanlarında sebep olduğu psikolojik etkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2- Gereç ve Yöntem: Çalışma kapsamında 100 yüksek riskli çalışanı, 100 düşük riskli çalışanı olmak üzere toplam 200 sağlık çalışanına COVID-19 salgını esnasında çalışmanın ruhal etkilerini değerlendirmek amacıyla anket uygulanmış olup sonuçlar değerlendirilmiştir. Araştırma sırasında kullanılan ölçekler ise; Beck Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Algılanan Damgalama Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu ve Algılanan Stres Ölçeği'dir.

3- Bulgu ve Sonuçlar: Çalışma neticesinde yüksek riskli sağlık çalışanlarında Beck Depresyon Ölçeği puanları, Algılanan Damgalama Ölçeği puanları, Genel Öz Yeterlilik

Ölçeği puanları , Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt ölçekleri olan Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Genel Öz yeterlilik puanları düşük riskli sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. Algılanan Sosyal Destek, Kısa Psikolojik Sağlamlılık, Somatizasyon Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile Duygusal Tükenmişlik alt alanı, Duyarsızlaşma alt alanı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı, Algılanan Damgalama Ölçeği Puanı ve Somatizasyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır. Algılanan damgalama Ölçeği puanı ile temas düzeyi arasındaki korelasyonun ise anlamlı ve negatif yönde olduğu görülmüştür. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır. İleriki çalışmalarda sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki uzun süreli ruh sağlığı etkileri araştırılabilir.

ABSTRACT

DEPRESSION, ANXIETY, DEPRESSION, PERCEIVED STRESS LEVEL, SOMATIC SYMPTOMS, PSYCHOLOGICAL RESISTANCE OF HEALTH CARE PROFESSIONALS WHO WORK AT HIGH RISK AND AT LOW RISK DURING COVID-19 PANDEMIA

1- Introduction and Aim: The COVID-19 pandemic has had an impact all over the world and has affected all aspects of social, economic and cultural life. Even if it affects all people in different ways, COVID-19 has particularly affected healthcare workers at the forefront of combating the pandemic. Healthcare personel not only endangered their individual health while fighting the pandemic, but also had to face and combat many negativities psychologically.

2- Material and Method: Within the scope of the study, questionnaires were applied to a total of 200 healthcare professionals, 100 of whom are high-risk employees and 100 of whom are low-risk employees, in order to evaluate the mental effects of the work during the COVID-19 outbreak, and the results were evaluated. The scales used during the research are; Beck Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Perceived Stigma Scale, Perceived Social Support Scale, General Self-Efficacy Scale, Brief Resilience Scale, Somatization Scale, Maslach Burnout Scale, Post Traumatic Stress Impact Disorder Scale, Perception of Post Traumatic Stress Disorder Scale.

3- Findings and Results: As a result of the study, Beck Depression Scale scores, Perceived Stigma Scale scores, General Self-Efficacy Scale scores, Emotional Exhaustion, Depersonalization, and General Self-efficacy scores, which are the subscales of Maslach Burnout Scale, were found to be higher in high-risk health workers than low-risk health workers. When the Perceived Social Support, Brief Resilience, Somatization Scale, Effect of Events Scale, and Perceived Stress Scale scores were compared, no significant difference was found aimed to examine the psychological effects of COVID-19 on healthcare workers. There is a significant and positive correlation between Maslach Burnout Scale total score and Emotional Burnout subdomain, Depersonalization subdomain, Post Traumatic Stress Disorder Scale score, Perceived Stigma Scale score and Somatization Scale score. The correlation between the Perceived Stigma Scale score and the level of contact was found to be significant and negative. There is a significant and negative correlation between the General Self-Efficacy Scale score and the Post Traumatic Stress Disorder Scale score. In future studies, the long-term mental health effects of healthcare professionals during the pandemic period can be investigated.

GİRİŞ ve AMAÇ

Bütün dünyayı etkisine alan COVID-19 salgını ve ardından kendisini gösteren farklı gelişmeler sağlık alanı ilk sırada olmak üzere birçok açıdan varlığını hissettirmiştir. Hâlihazırda bütün dünyada devam eden COVID-19, iktisattan siyasete, spordan sanata pek çok alanda olumsuz etkilerini göstermiş olup özellikle insanların ruh sağlığı üstünde yoğun etkiler bırakmıştır. (Khan vd., 2020)

Okulların kapatılması, spor karşılaşmalarının durdurulması, sosyal münasebetlerin fiziki olarak kısıtlanması, çok farklı alanlarda ekonomik adımlara ara verilmesi ya da sınırlandırılması, işini kaybetme ya da karantina tedbirlerine rağmen yaptıkları iş nedeniyle çalışma durumunda kalma vb. yaşamın çok farklı alanlarında COVID-19'un izleri bulunmaktadır. Gündelik hayattaki bu tarz ani ve büyük değişimler ruh sağlığına ciddi seviyede tesir edebilecek risk unsurları olarak ele alınmaktadır. (Choi vd., 2020)

Devlet başkanlarından ünlü sanatçılara kadar her kesimden, pozisyonundan insanın pandemiye yakalanması COVID-19'un ciddiyetini ve durumunu gözler önüne sermektedir. Zaman geçtikçe pandemi belli çerçevede kontrol altına alınsa, normalleşmeyle beraber belli oranda bir rahatlama söz konusu olsa dahi psikolojik açıdan yaşanan problemlerin ruhsal bazı problemlere neden olması söz konusudur. (Atrooz vd., 2019)

Toplumun bütün kesimlerinin COVID-19 pandemisinden olumsuz etkilenmesine karşın, bu hastalıkla mücadelede en ön safta yer alan sağlık çalışanları açısından durum ayrı bir önem ve tehlike arz etmektedir. Sağlık çalışanları hem ruhsal hem de bedensel açıdan ciddi bir baskı ve zorluk altındadır. Yapılan bazı çalışmalarda COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üstünde farklı psikolojik sorunlara neden olduğu ifade edilmiştir. (Bohhlken, 2020)

COVID-19 pandemisinin daha yeni bir durum olması ve hâlihazırda devam eden bir süreç olması sebebiyle literatürde pandeminin sağlık personeli üstündeki psikolojik tesirleriyle alakalı araştırmalar nispeten sınırlıdır. Bu nedenle yapılan bu çalışmada COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarında yol açtığı psikolojik etkilerin tükenmişlik, kaygı, depresyon, stres, somatik belirtiler, psikolojik dayanıklılık, damgalama ve travmatize olma başlıkları altında ele alınması ve seviyelerinin kıyaslanması amaçlanmıştır. Bu etkilerin incelenmesiyle sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarının korunmasına ilişkin tedbirlerin alınması ve takip eden dönemlerde yaşanabilecek benzer durumlara yönelik kılavuz oluşturulması hedeflenmiştir.

Tüm bu bilgiler ışığında pandemi sürecinde toplumun en fazla risk altındaki kesimi olan sağlık çalışanları, çalıştıkları birimdeki risk düzeyi ile de bağlantılı olarak psikolojik açıdan en fazla etkilenen gruptadır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki psikolojik etkilenme düzeylerini ve mevcut psikolojik etkilenmenin risk düzeyi ile ilişkisini araştırmayı amaçlanmıştır.

Bu çalışmadaki hipotezler;

1. Sağlık çalışanları, yüksek riskli ya da düşük riskli olmasına bakılmaksızın toplumun en yüksek risk altındaki grubu olarak Covid-19 pandemisi sürecinde hizmet verirken, bulaş ile ilgili kaygı, tükenmişlik, damgalanma, depresif belirtiler, uyku bozuklukları gibi somatik yakınmalarla karşılaşmıştır.
2. Yüksek riskli gruptaki sağlık çalışanlar, düşük riskli gruba göre daha yüksek kaygı düzeyi olmaktadır.
3. Yüksek riskli gruptaki sağlık çalışanlarında düşük riskli gruba göre uyku bozukluğu ve somatik belirtiler daha fazla görülmektedir.
4. Yüksek riskli gruptaki sağlık çalışanlarında düşük riskli gruba göre depresif belirtiler daha sık görülmektedir.

5. Yüksek riskli gruptaki sađlık alıřanlarında dűřűk riskli gruba gűre artmıř tűkenmiřlik riski nedeniyle çalıřma motivasyonunda dűřme, kaçınma ve kendini suçlama gibi davranıřlara neden olabilir.

6. Hasta ile teması fazla olan yűksek riskli sađlık çalıřanı grubunda hastalıđı tařıma ve bulařtırma risklerinden dolayı toplumun dıřlayıcı tutumuyla kaygı belirtileri, sosyal ie çekilme, yetersizlik, çaresizlik gibi dűřűnceleri daha fazla gűrűlmektedir.

7. Psikolojik dayanıklılıđı yűksek olan sađlık alıřanlarında ruhsal bozukluklar daha az gűrűlmektedir.



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 PANDEMİSİ

2.1.1 Tanım

Pandemi kelimesi Yunancada bütün manasına gelen “pan” ve insanlar manasına gelen “demos” sözcüklerinin bir araya gelmesi ile oluşmuş olup bir bölge hatta bütün dünyayı kapsayacak kadar yayılan bulaşıcı hastalıkların genel ismini ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nce bir hastalığın pandemi olarak değerlendirilmesi kapsamında 3 ana kriter esas alınmaktadır. Bunlar; (1) yeni bir virüs ya da mutasyon geçirmiş bir virüs olması, (2) kişilere kolayca bulaşması ve (3) kişiden kişiye hızlı bir biçimde geçmesi. (Aysan vd., 2020).

İlk defa 1960 senesinde tanımlanan koronavirüsler en basit şekilde “coronaviridae” virüs familyasında bulunan pleomorfik ve zarflı, tek zincirli, pozitif sarmal RNA genomunu bulunan virüsler olarak tanımlanmaktadır. Bu geniş virüs ailesinin bireyleri, develerden yarasalara kadar çok farklı hayvan çeşitlerinde solunum ve nörolojik rahatsızlıklara sebep olabilmektedir. Hâlihazırda insanoğluna bulaşan 7 farklı koronavirüs tespit edilmiştir. COVID-19 ise, insanoğluna tesir eden, kuvvetli akut solunum yolu sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)’nin sebep olduğu, bulaş özelliği fazla olan bir solunum yolu rahatsızlığıdır. (Jin vd., 2020).

2.1.2 Tarihçe

Dünyada nüfusu en fazla ülke olan Çin Halk Cumhuriyeti (CHÇ) tarafından 31.12.2019 tarihinde Vuhan şehrinde DSÖ’ye nedeni tespit edilemeyen pnömoni vakalarına ilişkin olarak bildirim yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda 03.01.2020 tarihine kadar toplamda 44 pnömoni olayı belirlenmiş ve ardından 07.01.2020 tarihinde koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2)’nin dizilimi tespit edilmiştir. CHC haricindeki birinci vaka, 13.01.2020

tarihinde Tayland'da görülmüştür. Tayland'da tespit edilen vakadaki kişinin ÇHC'nin Wuhan şehrinde geldiği bildirilmiştir. ÇHC haricinde ölümle neticelenen ilk olay da 1.02.2020'de Filipinler tarafından duyurulmuştur. DSÖ tarafından 30.01.2020 günü hastalık uluslararası öneme sahip 6. toplum sağlığı acil durumu olarak ilan edilmiş ve 11.02.2020 tarihinde yine DSÖ tarafından COVID-19 şeklinde isimlendirilmiştir. Dünya genelinde vaka rakamlarındaki ciddi artışla beraber COVID-19 hastalığı 11.03.2020 tarihinde pandemi şeklinde ilan edilmiştir. Mart 2020 içerisinde ÇHC'de salgının yayılma sürati düşerken, özellikle Avrupa'da, İran ve G.Kore'de vaka sayılarında ve COVID-19'a bağlı ölümlerde ciddi artış yaşanmıştır.(Dünya Sağlık Örgütü, 2020a; Kumar, Malviya ve Kumar Sharma, 2020).

Türkiye'de ise ilk defa COVID-19 vakası ile 11.03.2020 tarihinde karşılaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020: 2). Pandemi ilanından itibaren geçen 14 aylık süre içinde 30.03.2021 itibariyle dünya genelinde 130 milyon vaka ile karşılaşmış olup, bunların 73.9 milyonu iyileşmiş ve 2.84 milyonu ölümle sonuçlanmıştır (Google İstatistikleri, 2021). Türkiye'de ise 30.03.2021 itibariyle toplam vaka sayısı 3.45 milyon, iyileşen sayısı 3.08 milyon, vefat eden sayısı 32.078 kişidir.

2.1.3 Etken

COVID-19'un omurgalı hayvanlardan insanlara geçen (zoonotik) bir yapı arz ettiği düşünülmekte olup müteakiben bireyden bireye bulaş özelliği elde etmiştir. COVID-19 hastalığı esas itibariyle damlacık yoluyla bulaş göstermektedir. Yakın temasla damlacık vasıtasıyla bulaş gösterse de hasta bireylerin öksürme, hapşurma vb. şekillerde çevreye yaydığı damlacıklarla etkileşime girmiş yüzeylere başka bir bireyin elleriyle doğrudan temas etmesi ve ellerini ağız, yüz ve gözlerine dokunması neticesinde bulaş yaşanmaktadır. (Meyerowitz vd., 2020; Dünya Sağlık Örgütü, 2020b)

Kapalı, kalabalık ve yeterince havalandırılmamış yerlerde havayoluyla daha uzaktan bulaş söz konusu olabilmektedir (Morawska ve Milton, 2019). Sağlık kuruluşlarında tetkik ve

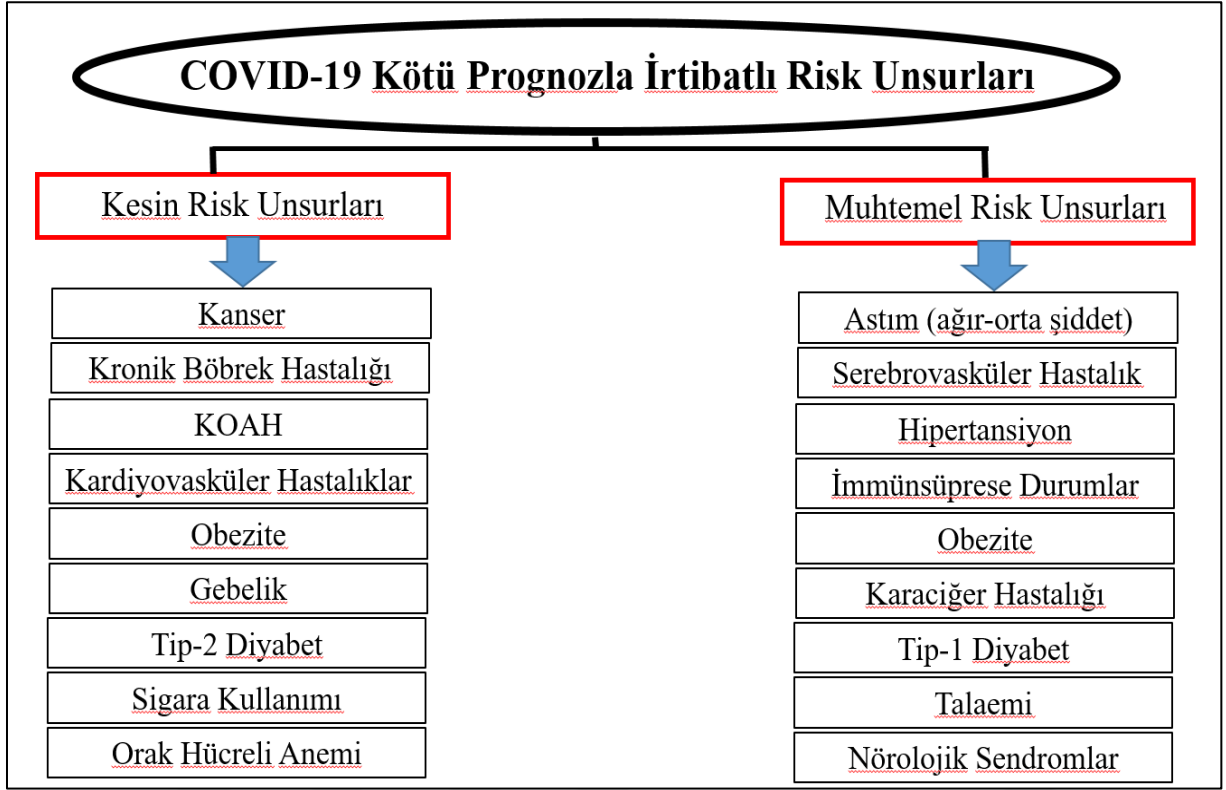
tedavi amacıyla yapılan girişimlerde damlacık meydana getiren ve yayılmasına neden olan entübasyon vb. bir takım uygulamalar da bir başka bulaş ihtimalini meydana getirmektedir. Hastalığın bulaştırıcılık zamanı net bir şekilde bilinmemekle beraber, belirtilerin kendisini göstermesinden 1 ila 2 gün evvelinden başlayarak, belirtilerin ortadan kalkmasıyla da son bulunduğu değerlendirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2020b).

2.1.4 Risk Faktörleri

Sağlık personeli COVID-19 salgınında en riskli işi yapan grup arasında gösterilmektedir. Diğer yandan, kadınlara nazaran erkekler, elli yaşın üzerindeki bireyler, kronik rahatsızlıkları olanlar, huzur evlerinde ikamet edenler, eğitim kurum/ kuruluşları, askeri birlikler, hapishaneler, göçmen kamplarında ikamet edenler de bu hastalık açısından riskli gruplar içerisinde yer almaktadır. Ayrıca, hamileler, ekonomik durumu iyi olmayanlar, sokakta yaşayanlar, ruhsal rahatsızlıkları bulunanlar da bulaş açısından yüksek riskli gruplar arasında yer almaktadır (Tümer ve Karaca, 2020).

COVID-19 semptom göstermeyen taşıyıcılıktan şiddetli seyirli olgulara kadar çok geniş bir klinik spektruma sahiptir. Yüksek ateş, tat ve koku duyusunda azalma, kas ağrıları, nefes almada zorlanma, burun akıntısı, halsizlik ve üşüme hali sıklıkla görülen belirtiler arasında yer almaktadır (CDC, 2019).

ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi “United States Centers for Disease Control and Prevention-CDC” COVID-19’un ağır seyretme olasılığıyla irtibatı olan farklı hastalık ve durumların bir tablosunu hazırlamış ve bu tarz rahatsızlıkları olan bireylerin daha fazla tedbir almasını tavsiye etmiştir. Bahse konu hastalıklar Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1: COVID-19 Kötü Prognozla İrtibatlı Risk Unsurları (NCIRD, 2020)

2.2 RİSK VE TEHDİTLER

2.2.1 Risk ve Tehditlerin Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından risk kelimesi zarar görme ihtimali, tehdidi olarak, tehlike kelimesi ise ciddi zarar ya da yok olmaya neden olabilecek durum şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2021). Sağlık kapsamında tehlike kişinin sağlığına yönelik meydana gelen tehditler şeklinde ifade edilmektedir. Tehlike iş sağlığı ve güvenliğine tehdit oluşturan, sıkıntıya neden olan, ciddi zarara neden olabilecek durumları belirtmektedir. Bulduğumuz çevrede değişik faktörler tehlike oluşturabilmektedir, fakat bu faktörlerle yüzleşme durumunda bu tehlikenin belli bir olasılık çerçevesinde meydana gelmesi söz konusudur; bu

kapsamda riskten bahsedilebilmektedir. Risk kavramı bir ihtimal durumunu ortaya koyan, onunla irtibatlı bir husustur ve tehlike şartlar içerisinde negatif bir olayın meydana gelme olasılığı şeklinde açıklanmaktadır (Bilir, 2005).

Çalışma şartlarındaki tehlikelerin ne şekilde riske evrildiğinin belirlenmesi ve bunların tanımlanması gereklidir. Bu hususlar göz önünde bulundurulmadığı takdirde, çalışanların sağlıklı ve güvenli bir atmosfer içerisinde çalışması, faaliyetlerini yürütmesi, iş kaynaklı sağlık problemlerinin önlenmesi mümkün değildir. İş ortamındaki tehlikeler engellenmediği durumda riske, iş kaynaklı sağlık problemlerine, meslek rahatsızlıklarına ve iş kazalarına neden olmaktadır. Sağlık personelinde hem çalışma koşulları hem yoğunluk farklı rahatsızlıklara ve problemlere sebep olabilmektedir (Bilir, 2005).

Diğer yandan, risk kavramı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda; “tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalini; tehlike ise işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelini anlatır” şeklinde ifade edilmektedir (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 2012).

DSÖ tarafından 2002 senesinde yapılan tanımda ise risk, bir olayın neticesinin negatif olma olasılığı olarak belirtilmiş ve riskin ne manalara gelebileceği açıklanmıştır. Buna göre risk ihtimal, arzu edilmeyen neticeyi meydana çıkaran faktör, bir netice, potansiyel bir zorluk ya da tehdit manasına gelebilmektedir (Yıldız, 2018: 5).

2.2.2 Sağlık Sektöründe Risk

Günümüzde sağlık yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak yorumlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü). Sağlık kuruluşları da kişinin sağlığını muhafaza etmek ve iyileştirmekle sorumlu olduğundan, esasında birey merkezli ve karışık bir yapı arz etmektedir. Bu sebeple sağlık kuruluşlarında değişik riskler söz konusudur.

Sağlık çerçevesinde risk; hastalık ya da kötü bir duruma düşme, yıpranma ve zarar görme ihtimalidir. Birey sağlığının çevre şartlarından etkilenmesine neden olarak negatifliklerin oluşma, kendisini gösterme olasılığıdır. Sağlık sektöründe risk yönetimi ve analizi, tehlikeleri ve bunun neticesinde kendisini gösteren risklerin kıymetlendirilmesini ihtiva etmektedir. Bu tehlikeler riske evrilmeden veya asgari seviyeye çekilerek risk yönetiminin etkili bir biçimde yapılması gereklidir (Güler ve Çobanoğlu, 1997:21).

Bilimsel araştırmalar sağlık çalışanlarının COVID-19 testinin pozitif olma riskinin topluma göre 12 kat fazla olduğunu, uygun kişisel koruyucu ekipmana ulaşamamanın ise riski %31 oranında arttırdığını göstermiştir. Uluslararası Af Örgütü tarafından Eylül 2020 de yapılan analizde COVID-19' a yakalandıktan sonra dünya çapında en az 7.000 sağlık çalışanının öldüğü ortaya konmuştur. Bu raporda en fazla sağlık çalışanı ölümü olan ülkeler Meksika (en az 1.320) ve ABD (en az 1.077) olarak kayıtlara geçmiştir. Türkiye bu listede 41 sağlık çalışanı ölümü ile 16. Sırada yer almaktadır.

2.2.3 Sağlık Sektöründe Çalışanların Güvenliğini Tehdit Eden Tehlike ve Riskler

Sağlık sektöründe çalışanların maruz kaldığı risk ve tehlikeler; (1) fiziksel riskler, (2) biyolojik riskler, (3) kimyasal riskler ve (4) psiko-sosyal riskler olarak dörde ayrılmaktadır (Özkan ve Emiroğlu, 2006).

- **Fiziksel Riskler:** Sağlık personelinin maruz kaldığı önde gelen fiziksel riskleri radyasyon, gürültü seviyesi, havalandırma, ışıklandırma, vibrasyon, hijyen ve uyku sorunları şeklinde ifade etmek mümkündür. Günümüzde teknoloji alanında yaşanan gelişmelerle beraber yüksek oranda radyasyon yayan cihazların daha yoğun bir şekilde kullanılmasıyla rahatsızlıkların fazlalaştığı ifade edilmektedir (Meydanlıoğlu, 2013) Radyona ciddi şekilde

maruz kalınmasıyla boğazda kuruma, gözün bozulması, kronik ağrı, vücutta kızarıklıklar, uyku problemleri, işitme hassasiyeti ve halsizlik gibi sorunlar kendisini gösterebilmektedir. Tüm bunların yanında radyasyon kansere yol açmaktadır (Küley, Üstün ve Gülen, 1987). Sağlık kuruluşlarında solunum sistemiyle alakalı rahatsızlıklarında çalışanlara bulaşma riski oldukça yüksektir (Parlar, 2008).

- **Biyolojik Riskler:** Bu riskler, kan ve vücut sıvılarıyla temas, solunum vasıtasıyla bulaşma neticesinde ve farklı vasıtalarla personele tesir ederek birçok bulaşıcı hastalığa sebep olabilmektedir (Aldem, Taş Arslan ve Kurt, 2013). Sağlık personelinin üçte ikisinin hastaların kan ve/veya vücut sıvıları ile asgari bir kez temasta bulunduğu, HIV pozitif olan sağlık personelinin yaklaşık yüzde 57'sinde yaşanan bu durumun yaptıkları iş kaynaklı olduğu ve hepatit B olma riskinin sağlık personeline normale oranla on kat yüksek olduğu belirtilmektedir (Emiroğlu, 2012).

- **Kimyasal Riskler:** Sağlık kuruluşlarında tedavi maksatlı kullanılan birçok kimyasal madde bir taraftan rahatsızlıklara şifa olurken bir taraftan da sağlık personeline ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Sağlık personelinin maruz kaldığı kimyasallar sitotoksik ajanlardan anesteziğe kadar geniş bir spektrumda birçok maddeyi içermektedir. Aynı şekilde çok farklı çeşit kimyasala maruz kalınması da doğal olarak anestezi kimyasallarının neden olduğu karaciğer, böbrek rahatsızlıklarından, solunum yolu hastalıklarına kadar farklı birçok rahatsızlığın kendisini göstermesine sebep olabilmektedir (Öcek, 2011).

- **Psiko-Sosyal Riskler:** Sağlık sektörü yapılan işin öneminden ve doğasından da kaynaklı olarak yoğun bir stres ortamına sahiptir. Sağlık sektöründeki iş stersinin sebepleri; yüksek iş yoğunluğu, uzun çalışma zamanları, düzensiz çalışma saatleri, iş ortamındaki münasebetler, görev dağılımı problemlerinin yaşanması, acı çeken ya da ölüm aşamasında olan hastalarla çalışma olarak gösterilebilmektedir (Al-Aameri, 2003). Vardiya düzeni içerisinde nöbet tutmayı da içerecek şekilde bir çalışma tarzı sağlık personelinin biyolojik,

ruhsal ve sosyal hayatını da negatif tesir eden bir durumdur. Sağlık çalışanlarının kaygı seviyesinin fazla olmasının ana sebepleri içerisinde acı çeken, durumu ağır kişilere hizmet sunulması, onlarla iletişim içerisinde olunması ve kimi zaman onların iyiliği içinde olsa acı veren bir takım uygulamalar yapmasıdır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda iş hayatındaki yoğun stresin sağlık personelinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ve iş tatminine negatif tesir ettiği ortaya konulmuştur (Karayemişoğlu, 2010).

2.3 TÜKENMİŞLİK

2.3.1 Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk defa 1974 senesinde Freudenger tarafından kaleme alınan bir makalede kullanılmış olup mesleki bir tehlike şeklinde ifade edilmiştir. Tükenmişlik duygusal açıdan bıkkınlık, bitmişlik, kişilik özelliklerinin kaybedilmesi ve başka bireylerle beraber çalışırken karşılaşılan kronik duygusal stresin neticesinde kendisini gösteren bir durumdur (Schwab, 1996). Maslach tarafından yapılan ve günümüzde büyük oranda kabul edilen tanımda tükenmişlik çalışma ortamındaki stres oluşturan nedenlere yönelik bir reaksiyon olarak ele alınmakta ve bu hususun da uzun soluklu olarak ortaya çıkan psikolojik bir rahatsızlık olduğu ifade edilmektedir (Maslach, 2003; Kavaz vd. 2014). Bu kavram duygusal talepler gerektiren hallere yoğun bir şekilde, uzun zaman maruz kalınmasının sebep olduğu bedensel, ruhsal ve duygusal tükenme halini ifade etmektedir. Bazı çalışmalarda tükenmişlik durumu, stresle etkili bir biçimde mücadele etmedeki başarısızlığın sonucu olarak değerlendirilmektedir.(Crego vd., 2009). Ortaya konulan tükenmişlik tanımlarının aşağıda sunulan beş ortak noktası bulunmaktadır. (Schwartz, Tiamiyu ve Dwyer, 2007; Yıldırım, 2008)

- Ruhsal ve duygusal tükenme, depresyon gibi olumsuz bulgular yoğundur.
- Fiziksel belirtilere nazaran ruhsal ve duygusal belirtilere daha yoğun vurgu yapılmıştır.

- Bulguların çoğu iş hayatıyla alakalıdır.
- Bu tarz bulgulara eskiden herhangi bir psikopatolojik rahatsızlığı tespit edilmemiş kişilerde de rastlanmaktadır.
- Netice itibarıyla meydana gelen durumda farklılaşan hareket ve davranışlar sebebiyle kişinin etkinliğinde, veriminde ve çalışma performansında azalma görülmektedir.

Maslach ve Jackson(1986) tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşmeden oluşan “ üç bileşenli bir psikolojik sendrom” şeklinde ifade etmiştir. Tükenmişlik öncelikle bireyin duygusal kaynaklarını tüketmesi ile ortaya çıkmakta ve kişinin duygusal anlamda tükenmesi ile neticelenmektedir. Duygusal anlamda tükenen birey bir sonraki aşamada çevresindeki insanlarla olan ilişkisini sınırlandırarak psikolojik olarak insnalardan uzaklaşır.Bu şekilde duyarsızlaşma boyutu kendisini gösterir. Son aşamada ise birey daha önceki olumlu tutumlarıyla şimdiki tutumları arasındaki ayrım fark eder ve bunun sonucunda mesafeli tutumlarının, çalıştığı kuruma ve topluma katkılarını sınırladığını düşünür. Böylece birey iş ve insan ilişkileri konusunda bir yetersizlik duygusu içine girmekte, işini yapma ve hizmetlerini sunma konusunda, kendini yetersiz görmeye başlamaktadır. Kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğilimi içerisinde olması kişisel başarı boyutu içerisinde ele alınmaktadır(Cordes ve Dougherty, 1993:624; Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2002:403; Maslach ve Zimbardo, 1982).

Tükenmişlik sonucunda ortaya çıkan belirtiler:

- Uyku Bozukluğu
- Psikosomatik rahatsızlık (vücutun çeşitli yerlerinde ağrı, karıncalanma, kaşıntı, mide barsak sistemi sorunları, çarpıntı, nefes darlığı şeklinde bedensel belirtiler)
- Yorgunluk
- Unutkanlık

-Uzun süreli strese bağılı olarak bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla ortaya çıkan sık hastalanma

-Psikolojik olumsuz tepkiler (depresif duygudurum, çabuk öfkelenme, hayatan zevk alamama, hastalara karşı duyarsızlaşma, kendilik değeri azalma) (Maslach ve Jacson, 1981).

Tükenmişlik durumunun daha ziyade insanlara hizmet edilen sektörlerde daha sık görüldüğü ileri sürülmekte olup bazı araştırmalarda sağlık personeli, öğretmenler, kolluk kuvvetleri, sosyal güvenlik çalışanları gibi meslek gruplarında tükenmişlik seviyesinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Avcı, 2013).

2.3.2 Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Özellikle sağlık alanında çalışan kişiler diğer hizmet sektörü çalışanlarına nazaran tükenmişlik açısından daha fazla riske maruz kalmaktadır (Karsavuran, 2014). Sağlık kuruluşlarındaki sıkıntılar, verilen hizmetteki ve hizmet veren çalışanlardaki kişi sayısı ve dağılımındaki eksiklikler sağlık çalışanlarında düş kırıklığı ve gerginlik meydana getirmekte, iş nedeniyle kendisini gösteren gerginlik ve tükenmişlik hali, kişinin depresyon, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar, uykusuzluk gibi fiziksel, işten ayrılma gibi organizasyonel neticelerin meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Demir, 1999: 34).

Sağlık personelinin yaşadığı tükenmişlik durumunun sebepleri genel olarak aşağıda sunulmuştur. Sağlık personelinin tükenmişlik sendromuna girmelerinde çalışma koşullarındaki risk oranının fazla olması da etkili olabilmektedir (Elçikoca, 2018):

- Çalışma alanındaki fiziksel şartların yeterince sağlanmaması,
- Hastalarla yaşanan sorunlar,
- İş yükünün aşırı fazla olması,
- Sağlık alanında çalışan kişiler arasında karşılaşılan iletişim problemleri,

- Sağlık kuruluşundaki idarecilerin tavır ve davranışları,
- Takdir eksikliği
- Organizasyonel anlamda yaşanan sorunlar,
- Sosyo-ekonomik faktörler,
- Karmaşa, yüksek gürültü ve beklenmeyen olaylar,
- Etkisiz kariyer olanakları,
- Çalışanın kişilik özelliklerinden kaynaklanan mükemmelliyetçilik, karamsarlık, kontrolcülük gibi etkenlerden dolayı daha çok zorlanması,
- Zaman baskısı,
- Çalışma hayatı dışında sosyal desteğin yeterince alınmaması,
- Toplumda kadın çalışanların cinsiyet rolünden kaynaklanan iş dışında kendilerinden beklentilerin fazla olması, enerjilerinin giderek azalması,
- Genç ve deneyimsiz olmak.

Sağlık sektörü kendi başına zorlu bir alan olup yoğun bakım koşullarında hizmet veren sağlık personellerinin vazifeleri daha da ayrı zorlukları içermektedir. Acil bölümlerde çalışan sağlıkçılar ciddi bir mesai temposu içerisinde. Ayrıca gelişen teknolojiye bağlı olarak yoğun bakım birimlerinde farklı, yeni sistem ve cihazlar kullanılmaktadır. Bu konu da sağlık personelinin ciddi seviyede stresle mücadele etmelerine sebep olarak tükenmişliği doğurmaktadır (Badır, 1999:50).

Sağlık personelinin tecrübe ettiği tükenmişlik durumu kendini kişisel ve kurumsal güçlükler bakımından ortaya çıkarmaktadır. Kişisel güçlükler çerçevesinde birtakım ünitelerde personel yığılmaları olmaktadır. Çalışan yığılmaları münakaşaların ve stresin meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Personelin ünitelere düzensiz bir şekilde

dağılmasıyla beraber stres ve gerginlik kendisini gösterebilmektedir. Bireysel güçlüklerin tükenmişlik bakımından değerlendirilmesi halinde mesleki kıdem arttıkça sağlık personelinde gün geçtikçe tükenmişlik kavramının alt yönlerinden biri olan duyarsızlaşma konusunun öne çıktığı görülmektedir. Bu konunun ana sebebiyse devamlı benzer durumla karşılaşılması sonucunda tepkisizleşmenin gün geçtikçe artmasıdır. Duyarsızlaşmayla birlikte sağlık personeli mesleklerine, yaptıkları işlere, hastalara ve olaylara ilişkin tepkisiz hareket ve tavırlar sergileyebilmektedir.

Organizasyonel güçlükler, kişisel güçlüklerle oranla sağlık personelinin karşısına daha fazla çıkan ve üstesinden gelinmesi gerekli olan güçlükleri ihtiva etmektedir. Bahse konu güçlüklerin bazılarını şu şekilde belirtmek mümkündür:

- işe zamanında gelmeme,
- iş yerinde verimin düşmesi,
- işe gelme arzusunun düşmesi ve
- işten ayrılma arzusu. (Yılmaz, 2017:26)

Sağlık personelinde tükenmişliğin engellenmesi için Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili kurumlara önerileri şunlardır:

- İyi iletişim
- Multidisipliner takım toplantıları
- Rotasyon
- Mizah ve katılımcı tekniklerin kullanılması
- Badi sistemi (bir deneyimli çalışanın bir deneyimsiz çalışanla eşleştirilmesi)

Sağlık personelinde tükenmişliğin engellenmesi için bireysel korunma önlemleri:

-Kişinin kendini monitörize etmesi yani kriz durumun farkında olarak ruhsal, zihinsel ve bedensel farkındalığının sağlanmasını,

-Kişinin iş ve yaşam dengesini sağlamasına yönelik uyku, dinlenme ve beslenme gibi ihtiyaçlarını gözeterek dengeli davranmaya çalışması

-Tükenmişlik sendromuyla karşı karşıya kalan sağlık personelinin suçluluk duymadan çalıştığı kurum ve çalışma arkadaşlarından yardım isteyebilmesi

Tükenmişlik haliyle mücadele etmek bakımından öne çıkan husus ilk olarak bu sorunun kabullenilmesinden geçmektedir. Bununla beraber bu sorunun ciddi bir konu olduğunu görmek problemle mücadele açısından ehemmiyetlidir. Sağlık personeli yoğun bir çalışma temposuna sahiptir. Bu tempo kimi zaman sağlık personelinin kendilerine ilişkin gözlem yapmalarını güçleştirmektedir. Bu bakımdan sağlık personelinin gündelik rutinlerinin dışarda gözlemlenmesi uygun olacaktır. Olağan üstü durumların bu kişilere iletilmesi tükenmişlikle mücadele edebilmeleri bakımından ehemmiyetli olacaktır (Düz, 2015:45).

Kurumsal çerçevede tükenmişlikle mücadele bakımından, bazı zamanlarda ilave donanımlara ve destek çalışanlarına müracaat etmek, sağlık hizmetlerinin ortaya koyduğu sorumluluk seviyesini tespit etmek, mükâfat sistemini ileriye götürmek, sorumluluk yetki dengesini kurmak, kurum içi iletişimi etkin hale getirmek önemli adımlar olarak kendisini göstermektedir. Bununla beraber, uzun çalışma sürelerini düşürmek, sosyal olanakları geliştirmek, sağlık personeline farklı kariyer imkânlarını sunmak da tükenmişlikle mücadelede fayda sağlayabilmektedir (Taycan vd., 2008:105).

2.4. KAYGI

2.4.1. Kaygı Kavramı

Kaygı kelimesi Yunancada “anxietas” kelimesinden türetilmiş olup endişe, merak ve korku manalarını ifade etmektedir. Kaygının fonksiyonu, muhtemel bir tehlike ve riske

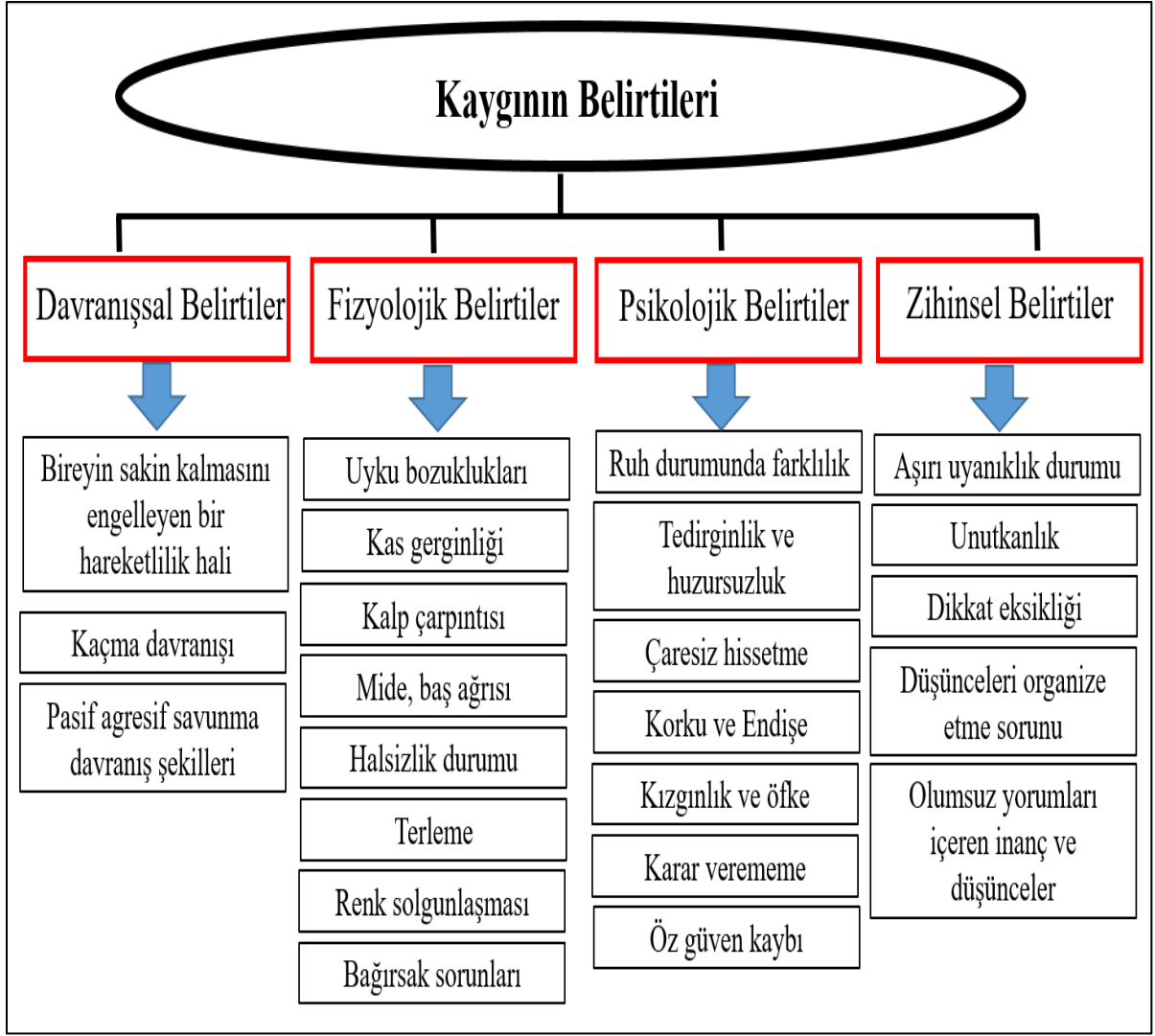
yönelik benliği ikaz etmek ve savunma sistemlerine işlerlik kazandırmaktır. Kaygı kavramı günümüzde bir kişinin birey olarak mevcudiyeti açısından esas gördüğü birtakım normların, belirsiz ve üstesinden gelemeyeceği riskler altında kalmasının anlaşılması ve hissedilmesi halidir. Kaygı, kişinin mevcudiyetine ya da özdeşim sunduğu şeylere ilişkin farklı yıkıcı durumlara yönelik gösterdiği reaksiyonudur. Kaygı kavramının bu olumlu niteliğinin yanında patolojik seviyelere ulaşmasıyla yıkıcı tarafları da bulunmaktadır. Mevcut yaşam koşullarında kaygı bozuklukları yüksek prevalansı, kronikleşme durumu ve tedavi zorluklarıyla ciddi bir halk sağlığı problemi durumundadır (Küey, Üstün ve Gülen, 1987).

Bireyin ebeveynleri tarafından horlandığı, dengesiz tavırlara maruz kaldığı, kabiliyetlerinin küçük görüldüğü ya da çok fazla korunduğu hallerde nevrotik tavırlar gösterdiği ve bu şekilde temel kaygının meydana geldiği belirtilmektedir. Kaygı bireyin anne karnından ayrılıp dünyanın riskli, tehlikeli gerçekleriyle bir araya geldiğinde kendisini gösteren duygu hali şeklinde de ifade edilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003).

Kaygı sorunları en fazla karşılaşılan ya da sıklıkla kendisi gösteren psikolojik rahatsızlıklardandır. Bu bozukluklar, ruh durumunun ya da duygusal halin temel rahatsızlığı şeklinde çok fazla ya da patolojik kaygıyı içeren bir hali içermektedir. Korku halinin patolojik durumu şeklinde görülebilecek kaygı, duydu durum bozulmaları, düşünsel ve bedensel hareketlerle kendisini göstermektedir (Karaca ve Ateş, 2019).

Kaygının teşhis kriterleri içerisinde en az 6 aydır devam eden endişe, endişenin üstesinden gelmede güçlük bulunmaktadır. Kaygı hali asgari 6 ay süresince ortaya çıkan huzursuzluk hali, dışlanmışlık, sürekli bir yorgunluk hali, odaklanmada zorlanma, sinir hali, uykusuzluk gibi semptomlardan 3 ya da fazlasıyla alakalıdır (Tongar, 2020:23).

Kaygının belirtileri genel olarak Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3.: Kaygının Belirtileri (Lee ve Graham, 2001).

2.4.2. Sağlık Çalışanlarında Kaygı

Sağlık çalışanları yaptıkları işin doğası gereği yoğun stres ortamı içerisinde faaliyet göstermektedir. Bu yoğun çalışma temposu ve stres içerisinde sağlık çalışanlarının sürekli olarak farklı hastalıklarla mücadele etmeleri kimi zaman kendilerinin de benzer hastalıklara yakalanma kaygısı yaratabilmektedir. (Yıldırımçakar, 2015).

Bireyin aile hayatı, bireysel özellikleri, ruhsal ve fiziksel durumu ile iş ortamı, durum ve zamana bağlı olarak değişiklik arz edebilmektedir. Her seviyedeki insanı tesiri altına alabilecek kaygı; performansın azalmasına, iş kaybına, strese ve depresyona neden

olabilmektedir. Kaygının meydana getirdiği dikkat eksikliği sağlık çalışanları açısından negatif bir unsurdur. Odaklanmanın en zaruri olduğu konulardan birisi olan insan sağlığının tedavi edilmesi için sağlıkçıların ciddi bir şekilde özen göstermesi gerekmektedir. Bu manada sağlık çalışanlarının kaygı durumları ve ruh halleri oldukça ehemmiyetlidir (Bıyık ve Boztaş, 2003).

Sağlık personeli vakitlerinin büyük bir bölümünü işyerlerinde yani sağlık kuruluşlarında geçirmektedir. Bu süre zarfı içerisinde tecrübe ettikleri durumlar, iş yükünün fazla olması ve çalışma zamanlarının haricinde kaygıya yol açacak farklı nedenler de bulunmaktadır. Yoğun radyasyona, kimyasal maddelere ve ilaçlara maruz kalma, enfeksiyon tehlikesi vb. konular sağlık personelinin sağlıklarını yitirme ve ölüm riski bakımında ciddi kaygı unsurlarıdır. Bunlara ilave olarak süre sınırı, eksik personel, sıklıkla tayin olma, hastalarla ve refakatçileri ile iletişim problemleri de farklı kaygı ve stres sebepleri arasında yer almaktadır. Yoğunlukta olarak asistan sağlık çalışanlarının yanlış yapma gerginliği ve tecrübesizliği oldukça kaygılı bir ortam meydana getirmektedir. Herhangi bir zorlu durumla karşılaşıldığında idari bakımdan yeterli desteği görmemek, uzun süre yoğun koşullarda çalışmak, vardiya sistemi ve sağlık çalışanlarının idari tarafından uygulanan baskıdan ötürü içerisinde bulundukları ortam kaygı duymalarına neden olmaktadır (Tel, Karadağ ve Aydın, 2013).

2.5. DEPRESYON

2.5.1. Depresyon Kavramı

Depresyon Latince “alçakta olmak ve bastırmak” manasına gelen “depressus” sözcüğünden türetilmiştir. XVI.yy.’dan itibaren kullanılan depresyon kavramı psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en fazla karşılaşılan hastalıktır (Shorter ve Marshall, 1997).

Türkçede psikolojik çökme manasında kullanılan depresyonun kendisini göstermesi kimi zaman belli bir tetikleyici nedenden kaynaklanmaktayken, kimi zaman da herhangi bir sebep olmaksızın hayatın gündelik problemleri karşısında kendisini gösterebilmektedir. Esasında hüznü durumu bulunan depresyon bazı bedensel ve psikolojik hayattaki negatifliklerle ve toplumsal etkileşimdeki bozulmalarla belirtiler sergilemektedir. Bu belirtilerden yola çıkarak depresyonun özüne inildiğinde esasında elem ve keder durumunun bulunduğu, bu durumun bireyin hayatında negatif bir tesir olarak depresyon sendromunu oluşturduğu belirlenmiştir (Karayağız, 2013: 62).

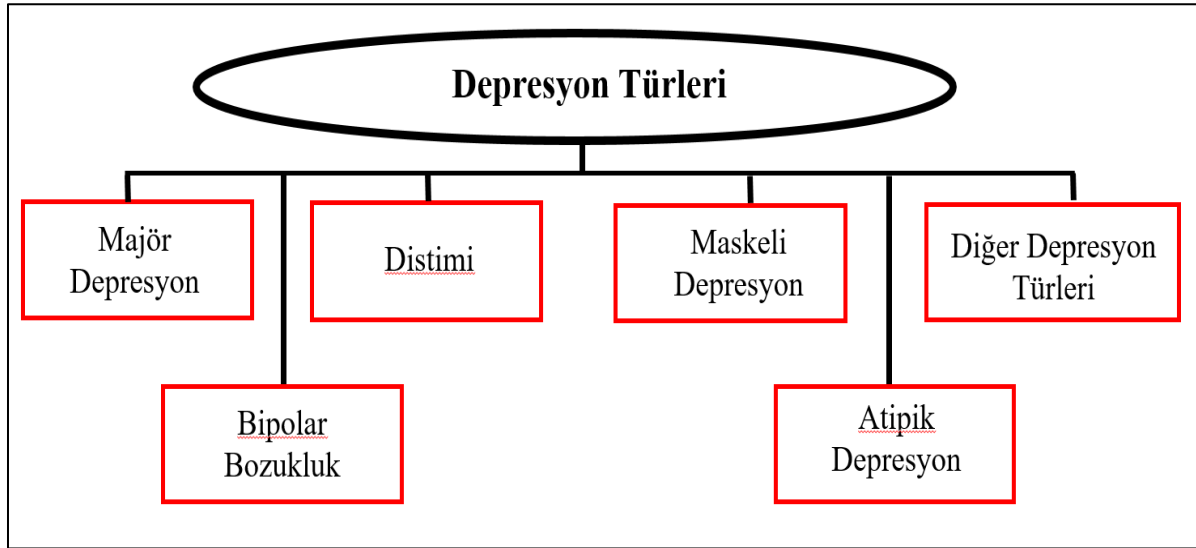
Sağlık dünyasında depresyon kavramını ilk defa ortaya koyan Hipokrat bu ruh durumunu melankoliyle ilişkili şekilde değerlendirmiş ve “kara safra” şeklinde ifade etmiştir(Yunusoğlu, 2018: 28).

Depresyon kavramı sadece bir hastalıktan öte pek çok alt gruplardan meydana gelen rahatsızlıklar bütünüdür. ABD Psikiyatri Birliği’nce meydana getirilen DSM-V’de depresyonun alt grupları şu şekilde ifade edilmiştir. (ABD Psikiyatri Birliği, 2013)

- Yıkıcı duygu durumu düzene koyamama rahatsızlığı,
- Majör depresif sorunlar,
- Devam eden depresyon bozukluğu,
- Kullanılan farklı maddelerin/ ilaçların sebep olduğu depresif rahatsızlıklar,
- Farklı bir sağlık probleminden ötürü meydana gelen depresyon bozuklukları,
- Tanılanmış depresyon bozukluğu.

Çoğu klinik rahatsızlıklarda olduğu gibi depresyonun da kendi içinde bazı çeşitleri bulunmaktadır. Gösterdiği semptomlara, semptomların ne kadar zaman sürdüğüne ve bu

semptomların kişinin gündelik hayatındaki tavır ve davranışlarına ne düzeyde negatif tesir ettiğine bağlı olarak belirlenen depresyon türleri Şekil 4’de sunulmuştur.



Şekil 4: Depresyon Türleri (Ertuğrul, 2010)

Depresyonun meydana gelmesine neden olan faktörleri (1) fiziksel, (2) sosyal, (3) biyolojik ve (4) genetik başlıkları altında sınıflandırmak mümkündür. Ayrıca, bu faktörler depresyona neden olan etkenler ve depresyonu tetikleyen etkenler şeklinde 2 esas kategoride de ele alınabilmektedir (Güleç, 2009: 52). Hâlihazırda kent hayatında karşılaşılan problemler, sosyal yardımlaşmanın azalması, iletişimin yöntemlerinin değişmesi, strese sebep olan faktörlerin fazlalaşması, bu zorluklarla mücadele metotlarının kifayetsiz kalması, ekonomik sorunlar depresyonun meydana gelmesini arttıran nedenler olarak kendisini göstermektedir (Kocacık ve Gökkaya, 2005).

Depresyon haliyle yoğun kaygı ve anksiyete bozukluğunun fazlalaştığı bir periyotta karşılaşılabilmektedir. Depresyon semptomları gösteren kişilerde davranışsal ya da sözel olarak verilen negatif uyarıcılar karşısında reaksiyon düzeyinde düşme, tüm eylemlere ve faaliyetlere karşı ilgisizlik, kilo kaybı gibi fiziksel durumda değişiklikler, uyku sorunları ve devamlı yinelenen ölüm fikirlerine sıklıkla karşılaşılmaktadır (Çakır, 2009).

2.5.2. Sağlık Çalışanlarında Depresyon

COVID-19 pandemisi esnasında yüksek risk altında görev yapan sağlık çalışanlarının, hasta olma, yakınlarına hastalığı taşıma ve bulaştırma riski, tedavinin ve hastalık seyrinin belirsizliği ve uzun saatler süren yoğun çalışma temposunun yarattığı stresle karşı karşıya kalmanın sonucu olarak ruhsal anlamda diğer meslek gruplarına nazaran daha olumsuz etetlenmektedir (Chen Q ,Liang M, Li Y Lancet Psychiatry 2020;87:34-39).

Sağlık çalışanlarının vazifelerini icra ederken yüzleştikleri stres etkenlerinin fazla olması ve sağlıkçılara duyulan saygının azalması neticesinde bu meslek grubu depresyon açısından riskli bir topluluğu teşkil etmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık personelinde depresyon tehlikesinin toplumdaki diğer gruplara nazaran daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Martin vd., 1997; Cihan, 2011).

Yoğun bakım birimleri gibi kapalı ortamlarda vazifelerini icra eden sağlık personeline tesir eden pek çok etken depresyona ortam hazırlamaktadır. Genel olarak durumu kötü hastalara bakılması, uzun zaman yatan hastalarla empati yapılması, iletişim kısıtlılığı, gürültü seviyesi yüksek cihazların kullanımının fazla olması gibi etkenler sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını negatif etkilemekte ve depresyon seviyelerini arttırmaktadır.

Konuya ilişkin olarak İngiltere’de yapılan bir çalışmada sağlık personelinin iş ortamında tecrübe ettikleri negatif hadiseler ve çalışma koşullarına ilave olarak iş haricindeki negatifliklerin ve karakter özelliklerinin bireyi depresif bir duruma getireceği belirtilmiştir. Sağlık personelinin depresyona girmelerine sebep olabilecek unsurlar içerisinde stres, rol belirsizliği, yüksek çalışma temposu, mükâfatlandırılmama ve idareyle problemler bulunmaktadır (Weinberg ve Creed, 2010 akt Kaya, 2007).

Türkiye’de sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada “bullying” yani yıldırma, zorbalık, iş yeri tacizi ile depresyon arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmada sağlık personelinin yaklaşık üçte birinin bullying davranışı ile muhatap olduğu ifade edilmiştir. Bullying davranışına muhatap olan ve olmayan bireyler mukayese edildiğinde muhatap olanların depresyon semptomları yaşadıkları ortaya konmuştur (Yıldız ve Yıldız, 2009).

2.6. STRES

2.6.1. Stres Kavramı

Stres kavramı yakın dönemde isminden sık bir şekilde söz ettiren bir konu olarak kendisini göstermektedir. Çağdaş yaşamın ortaya koyduğu düzen içerisinde üstesinden gelinmesi en zor rahatsızlıklar arasında olan stres, süratli değişim, mücadele ve rekabetle dolu düzen içerisinde kişinin verimine ve sağlığına olumsuz tesir etmektedir. Çalışma koşulları, kişisel gereksinimlerin değişmesi ve artması, küreselleşen dünya düzenine uyum sağlama gayretleri stresin daha da artmasına neden olmaktadır (Erdoğan, Ünsar ve Süt, 2009: 447).

Latince kökenli “estrece” sözcüğünden türetilmiş olan stres kelimesi zorlama, gerginlik hali ve baskı manalarına gelmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2002: 23). Stres en temel şekilde bireyin ruh dengesini bozan pek çok faktörün neticesinde kendisini gösteren gerilim ve baskı altında kalma durumu olarak belirtilmektedir. Gerilim, şiddet, baskı vb. kavramlarla irtibatlandırılan stres kelimesi, ruhsal ve fiziksel duruma bağlı olarak kendisini gösteren ve kontrol edilmediği zaman önemli seviyelerde sağlık sorunlarına sebep olan bir olgudur (Aşık, 2005).

Stres kavramı duruma göre değişik manalara gelebilmektedir. Çalışan açısından fazla iş, iş veren bakımından işlerde sorun yaşanması, idareci bakımından iş görenlerin vazifelerini düzgün yapmamaları, talebe bakımından sınav endişesi, ev hanımı bakımından ev işleridir.

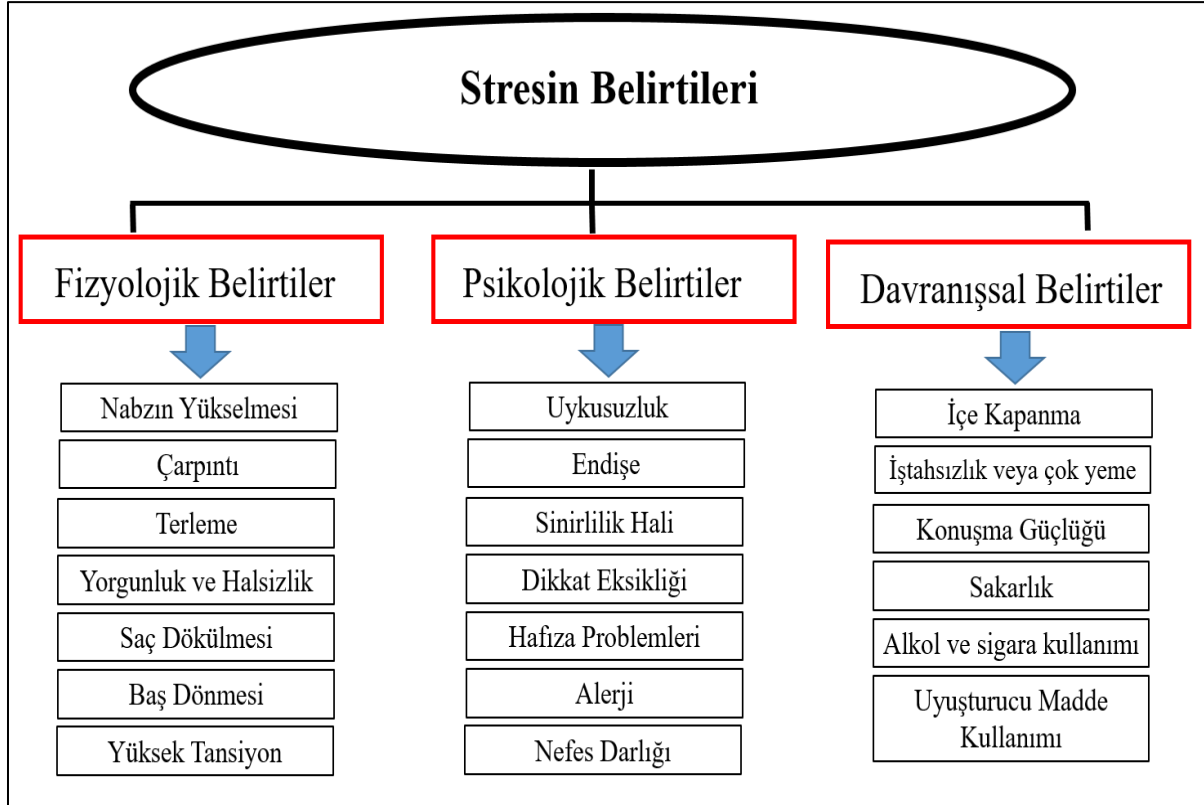
Stresin kişi üstündeki tesirlerine yönelik ilk bilimsel araştırma 1956 senesinde Hans Selye tarafından ortaya konmuştur. Selye'ye göre strese neden olan bir olay veya durumla karşılaşan kişi fiziksel, ruhsal ve davranışsal olarak bir takım reaksiyonlar göstermektedir. Bu reaksiyonlar nabzın süratlenmesi, titreme hali, ağızda kuruma, terleme, yeme bozukluğu, huzursuzluk hali, yorgunluk ve halsizlik vb. farklı semptomlardır. Bu semptomlar, neden olduğu nörobiyopsikolojik tepkilerle ortaya çıkmakta ve bu tepkiler de kişinin nöropsikososyal özellikleri tarafından belirlenmektedir (Gunnar Quevedo vd.,2007). Bu durumda birey elinde bulundurduğu biyolojik ve psikolojik imkânlarla stres meydana getiren hadiseyle mücadele etmeye ve bu duruma uyum göstermeye gayret etmektedir. Adaptasyonun sağlanması halinde başlangıç döneminde kendisini gösteren reaksiyonlar ortadan kalkmaktadır. Fakat stresin uzun soluklu olarak sürmesi ve adaptasyonun sağlanamaması durumunda tükenme hali kendisini göstermeye başlamakta, birey rahatsızlanmakta ve hatta ölümle sonuçlanan olaylar yaşanabilmektedir (Tuğrul, 2000:12).

Stres bireyin fiziksel ve ruhsal durumunu, hal, hareket ve davranışlarını, iş verimini ve çevresiyle olan ilişkilerini, bağlarını negatif etkileyen psikolojik bir kavramdır (Tutar, 2004: 204). Stres kişinin fiziksel ve sosyal ortamında meydana gelen negatif şartlardan ötürü, fiziksel ve psikolojik kuvvetinin üzerinde gayret göstermesi, kişinin sahip olduğu kuvveti aşan bir olayla yüzleşmesi şeklinde ifade edilmektedir (Cüceloğlu, 2004: 321).

Stresin kaynakları (1) bireysel, (2) örgütsel ve (3) çevresel olarak şekilde 3 başlıkta ele alınmaktadır. Kişisel stres kaynağında bireylerin yaşadıkları olaylardan ziyade tecrübe ettikleri bu olaylara yükledikleri manadan dolayı strese girdikleri iddia edilmektedir. Bu nedenle kişinin bireysel özellikleri kendi başına ayrı bir stres unsurudur (Gümüştekin, 2004: 63). Örgütsel stres kaynakları, yapılan işin özelliğı, kurumsal politikalar, çalışma ortamı, bireyler arasındaki münasebetler ve kariyer planından kaynaklanan stresler şeklinde ele alınmaktadır. Stresin meydana gelmesine neden olan pek çok çevresel etken bulunmaktadır.

Çevresel stres kaynaklarını sosyal ve kültürel hayatta karşılaşılan sorunlar, teknoloji alanında yaşanan dönüşüm ve ilerleme ile fiziksel çevre koşulları şeklinde ifade etmek mümkündür (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002:20).

Stresin belirtileri genel olarak 3 başlık altında ele alınmakta olup Şekil 5'te sunulmuştur.



Şekil 5.: Stresin Belirtileri (Yüce, 2014: 61).

2.6.2. Sağlık Çalışanlarında Stres

Sağlık personeli gündelik faaliyetleri ve yaptıkları işler esnasında birçok vazife ve sorumluluğu yerine getirmekte olup bu durum sağlık personelinin daha kolay stres yaşamalarına neden olmaktadır. Sağlıkla alakalı ihtiyaçların belirlenmesinde, bireysel hizmet sunulmasının gerçekleşmesinde, sağlık personelinin pozisyonları oldukça öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının insanlarla iletişim kurma kabiliyetleri, beden dilini iyi kullanabilmeleri ve bu durumu hareketlerinde karşıya gösterebilmeleri, görevlerinin önemini arttırmaktadır.

Hasta bireylerle bire bir iletişimde olmaları, o kişilerin hissettiklerine ortak olmaları, empati kurabilmeleri sağlık personelinin pozitif veya negatif olarak etkileyebilmektedir. Yoğunlukta olarak genç personel iş deneyimlerinin daha az olması veya özel hayatlarından beklentilerinin çok olmasından ötürü, bu tarz hadiseler karşısında daha fazla stres yaşayabilmektedir. Evli, aile sahibi çalışanlar bekarlara nazaran daha hoş görülmesi olabilmektedir. Bu hususlara ilave olarak, sağlık personelinde çalışma zamanı, yaş, eğitim durumu, işteki pozisyonu, cinsiyet, maddi imkanları, evli bekar olma durumu vb. etkenler stresten etkilenme seviyelerini belirlemektedir.(Aşık, 2010: 34).

Covid-19 tanısı almış hastalarla temas halinde yüksek risk altında çalışanların stres düzeyi %63 olarak belirlenmiştir(Lai ve ark 2020).

Konuya ilişkin olarak dünya çapında yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları içerisinde kadınların erkeklere oranla daha çok stresle karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu durumun sebebi kadınların çalışma ve aile hayatlarında daha fazla sorumluluk almalarından kaynaklanmaktadır (Tansu, 2009:76).

Devamlı olarak değişiklik arz eden çalışma ortamı, kararların süratli ve isabetli bir biçimde verilmesini ve yüksek performansla çalışılmasını gerektirmektedir. Başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının; asgari hata ile çalışılması, motivasyonlarının fazla olması, kararlı olunması, zamanın güzel bir biçimde idare edilmesi vb. becerilere sahip olunmasını zaruri kılmaktadır. Benzer şekilde mesleki tehlike ve risklerin de fazla olması iş ortamındaki şartların neticesidir. Bu risklerin iş yerinden dışarıya taşınma olasılığı da sağlık çalışanlarının işyerindeki stresleri özel hayatlarında da sürdürmelerine sebep olmaktadır.

Her alanda işin doğasında karşılaşılan güçlükler, sağlık çalışanlarında daha da fazlalaşmaktadır. Sağlık hizmeti almak maksadıyla hastanelere gelen bireylerin zaten çektikleri sıkıntılardan ötürü stres içinde oldukları göz önünde bulundurulursa ve bu duruma iş yerindeki stresinde ilave edilmesi halinde karşılıklı münasebetler etkilenmekte, olumsuzları

arttırmakta ve gerilimlere sebep olmaktadır. Bunlara ilave olarak sağlık çalışanlarının tatiller ve özel günler dahil devamlı hizmet sunmaları, üzerlerine düşen hasta rakamlarının olması gerekenin çok üstünde olması, dinleme zamanlarının kısıtlı olması ve yaşamları süresince nöbet sistemi içerisinde olmalı vb. zorlu koşullar, uyku düzensizlikleri, halsizlik, bitkinlik, iş kazaları, dikkat ve odaklanma problemleri gibi sorunlar strese bağlı problemlerin fazlalaşmasına sebep olmaktadır (Derin, 2007: 29).

Sağlık alışanlarında uzun zaman stresli bir şekilde yaşamları kaygı ve endişe seviyesinin yükseltmekte ve endokrin sisteminin devamlı olarak tetiklenmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda oluşan ritmik bozukluklar, çarpıntı, tansiyon ve kan şekeri değişiklikleri görülmektedir.

Sağlık alışanlarının stres seviyelerinin fazla olmasında uyku sorunları, çalışma koşullarının zorlu olması, sorumluluk seviyesinin fazla olması, vazife ve yetkilerinin sağlık kuruluşunca net olarak tespit edilmemiş olması ve sağlık kuruluşunun uygun ve yeterli cihaz ve sisteme sahip olmaması gibi konular da sebep olabilmektedir. Sağlık personelinin tecrübe ettiği stres bu kişilerin psikososyal ve bedensel durumlarına da olumsuz şekilde tesir etmektedir. Ayrıca sağlık personeline ilişkin şiddet olayları da stres seviyesinin artmasına sebep olan ciddi faktörler arasında yer almaktadır (oşar, 2019: 43).

Günümüzün en ciddi problemlerinden olan stresin çalışma yaşamındaki tesirleri gün geçtikçe daha da çok hissedilmektedir. Ruhsal ve bedensel olarak yüksek tempoda faaliyet gösteren sağlık personelinin stresin negatif tesirinden sakınması da çok mümkün görülmemektedir. Bireye zel hizmet sunan sağlık personelinin içerisinde yaşadığı şartlar, her zaman değişkenlik arz edebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak gelişen olayların seyri sağlık personelini direkt veya dolaylı bir şekilde etkilemektedir. Bununla birlikte mesleki isteklerin giderilememesi, maddi imknsızlıklar, iş doyumunun temin edilememesi vb. pek çok neden sağlık personelinde stres tesirlerinin daha st seviyede yaşanmasına neden olmaktadır. Bu tarz

tesirler neticesinde meydana gelen iş stresi, kişisel stres faktörlerinin tetikleyicisi konumuna gelebilmektedir. Bu manada sağlık hizmeti alan kişiler kadar sağlık çalışanlarının da sağlıklarının korunması önem arz etmektedir (İlter, 2014: 50).

2.7. SOMATİZASYON

2.7.1. Somatizasyon Kavramı

Somatizasyon konusu, tarihsel süreçte farklı şekillerde açıklanmış ve somatoform rahatsızlıklar adı altında somatizasyon bozukluğu şeklinde incelenmiştir. (Bass ve Benjamin,1993) Somatoform bozukluklar, tıbbi bir rahatsızlık düşündüren fiziksel belirtilerin bulunduğu ancak herhangi bir organ patolojisi veya bilinen herhangi bir fizyopatolojik mekanizmanın bulunmadığı rahatsızlıklardır. Bu sebepten ötürü somatizasyon bozuklukları, psikiyatri alanı kapsamında ele alınmaktadır. Somatizasyon bozuklukları ilk defa DSM-III'de belirli bir kategori içerisinde ele alınmış ve farklı psikolojik rahatsızlıklardan ayrılarak değerlendirilmiştir. (Sadock vd., 1989)

Bu tarz rahatsızlıkları organik tıbbi rahatsızlıklardan ayırmak kolay değildir. Kişinin semptomları bakımından tıbbi bir sebep tespit edilemeyip, psikolojik etiyoloji hususu gündeme getirildiğinde farklı problemler kendisini göstermektedir. Bunun sebebi, kişideki bulguları anatomi, patoloji ve fizyopatolojinin örneklerine benzetip, ortaya konulan değerlendirmelerin güvenilirliğinin sorgulanmasıdır. Bu duruma ilave olarak tanı konulmamış fiziksel rahatsızlıkları olan bireyler belirtileri doğru şekilde yansıtmayabilmekte veya durumu abartılı bir şekilde ortaya koyabilmektedir. Ayrıca, somatoform rahatsızlıklar eskiden tıbbi bir bozukluğu bulunan kişilerde de kendini gösterebilmektedir. (Cloninger vd., 1984)

Somatizasyon kişinin psikolojik ya da sosyal hayatında yüzleştiği problemleri, fiziksel bir problem olarak algılaması, fiziksel problemlermiş gibi reaksiyonlar vermesi ve çözüm araması davranışıdır. (Ünal, 2002) Tıbbi verilerle uyum göstermeyen semptomların ve bozuklukların çevreyle iletişimi ve yardım arama yönünde kullanılmasıdır. (Çitemel, 2010). Somatizasyon problemi olan bir kişinin tecrübe ettiği belirtilerin fiziksel olarak bir karşılığı söz konusu değildir. Somatizasyon çoğunlukla ruhsal problemlerin fiziksel bulgulara dönüşmesi şeklinde ifade edilmektedir. (Sayar ve Ak, 2001)

Somatizasyon, karşılaşılan problemlerin beden üstünde karşılık bulmasıdır. İnsan, bireysel, toplumsal ya da iktisadi problemlerini ağrı olarak ifade etmektedir. Ağrılar vasıtasıyla belirli kazanımların elde edilmesi de hedeflenebilmektedir. Örneğin, ağrılar, önemsenme, ilgilenilme vb. istekler açısından ikincil kazanç aracı olarak görülebilmektedir. (Işık ve Işık 2010)

Guggenheim' ın 2000 de yayınladığı nörobiyolojik çalışmada somatizasyon bozukluğu tespit edilen kişiler , sağlıklı kontrollerle kıyaslanmış, işitsel uyarılmışlık seviyelerindeki farklılığa bağlı işlevlerde bozulmalar gösterilmiş; somatizasyon bozukluğu olan kişilerin ilgili ve ilgisiz uyaranlara benzer reaksiyon vermesiyle seçici dikkat ile ilgili sorunlara vurgu yapılmıştır(Akt. Atmaca, 2012).

Somatizasyon teşhisi açısından vücudun 4 bölgesinde ağrı ve semptomların bulunması gerekmektedir. (Benk, 2006). Sesin gitmesi, duymaya yönelik sorunlar, görme kayıpları, yutkunma problemi vb. aldatıcı nörolojik semptomlar; bedenin tamamında görülen ağrılar; kusma, bağırsak sorunları vb. sindirim problemleri; cinsel isteksizlik, cinsel ilişki esnasında duyulan ağrı belirtileri somatizasyon belirtileri arasında yer almaktadır. Somatizasyon teşhisi açısından asgari on belirtinin otuzlu yaşlar evvelinden başlayarak uzun seneler sürmesi gerekmektedir. (Güleç, 2009)

Somatizasyon sorunu bulunan bir kişinin aynı zamanda bu duruma ilave olarak fiziksel bir hastalığı da bulunabilmektedir. Depresyon ve kaygı sorunları bu rahatsızlıkla beraber sıklıkla görülmektedir. Bu duruma ilave olarak somatizasyon kimi zaman farklı bir rahatsızlığı da ötebilmektedir. (Brown, 2004)

2.7.2. Sağlık Çalışanlarında Somatizasyon

Sağlık çalışanlarında somatizasyon durumuna ilişkin olarak çok farklı çalışmalar ortaya konulmuş olup farklı değerlendirmeler sunulmuştur. Sağlık çalışanlarında somatizasyon konusuna ilişkin genel hususlar aşağıda sunulmuştur (Bolat, 2010).

- Sağlık personelinin bireysel özellikleriyle somatizasyon seviyeleri ele alındığında, somatizasyonla cinsiyet ve alkol tüketimi arasında manalı bir fark söz konusudur. Bu kapsamda somatizasyon verileri erkeklere nazaran kadınlarda daha fazla bulunmaktadır. Diğer yandan, sağlık çalışanlarında alkol tüketimi düştükçe somatizasyon görülme oranı artmaktadır.

- Mesleki çalışma şartları ve somatizasyon değerlendirildiğinde çalışma saatleri arttıkça somatizasyon seviyesi de artmaktadır. Bu kapsamda, haftalık 45 saatten fazla mesai yapan sağlık çalışanlarında somatizasyon seviyesinin daha fazla olduğu belirtilmektedir.

- Sağlık çalışanlarında somatizasyonla eğitim seviyesi arasında manalı bir ilişki söz konusudur. Bu kapsamda sağlık çalışanlarında eğitim seviyesi düştükçe somatizasyonla karşılaşma ihtimali artmaktadır.

2.8. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

2.8.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Bedensel rahatsızlıklar kadar ruhsal rahatsızlıkların da ana nedenlerinden biri stresli bir hayattır. Kişiler stres tecrübe ettiklerinde bu durumdan benzer seviyede

etkilenmemektedir. Psikolojik dayanıklılık, stresli durumlarla yüzleşildiğinde bir dayanma kaynağı olarak kendisini gösteren karakter özelliğidir. (Williams, 2001)

S.Kobasa tarafından ortaya atılan bu kavram, stresin tesirlerine dayanma ve stresten sakınmaya, tampon olma niteliğiyle dikkat çekici bir unsur olarak ele alınmıştır. Stresin üstesinden gelmede, çevresel ve sosyal etkenleri değiştirmek kolay olmadığından stresle mücadele konusundaki çalışmalar çoğunlukla psikolojik dayanıklılık üstüne odaklanmıştır. (Judkins, 2006)

2005 de Friberg ve arkadaşlarının yayınladığı makalede psikolojik dayanıklılık; ruh sağlığında iyilik halini devam ettirmek için önemli faktörleri ortaya koyma ve stres durumu yaratan negatif olaylarda üstesinden gelebilirliği sağlamaktır. Bunların dışında sosyal yeterlilik, öz yeterlilik, yapısal model, aile uyumu, sosyal kaynaklar gibi durumlarında değerlendirilmesi önemlidir(Akt. Bitmiş, Sökmen ve Turgut , 2013).

Psikolojik dayanıklılık kavramı birbiri arasında bir bağlantı olan “Bağlanma (Commitment), Kontrol (Control) ve Meydan Okuma (Challenge)” inanışlarının bütünü olarak kendisini göstermektedir. Psikolojik dayanıklılık kapsamında ele alınan bu üç faktör stresli durumlarda muhtemel riskleri fırsata çevirecek cesaret ve motivasyonu temin etmektedir. (Ghorbani vd., 2000)

Psikolojik dayanıklılık insan sağlığına hem bedensel hem de psikolojik olarak pozitif tesir ederek stresin meydana getirdiği negatif tesirleri asgari seviyeye çekmektedir. (Çam, 1992) Anksiyete, somatizasyon ve depresyonla psikolojik dayanıklılık kavramları arasında ters yönlü bir etkilenim söz konusudur. Psikolojik dayanıklılığı iyi olan bireyler daha yoğun çalışabilmekte, yaşanan olayları daha pozitif algılayabilmektedir. (Judkins ve Ingram, 2002)

Gündelik hayatın olumsuzluklarının tesirini azaltan bir bireysel özellik olan bu kavram insanla, çevre ilişkisi neticesinde kendisini gösteren ve negatif bir durum karşısında ortaya

ıkan bir süreçtir. Bu kavram olumsuz olaylarla mücadele etmeyi ifade etmektedir. (Crowley vd., 2003)

Psikolojik dayanıklılık kavramı Latince “resilire” kelimesinden türetilmiş olup İngilizcede “psychological resilience” olarak ifade edilmektedir. Psikolojik dayanıklılık en basit şekilde g şartlardan sratlı bir şekilde kurtulabilme ve direnç gösterebilme manasına gelmektedir. (Soanes ve Stevenson, 2006: 1498) Karşılaşılan stresli bir olayda performans ve sağlığını muhafaza edebilme şeklinde belirtilen psikolojik dayanıklılık, bireylerin hayatlarını sürdürebilmesi bakımından sorunlu durumlarla mücadele hususunda oldukça önemlidir.

Yapılan bazı tanımlamalarda psikolojik dayanıklılık, başarı ve sağlıklı iletişimi esas olarak kişinin ilişkisel potansiyelini merkeze alarak konuya açıklamaya çalışmaktadır. (Ungar, 2008)

2.8.2. Sağlık alışanlarında Psikolojik Dayanıklılık

İnsanlara sağlık desteği veren sağlık alışanlarında psikolojik dayanıklılık konusu dikkat çekici bir yer işgal etmektedir. Sağlık alışanları, acı ve üzücü olayların ileri seviyede ve sıklıkla tecrübe edildiği zorlu bir mesleği icra etmektedir. Bu zorlu, acı dolu ve üzücü tecrübeler sağlık alışanlarında farklı psikolojik değişimler meydana getirebilmektedir. Psikolojik dayanıklılık kavramı da bu değişimin arasında yer almaktadır. Sağlık alışanlarında psikolojik dayanıklılık kavramına yönelik olarak yakın dönemde pek çok araştırmalar yapılmaktadır. Konuya ilişkin olarak özellikle hemşirelere yönelik farklı çalışmalar ne çıkmaktadır. (am ve Büyükbayram, 2017; Gmşen, 2017) Sağlık alışanlarının psikolojik dayanıklılığını yükseltmek maksadıyla iş ortamının güzelleştirilmesi, eski, hlihazırdaki ve ileriye yönelik olarak öz sayėı ve farkındalığın temin edilmesi gerekmektedir. (Margaret ve Lowe, 2011)

Hasta kişilerin iyilik durumunun devam ettirilmesinde başta doktorlar ve hemşireler olmak üzere ana sorumluluk sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık çalışanları kişinin bedensel ve psikolojik durumunu tanımlayarak, kişinin algıları, duyguları ve düşünceleri çerçevesinde tedavi ve bakımına kendinin de aktif bir şekilde katılmasını temin etmeli, kişiye ailesel, çevresel ve profesyonel manada yardım ederek kişinin hayat standardını arttırmalıdır. İyi bir sağlık hizmeti verebilmesi açısından sağlık çalışanlarının kendi gereksinimlerinin de bilincinde olarak kişiyi anlaması gerekmektedir. Kendisini bilen ve psikolojik dayanıklılığını yükseltmek maksadıyla gelişime açık olan sağlık çalışanları kişinin gereksinimlerini daha net idrak edecek ve üst düzey bir hizmet sunulması için potansiyellerinin bütününe gösterecektir. (Selvi, 2020: 13)

Sağlık çalışanları çalışma hayatının stresli olması, kötü durumda olan hastalara yardımcı olunması esnasında yaşananlar ve sağlık sisteminde mevcut olan sorunlar gibi sebeplerle birçok problem yaşamaktadır. (Gillespie, 2007) Fakat ortaya konan araştırmalar incelendiğinde, sağlık çalışanları beklenmedik zorlu bir durumla yüzleştiklerinde, sahip oldukları koruyucu etkenlerin (bireysel, sosyal ve mesleki) psikolojik dayanıklılığı arttırdığı, psikolojik dayanıklılığın da sağlık çalışanlarında öz güven, mücadele etme, şartlara adapte olma, motivasyonel bir hayat kuvveti meydana getirme gibi kabiliyetlerin gelişmesini pozitif manada etkilediği görülmüştür. (Editorial, 2008)

2.9. DAMGALAMA

2.9.1. Damgalama Kavramı

Damgalama kavramı ilk defa Eski Yunan'da suçlu ve tehlikeli olarak görülen kimseleri diğerlerinden ayırmak maksadıyla bedenlerini dağlama konusunda kullanılmıştır. (Taşkın, 2007) Psikiyatri alanında ise damgalama bir bireyin kendisinde bulunan bir özelliğinden ötürü, kişinin saygınlığını azaltarak o kişiyi toplumdan dışlamak, farklılaştırmak manasını ifade etmektedir. (Goffman, 1963) Farklı bir tanımda ise damgalama kavramı

yalnızca bir bireye ilişkin olarak yapılan negatif atf ve inanışlarla değil, kişinin iyileşmesini önleyerek de ortaya koyulabilmektedir. (Ritscher vd., 2003)

Damgalama kavramı farklı biri söz konusu olduğunda kolay bir biçimde kendisini gösterebilmektedir. Damgalamadan söz edebilmek için en az 2 birey olmalıdır. Damgalanan gruplar göz önünde bulundurulduğunda yakın dönemde öne çıkan grubun ruhsal rahatsızlığı bulunan kişiler olduğu görülmektedir. Bazı yazarlar tarafından damgalama, ruhsal rahatsızlığı bulunan kişilerin tehdit edildiği bir süreç şeklinde ele alınmaktadır. (Link ve Phelan, 2001) Damgalama süreci çok yönlü olmakla beraber kendisini etiketlemeyle göstermektedir. Etiketleme psikolojik rahatsızlığı bulunan bir kişinin rahatsızlığıyla alışılmadık bir hareketi irtibatlandırmakla kendisini göstermektedir.

Damgalamayla bireyin veya grubun değişik olduğu vurgulanır ve bu farklılık sebebiyle damgalı bireylere pek çok negatif özellik yakıştırılmaktadır. İlk olarak damgalanan ve müteakiben bazı negatifiklerin yakıştırıldığı bu bireyler toplumda itibarsızlaştırılarak, ötekileştirilir, dışlanır, izole edilir, ortadan kaldırılmak için gayret sarf edilir veya yok olması maksadıyla öylece bırakılır. Damgalamada esas gaye ve netice ayırıştırmak ve dışlamaktır. (Taşkın, 2007)

Psikiyatrik rahatsızlıkları bulunan kişiler damgalamadan en çok etkilenen grup olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların ruhsal rahatsızlıklara yönelik davranışı, hastaları tehlikeli ve hareketleri ön görülemez bireyler olarak görmeleriyle alakalıdır. Ruhsal rahatsızlığı bulunanların damgalanması, rahatsızlık belirtilerin anlaşılmaz ve ürkütücü olarak nitelendirilmesiyle başlamıştır. Psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin damgalanması, bu bireylerin tedaviye uyumundan, sosyal iletişimlerine kadar geniş bir perspektifte güçlük çekmelerine neden olmaktadır. Hastalar kadar damgalanan hasta yakınları da bu durumdan etkilenmektedir. Damgalanma yaşayan bireyler ön yargılı basmakalıp düşünceleri kendileri de benimseyerek mevcut halinden utanç duyma, yetersizlik hissi duyma, sosyal iletişimden

sakınma vb. sebeplerle kendilerini değersiz bulmakta, kabul edilmeme endişesi yaşamakta, umutsuzluğa düşmekte ve benlik saygıları azalmaktadır. (Tel ve Ertekin Pınar, 2012). Sonuç olarak damgalanan kişiler olumsuz duyguları hakettiğini düşünerek, gelişen gelecek ile ilgili korku ve endişeleri sonucunda, kendine ve etrafındakilere karşı gelişen öfkeleri doğrultusunda zarar verme istekleri gelişebilir.

2.10. SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19 EPİDEMİYOLOJİSİ

COVID-19 bulaş metotları itibariyle ve pandemi şartlarındaki sağlık kuruluşları yoğunluğu sebebiyle hastane ve sağlık personelinin enfeksiyonuna ortam hazırlamış, yoğunlukla pandeminin ilk vakitlerinde pek çok ülke bu hususa hazırlıksız olarak yakalanmıştır. Sağlık personeline enfeksiyonun bulaşmasının sağlık kuruluşlarının yoğunluğu, ciddi kalabalıklar, izolasyon alanlarının bulunmaması ve çevresel kontaminasyonla alakalı olduğu bariz bir gerçeklik olmakla beraber, kimi sağlık personelinin de enfeksiyon kontrol tedbirleri hakkında gerekli farkındalığının bulunmamasının da bir faktör olarak ele alınması mümkündür. (Zhang vd., 2020)

Çin'in Wuhan şehrinde 138 kişide meydana gelen bir olay serisinde hastaların yüzde 41'den fazlasının sağlık kuruluşunda enfekte olduğunun değerlendirildiği bildirilmiş, bahse konu serideki kişilerin yüzde 12'den fazlasını farklı sebeplerle hastaneye gelmiş kişiler, yüzde 29'unu da sağlık personeli oluşturmuştur. (Wang vd., 2020) ABD'de bir huzurevinde enfeksiyon kontrol tedbirlerinin suboptimal uygulanması sonucunda 81 hastanın, 34 sağlık çalışanının ve 14 hasta yakınının enfeksiyon kaptığı ifade edilmiştir. (McMichael vd., 2020)

İtalya'da COVID-19'la mücadele kapsamında sağlık personelinin beşte birinin enfeksiyon kapmasının ön görüldüğü iddia edilmekte ve pandeminin daha ilk zamanlarında kişisel koruyucu ekipmanların eksikliğinden bahsedilmektedir. Sağlık personelinin uzun zaman tam kapasiteyle görev yapmalarının neden olduğu problemlere, çoğu personelin

yakınlarına hastalığı bulaştırma kaygılarının bulunduğu ve psikolojik yardım gibi insani gereksinimlerine vurgu yapılmıştır. (Lancet, 2020)

ABD’de faaliyet gösteren “Panamerikan Sağlık Örgütü-Pan American Health Organization (PAHO)” tarafından yapılan açıklamada ABD’de 570 bin sağlık personelinin Covid-19 virüsü ile enfekte olduğu ve bu personelden 2500’ünün ise hayatını kaybettiğini bildirilmiştir. Aynı şekilde PAHO tarafından dünya genelinde en fazla vaka rakamına sahip ABD’de her yedi sağlık personelinden birisinin enfeksiyon kaptığı belirtilmiştir. (PAHO, 2020)

COVID-19’la mücadelede ön sıralarda bulunan sağlık personelinde yaşanan bu acı kayıpları önlemek maksadıyla enfeksiyon kontrol tedbirlerinin sıkıca uygulanması, bireysel koruyucu donanımların noksansız bir şekilde kullanıma sunulması, sağlık kuruluşlarında çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve izolasyon birimlerinin olabilen en üst düzeyde organize edilmesi gerekmektedir. Ayrıca, sağlık personelinin farkındalığının belli noktaya çekilmesi maksadıyla eğitim ve kontrollerin artırılması faydalı olmaktadır. Gün geçtikçe daha başarılı bir şekilde organize edilen sağlık kuruluşları triyaj sistemleri ve koruyucu bütün tedbirlere rağmen ciddi oranda viral yüke maruz kalan sağlık personeli toplumun geneline nazaran yüksek risk altındadır. Asemptomatik taşıyıcı olma olasılığı bulunan sağlık personeli pandemiye yakınlarına da bulaştırabilmektedir.(Tümer ve Karaca, 2020)

Türkiye’de Eylül 2020 tarihine kadar tüm COVID-19 vakalarının neredeyse yüzde 11’i olan yaklaşık 30 bin sağlık personelinin enfekte olduğu belirtilmiştir. (Medi Magazin, 2020)

2.11. SAĞLIK PERSONELİNE COVID-19 BULAŞMASINA TESİR EDEN FAKTÖRLER

Sağlık personeli COVID-19 sebebiyle normal durumdaki çalışma şartlarından çok daha fazla pek çok sorunla yüzleşmektedir. Bu sorunların en başında virüsün sağlık çalışanına bulaş riski dolayısıyla hastalığın başta yakınları olmak üzere etrafına yayılmasına neden olmaları bulunmaktadır.

Sağlık personelinde aşağıda ifade edilen bazı etkenler nedeniyle bulaş riskinde yükselme görülmektedir. (Atkinson vd., 2020)

- COVID-19’a sebep olan patojenin niteliklerinin yeterince anlaşılmaması,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanma hususunda bilinç seviyesinin ve eğitimlerin istenen seviyede olmaması,
- Bulaş riskini engelleme ve kontrol altına alma hususunda yeterli bilgi sahibi olunmaması,
- Virüsün bulaştığı hastalarla uzun zaman muhatap olma,
- Kişisel koruyucu ekipman yetersizliği,
- Pandemiye kontrol altına almak için atılan adımların ardından, sağlık personeline ilişkin düzenli uygulamalar ile eğitim faaliyetlerine istenen vaktin ayrılamaması,
- Salgın boyunca, sağlık personelinin enfeksiyon kontrolü bakımından takip edilememesi,
- Yoğun çalışma temposu ve ciddi yorgunluk hali,
- Psikolojik problemler ve damgalanma,
- Bedensel ve psikolojik şiddet nedeniyle immün sisteminin olumsuz etkilenmesi, zayıf kalması.

2.12. SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19’A MESLEKSEL MARUZİYET

Sağlık personelinin COVID-19 süresince, etkene ne şekilde maruz kaldıklarının tespit edilmesi zor olabilmektedir. Sağlık personelinin enfekte olmaları daha büyük ihtimalle, çalışma ortamı dışı / sosyal faktörlerden öte iş ortamında bulaşlı hastalardan olmaktadır. Sağlık personelinin bulaş kaynağının çevresel/ sosyal ya da iş ortamından kaynaklanma hususu, yoğunlukta olarak virüsün genel nüfusta kısmen daha düşük seviyelerde yaygın olduğu COVID-19'un ilk zamanlarında ve sağlık hizmeti sunanların bulaşlı kişilere yakın bir biçimde çalıştığı hallerde daha kolay belirlenebilir. Fakat, salgının yayılmasıyla beraber kaynağın belirlenmesi çok zorlaşmaktadır. (Şahan vd., 2020)

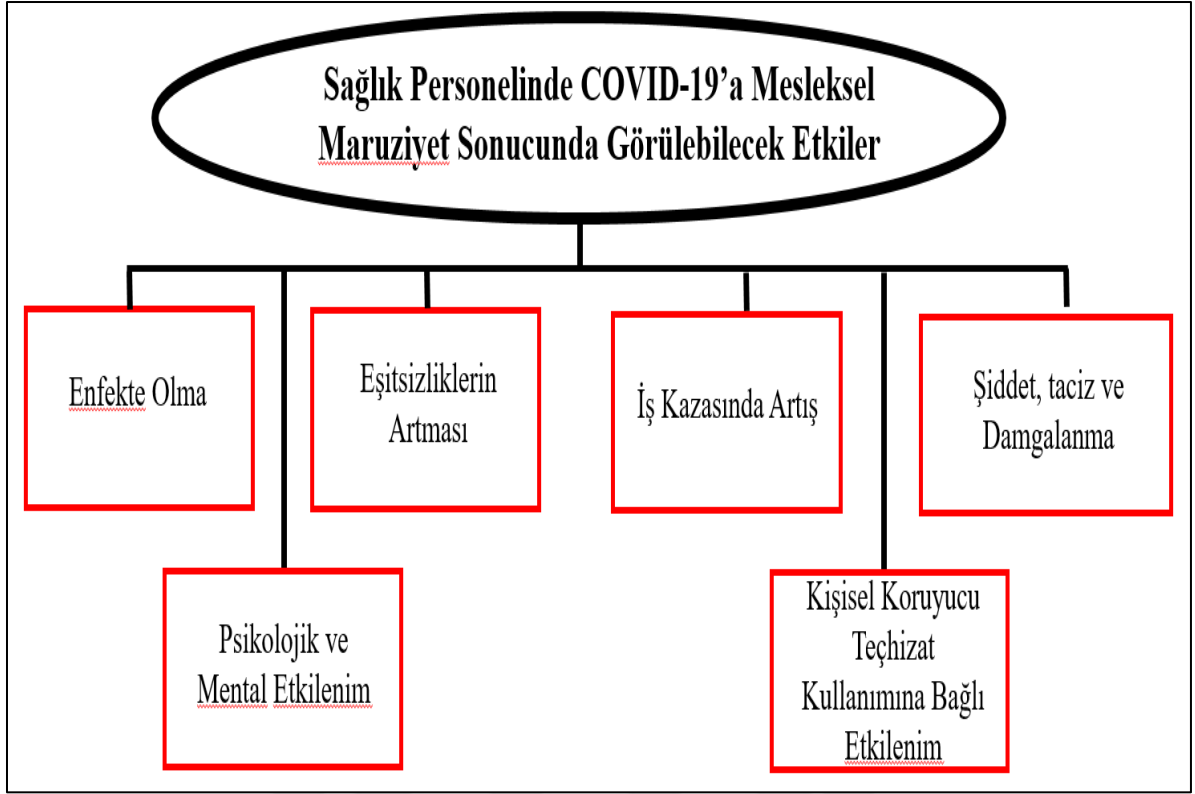
Sağlık personelinin COVID-19'a maruz kalma seviyeleri risk sınıflandırmasına bağlı olarak "yüksek riskli maruziyet" ve "düşük riskli maruziyet" olarak 2 sınıfta incelenmektedir.

"Yüksek riskli maruziyet" : maskesi olmayan Covid-19 ile enfekte kişilerle uzun süreli yakın çalışan ve enfekte damlacık materyali ile karşılaşan sağlık çalışanıdır.

"Düşük riskli maruziyet": Covid-19 ile enfekte kişilerle kısa süreli çalışması ya da sağlık çalışanı ve enfekte kişinin maske takarak uzun süreli çalışması anlamına gelir.(Sağlık çalışanın koyucu yüz siperi kullanması bulaş riskini daha da azalmaktadır)

COVID-19'un sağlık personelinin sağlığı üstünde çok boyutlu etkileri söz konusudur. Sağlık çalışanları üstünde doğrudan insan sağlığına etkilerine ilave olarak orta ve uzun vadede pek çok dolaylı tesirinin de olduğu/ olacağı ifade edilmektedir. (Sim, 2020)

Sağlık personelinde COVID-19'a mesleksel maruziyet sonucunda kendisini gösterebilecek etkiler genel olarak Şekil 6'da sunulmuştur.



Şekil 6.: Sağlık Personelinde COVID-19'a Mesleksi Maruziyet Sonucunda Görülebilecek Etkiler (Dilaver, 2020: 22-23).

2.13. COVID-19 SALGINININ RUHSAL BOYUTLARI

2.13.1. Toplum Açısından

ÇHC'de pandeminin ilk dönemlerinde ortaya konan bir kamuoyu çalışmasında katılımcıların yüzde 33'den fazlasının orta-yüksek seviyede kaygı hissettikleri belirtilmiştir. (Pan, 2020)

Benzer şekilde Yunanistan'da yapılan bir araştırmada pandemi süreciyle alakalı belirsizlik sebebiyle sıkıntı ve korku belirten hasta rakamlarında yükselme olduğu; stres, depresyon ve anksiyete vb. psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylerin korkuyla beraber panik atak nöbetlerinin ve psikosomatik belirtilerinin tekrar kendisini gösterdiği ortaya konmuştur. Hindistan'da pandemi sürecinde sıklıkla üstünde durulan önlemlerin başında gelen sosyal mesafe uygulamasının ruh sağlığı üstünde tesirlerini ele alan bir araştırmada, ülkede pandemi

sebebiyle evlerinde izole olan insanlarda anksiyete düzeylerinin arttığı ifade edilmiştir. Araştırmada katılımcıların dörtte birinin anksiyete atağı yaşadığı ortaya koyulmuştur. (Ahmad vd., 2020)

COVID-19 pandemisi nedeniyle pek çok ülke, vatandaşlarından kendilerini evlerine kapatmalarını talep etmiştir. Bu durumun tesirlerini inceleyen araştırmaların büyük bir kısmında, bireylerde kafa karışıklığı, çabuk öfkelenme, kaygı, bulaş endişesi, anksiyete, stres, can sıkıntısı, damgalanma vb. negatif ruhsal durumlar ortaya konulmuştur. (Brooks vd., 2020)

COVID-19 salgınında ABD’de ortaya konan ve 1015 kişiyi kapsayan bir araştırmada, en sık kullanılan mücadele metotlarının “dikkat dağıtma, aktif baş etme ve duygusal-sosyal destek arama” olduğu; genç bireylerin ve ekonomik olarak düşük gelir grubunda bulunan kişilerin çoğunlukla uyuşturucu madde ve alkol kullanımı gibi olumsuz davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir. (Park vd., 2020)

Sosyal izolasyon esnasında kişisel mücadele tedbirlerindeki noksanlıklarla beraber fazlaşan öfke patlamaları ve duygusal gerilimler, aile içerisindeki şiddet vakalarının yükselmesine de sebep olmuştur. (Xiang vd., 2020)

Diğer yandan, salgında bulaş riski daha az olarak görülen çocuklarda, eğitim kurumlarının ve oyun yerlerinin kapatılması, bulaş riski nedeniyle açık hava faaliyetlerinin sınırlandırılması neticesinde dolaylı panik ataklar ve kaygı durumlarında tetiklenme görülmektedir. (Tsamakis vd., 2020)

Türkiye’de yapılan bir araştırmada COVID-19 esnasında okulların eğitime ara vermesi ve eve kapanmanın genç bireylerde kaygı ve yalnızlığa sebep olduğu belirtilmiştir. (Kılınçel vd., 2020)

Konuya ilişkin olarak ele alınan bir diğer hususta COVID-19'un insanlarda duygu durum bozukluğu riski ile ilişkili olması ve bu riskin bulaş şiddetinin artmasıyla beraber yükselmesidir. Ayrıca yaşlı bireylerin bulaş riskinin fazla olması göz önünde bulundurulduğunda, ruhsal rahatsızlığı bulunan yaşlı kişilerde daha yoğun ve şiddetli ruhsal problemlerin görülebileceği saptanmıştır. (Williams, 2020)

COVID-19'a ilişkin olarak ele alınan psikiyatrik araştırmalar süratli bir şekilde artmasına karşın hâlihazırda oldukça sınırlıdır. COVID-19 pandemisi global seviyede bir sağlık krizine evrilmiştir. Yaşanan bu kriz kapsamlı davranış değişikliklerini zaruri kıldığından ötürü ve insanlar üstünde ciddi seviyede ruhsal tesirler meydana getirdiğinden dolayı pandemiyle mücadele konusunun daha iyi bir duruma getirilmesi adına ortaya konulacak politikalarda psikolojik etkenlerin dikkate alınması hayati önem arz etmektedir. Yaşam tarzları pandeminin getirileriyle beraber ciddi değişimlere uğramaktadır. Hayatta belirsizlikler söz konusuysa kaygı ve endişe hissedilmesi, yaşananlar karşısında normal bir reaksiyondur. Belli bir seviyede tecrübe edilen bu kaygı, tedbir alma hususunda fonksiyoneldir. Fakat kaygı durumunun devamlı hale dönüşmesi hem beden hem de ruh sağlığı açısından riskler ihtiva etmektedir. Bu çerçevede COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki tesirlerini, (1) pandeminin ve izolasyon ve karantina süreçlerinin insanlar üstündeki etkileri, (2) pandemiye bağlı kayıplarla irtibatlı yas başlıkları altında ele almak mümkündür. (ULİSA, 2020: 24)

Farklı salgın süreçlerinde hayata geçirilen izolasyonların kişiler üstündeki psikolojik tesirlerini anlamak amacıyla ortaya konan 24 araştırmayı inceleyen bir çalışmada karantina altında olmanın travma sonrası stres belirtileri ve öfke gibi negatif ruhsal etkileri bulunduğu belirtilmiştir. İzolasyon zamanının artması, bulaş endişesi, bıkkınlık, imkânların kısıtlı olması, bilginin azlığı, bilgi kirliliği, ekonomik sıkıntılar ve damgalanma gibi faktörler izolasyonla

alakalı stres unsurları olarak belirtilmiştir. Bu kapsamda karantinanın zorunluluğunun arka planındaki gerçekliğin ve tedbirlerle alakalı bilgilerin toplumla net bir şekilde paylaşılması, kaynakların yeterliliği ve maddi kaygılar hususunda insanların güven hissetmesinin temin edilmesi önem arz etmektedir. (Brooks vd., 2020)

Toplumun bilgilendirilmesinde kollektif bilinci etkileyen önemli bir araç olan medya, bu tür salgın ve hastalıklarda tedavi ve karantina gibi önemli konularda kullandığı tanımlamalara dikkat etmelidir. Aksi takdirde salgınla mücadelede medyada topluma sunulan uygunsuz hastalık ve tedavi açıklamalarının oluşturacağı toplumsal hafıza, bu mücadele sürecinde özellikle riskli gruba yönelik damgalayıcı tutumlara sebep olabilir. Damgalamayı engellemek için kullanılan kelimelerden çeşitli tanımlama ve yer, bölge, etnik köken bildirimlerine kadar geniş bir yelpazede hastalığa yönelik geliştirilen her tutum önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü de Covid-19’ a yönelik gerçek dışı ya da hatalı bilgilerin yayılımını “infodemi” olarak tanımlamıştır. Yine DSÖ infodeminin toplumlarda endişe ve korkuya neden olabildiği, damgalanmayı arttırabildiğini ve salgınla mücadeleyi zorlaştıracakını ifade etmektedir. (WHO, 2020)

COVID-19 pandemisi, global çapta binlerce insanı etkilemiştir. Bu pandemi sebebiyle binlerce kişi yaşamını yitirmiş ve binlercesi de hastalıkla savaşmayı sürdürmektedir. Yaşanan bu kayıplar neticesinde de pek çok kişi yas süreci geçirmektedir. Sevilen, değer verilen birisinin kaybedilmesi, negatif hisleri hareketlendiren ve travma, depresyon, endişe, ümitsizlik, kaygı gibi durumlarla neticelenebilecek zorlu bir süreçtir. Sevddiği, değer verdiği birini yitirmek üzere olan insanlar, yaşamlarının son zamanlarında sevdiklerinin yanında olmak istemektedir. Bu mekânsal yakınlığın yaşanan kötü durumun daha kolay üstesinden gelinmesine katkı sağladığı bilinmektedir. (McGarry ve Jackson, 2020) COVID-19 pandemisinde hayatını kaybeden kişinin sevenleri fiziksel manada bir araya gelememektedir. Bu husus yas sürecinin daha da sıkıntılı geçirilmesine neden olmaktadır. Hasta yakınlarının bu

yas sürecini normal bir biçimde tecrübe etmemeleri neticesinde “uzamış yas bozukluğu” şeklinde ifade edilen durumu tecrübe etmeleri muhtemeldir. (ABD Psikiyatri Birliği, 2020)

2.13.2. Sağlık Çalışanları Açısından

Salgın periyodunda sağlık personeli COVID-19 ile enfekte hastalara bakmakla alakalı belli psikolojik ve duygusal yük taşımaktadır. Sağlık personeli enfekte olma riskinin arttığı böyle zamanlarda sevenlerinden ve gündelik hayatlarından uzak kalarak hastaları tedavi etmeye devam etmektedir. Sağlık personeli yine bu periyotta hem kendileri hem de yakınlarının sağlığına ilişkin kaygı taşıyabilmekte, yaşanan süreçteki belirsizliğe de bağlı olarak endişe ve stresle neticelenebilecek bir yalnızlıkla yüzleşmektedir. (Huremovic, 2019)

Pandemide en ön planda mücadele eden sağlık personelinin, pandeminin ruhsal sağlıkları üzerindeki etkilerinin ele alındığı 117 araştırma ile ortaya konan değerlendirmede, sağlık personelinin hem pandemi esnasında hem de sürecin ardından yüksek seviyelerde akut stres bozukluğu, endişe, kaygı, öfke, tükenmişlik, depresyon yaşadığı ifade edilmiştir. Sağlık personelinin ruhsal rahatsızlık geliştirme ihtimaliyle alakalı mesleki faktörler: riskli bir atmosferde çalışma, yüksek risk durumu, pandemi hususunda eğitim noksanlığı ve mesleki rol olarak tespit edilmiştir. (Serrano-Ripoll vd., 2020)

COVID-19 esnasında en olumsuz neticeleri gösteren bulaş olan insanlarla direkt olarak temas durumunda olanlardır. COVID-19 vakalarının tedavisinde görev alan sağlık personeli ile yapılan araştırmalarda, hemşirelerin tecrübe ettiği ruhsal problemler doktorlara nazaran daha fazla ve yoğun olarak görülmüştür. Pandemiyle alakalı eğitim görme ve hazırlıklı olmanın stres ve kaygıya yönelik koruyucu bir önlem olduğu belirtilmektedir. (Huang vd., 2020)

Sağlık personeline yoğunlukta olarak da bireyin mesleğini yapma kabiliyetinin riske atıldığı, işinde kontrol sağlayamadığı ve bulaşlı hastalarla çalışmak maksadıyla arzusu

haricinde görevlendirildiği hallerde, iş stresinin ruhsal duruma negatif tesir ettiği görülmektedir. COVID-19'lu hastalarla kendi isteği dışında çalışmakla zorunlu tutulan sağlık çalışanlarında, gönüllü olarak çalışanlara nazaran daha fazla kaygı ve depresyon yaşanmaktadır.

COVID-19 boyunca aile, yakın çevre ve sosyal destek uygun seviyede olduğunda ruhsal sağlık durumunun olumsuz etkilenmesini önleyici edici bir faktör olarak görev yapmaktadır. COVID-19 esnasında sağlık personelinin bulaşlı hastalara hizmet vermeleri sebebiyle damgalanma, sosyal manada dışlanma ya da ayrımcılık görme durumlarına daha sık rastlanılmaktadır. Pandemi sebebiyle günlük rutinleri daha ileri seviyede etkilenen sağlık personeli ciddi ruhsal problemlerle karşılaşabilmektedir. (Stuijzand, 2020)

Sağlık personelinin genç olması ve kadın olması, COVID-19 periyodunda ruhsal açıdan risk faktörü olarak görülmüştür. COVID-19 vakalarıyla ilgilenen kadın sağlık personelinin tecrübe ettiği ruhsal problemler, erkeklere nazaran daha şiddetli olarak tespit edilmiştir. (Serrano-Ripoll vd., 2020)

Salgınların sağlık çalışanları üzerindeki yükü henüz yeteri kadar araştırılmamıştır.

Salgın sırasında ya da sonrasında enfekte hastalarla ilgilenen altı sağlık çalışanından biri önemli stres semptomları geliştirmektedir. (Lu YC, Shu BC vd., 2006).

Başka bir araştırmada, özellikle yoğun bakım gibi özel birimlerde uzun süre çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanlarının %11'inin anksiyete, somatik belirtiler, depresyon ve hostilete gibi stres reaksiyonları geliştirdiği bulunmuştur.(Mak IW vd., 2009)

SARS salgınında sağlık çalışanlarının %10'u, 2003'teki salgından bu yana yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermiştir. Ancak karantinaya alınanlarda SARS servislerinde çalışan, ya da SARS ile enfekte olmuş yakın arkadaş ya da akrabası

olanlara kıyasla travma sonrası stress bozukluğu semptomlarının görülmesi iki ila üç kat daha fazla görülmüştür.(Wu P vd., 2009)

SARS salgınından 3 yıl sonra bile, salgın sırasında karantinaya alınan ya da SARS servisleri gibi yüksek riskli yerlerde çalışma deneyimi sağlık çalışanları arasında daha yüksek alkol kullanımına neden olmuştur. (Wu P vd., 2008)

Tayvan’da yapılan başka bir çalışmada SARS salgının esnasında psikiyatrik semptomların ortaya çıkması, enfekte hasta bakımına doğrudan maruz kalma, önceki duygudurum bozukluğu öyküsü, daha genç yaş ve algılanan olumsuz duygularla bağlantılı bulundu. Bu sağlık çalışanlarında en sık görülen semptomlar depresyon ve uykusuzluktu. Salgının sonuna doğru katılımcılarda gelişen SARS bilgi ve anlayışının artmasıyla ruh hali derecelendirmelerinde, uykusuzluk oranında ve algılanan olumsuz duygularda önemli azalma, psikolojik bir adaptasyon meydana gelebileceğini göstermiştir. (Su TP vd.,2007)

Toronto’da SARS sonrası yapılan başka bir çalışmada daha şiddetli semptomu olan hastalarla daha uzun teması olan sağlık çalışanlarının daha yüksek Olayların Etkisi ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur.(Maunder RG vd.,2004)

Singapur’da yapılan bir araştırmada ise SARS salgınından sonra beş sağlık çalışanından birinde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görüldüğü, doktorların strese daha duyarlı olduğu ve bekar çalışanların evli olanlara göre daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.(Chan AO vd.,2004)

2.14. COVID-19 un PSİKOSOSYAL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

2.14.1. Anksiyete, Stres, Depresyon ve COVID-19 Salgını

Yapılan çalışmalarda COVID-19’un halkın gündelik hayatı üstünde kuvvetli bir tesirinin bulunduğu, farklılaşan sosyal hayat, tecrübe edilen ekonomik problemler, yapılan mesleğe yönelik riskler vb. pek çok faktörün öfke, enfeksiyon endişesi, anksiyete, stres,

depresyon, uyku problemleri gibi psikopatolojilere farklı şiddetlerde tesir ettiği ifade edilmiştir. (Kang vd., 2020) Pandeminin ardından majör depresyona yol açabilen risk etkenleri olarak, kadın cinsiyeti, sınırlı sosyo-ekonomik imkân, bireyler arası çatışmalar, sanal ortamın yoğun olarak kullanımı ve sosyal yardımın az olması belirtilmiştir. (Mowbray, 2020) Sağlık çalışanlarının COVID-19'la doğrudan mücadele etmesi ve pandeminin bizzat içerisinde olmasından ötürü farklı sebeplere bağlı olarak yukarıda ifade edilen başta stres, anksiyete, depresyon olmak üzere farklı psikolojik sorunları diğer bireylere oranla daha yüksek seviyede yaşamaktadır.

ÇHC'de ortaya konan bir araştırmada, COVID-19 esnasında Çin toplumunda yüksek anksiyete ve uyku problemleri belirlenmiştir. Sağlık personelinde düşük uyku kalitesi ihtimalinin ise daha fazla seviyelerde olduğu, ciddi salgın hastalıkların kendisini göstermesi durumunda toplumda anksiyeteye alakalı belirtilerin fazlaştığı ifade edilmiştir. COVID-19 pandemisi esnasında 35 yaşın altındaki bireylerde, 35 yaş üstü olanlara kıyasla daha sık anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilmiştir. Sağlık personelinin yüzde 25'inin uyku problemlerinin olduğu, bu seviyenin farklı meslek gruplarına nazaran oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir. (Zhao ve Huang, 2020)

COVID-19'a veya COVID-19'la alakalı olarak hayat geçirilen tedbirlere bağlı olarak kişiler maddi ve manevi zarara uğramakta, kayıplar yaşamaktadır. Yaşanan kaybın birey açısından ehemmiyeti ve geri dönüşümsüz olması depresyon yoğunluğunun farklı psikolojik rahatsızlıklardan daha çok olacağı tahminine neden olmaktadır. Aşağıda ifade edilen risk faktörlerinin mevcudiyeti kişinin anksiyete, majör depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu teşhisi alma ihtimalini yükseltmektedir. Belirtilen bu hususların sağlık çalışanlarında görülme ihtimali daha fazla olduğundan dolayı sağlık çalışanları bu durumlarda daha fazla etkilenmektedir (Işıklı, 2020:12).

- COVID-19 pandemisinden evvel psikolojik bir rahatsızlığın olması,

- COVID-19 hastası olma, tedavi olma ya da karantinaya girme,
- COVID-19 nedeniyle sevdiği birini yitirme,
- Pandemi süresince ciddi stres yaşama,
- Pandemiyle beraber işini kaybetme, ekonomik zarara uğrama ya da birikimlerini kaybetme.

2.14.2. Psikolojik Dayanıklılık ve COVID-19 Salgını

Stres yapan olaylarla karşılaşıldığında psikolojik dayanıklılığı yüksek seviyelerde olan kişiler, normal duruma gelme kabiliyetleriyle değişen koşullara daha rahat adapte olabilmektedir. (Alim, 2008) Bireyin stresle mücadele, duygusal problemi idare etme ve üstesinden gelebilme kabiliyeti manasına gelen psikolojik dayanıklılık, önemli stres etkenlerinin ardından meydana gelebilecek negatif psikolojik belirtilere yönelik koruyucu bir nitelik olarak karşımıza çıkabilmektedir. (Kukihara vd., 2014)

Türkiye’de COVID-19 salgının ilk 1.5 ayını içeren ve online bilgi toplanan bir araştırmada, yüksek ümit seviyesi olan bireylerde, öznel iyi olma seviyelerinin daha fazla olduğu ve stresli olayların ardından eski durumlarına dönme ihtimallerinin daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Yapılan bu araştırmada psikolojik dayanıklılığın öznel iyi olma ve ruh sağlığı üstünde manalı ve direkt yordayıcı tesirinin bulunduğu belirtilmiştir. (Yıldırım ve Arslan, 2020)

Türkiye’de kaleme alınan bir araştırmada 20 ile 60 yaş aralığında iki yüze yakın kişinin psikolojik dayanıklılık seviyeleri, sosyo-demografik nitelikler ve COVID-19’la alakalı parametreler bakımından tahlil edilmiştir. Çalışma neticesinde cinsiyetle psikolojik dayanıklılık arasında manalı irtibat tespit edilmiş ve kadınlarda psikolojik dayanıklılığın daha çok olduğu görülmüştür. COVID-19 hakkında bilinçlenme biçimi, pandemi sonrası düşünce

şekli ve pandemi ardından sergilenen hareketlerle psikolojik dayanıklılık arasında manalı bir fark tespit edilmiştir. (Tönbul, 2020)

COVID-19 salgını boyunca ABD’de depresyon ve anksiyete seviyelerini ölçmek amacıyla 18 ila 30 yaş arasında 900’e yakın kişinin katıldığı online uygulanan anketlerle yapılan çalışmada, yüksek yalnızlık ve düşük sıkıntıya tolerans seviyeleri, artmış depresyon ve anksiyeteye, yüksek psikolojik dayanıklılık ise düşük kaygıyla ilişkili görülmüştür.(Liu, 2020)

2.14.3. Kaygı ve COVID-19 Salgını

COVID-19 pandemisinin doğasının bir sonucu olarak kendisini gösteren kaygı konusu bireylerin gündelik hayatlarındaki kişiler arası ilişkilerine etki etmektedir. Bu durumun benzer örnekleri farklı salgınlarda da kendisini göstermiştir. Örneğin SARS virüsünden etkilenmiş bir kişiyle temas halinde olduğundan kuşkulanan ve karantinaya alınan kişilerin yüzde 50’sinden fazlasının karantina sürecinin ardından günler sonra dahi öksüren bireylerden kaçındıkları, dörtte birinin kalabalık alanlardan sakındıkları tespit edilmiştir. Diğer taraftan, karantinaya alınan ve daha önceden psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler karantinanın ardından 1 ile 1.5 ay sonrasında dahi kaygı yaşadıkları ifade edilmiştir. (Cava vd., 2005)

Bulaşıcı hastalıklar da doğal afetler gibi insanın ruhsal durumunu etkilemektedir. Benzer şekilde COVID-19 pandemisi de insanların ruh sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve özellikle kaygı seviyelerini arttırmaktadır. ÇHC’de COVID-19 kapsamında 7143 öğrenci ile yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların % 0,9’unda yoğun, % 2,7’sinden orta seviyede, % 21,3’ünde ise hafif seviyede kaygı belirtileri tespit edilmiştir. (Cao vd., 2020)

Aynı şekilde COVID-19 pandemisinin şiddetli bir şekilde yaşandığı İspanya’da 3550 kapsayan online olarak yapılan bir araştırmada katılanlara uygulanan kaygı değerlendirme

ölçeğine göre katılımcıların yaklaşık üçte birinde anlamlı pozitif sonuç verdiği gösterilmiştir.(Odriozola-Gonzalez vd., 2020)

İtalya’da da COVID-19 pandemisinin psikolojik etkileri üstüne 18147 kişiyle yapılan bir araştırmada katılımcılarının beşte birinden fazlasında kaygı bozukluğu tanısı için gerekli olan seviyeyi aştığı ifade edilmiştir. (Rossi vd., 2020)

2.14..4. Damgalama ve COVID-19 Salgını

Pandemiler tarihsel süreç içerisinde devamlı olarak hastalananların, hastalanma riski fazla olanların idarecilerin ve sağlık personelinin damgalanmasına sebep olmuştur. COVID-19 pandemisinin görülmeye başladığı ilk zamanlarda Asyalılara ve de yoğunlukta olarak Çin vatandaşlarına ilişkin damgalayıcı hareketler dünya genelinde kendisini göstermiştir. COVID-19’un başlarından itibaren farklı etnik kökenlere ait insanların pandemiden etkilenme durumuna ilişkin ayrılıkçı ifadeler, saçma inanışlar, gerçek dışı bilgiler sanal ortamda pandemiden daha süratli bir şekilde yayılmıştır. Benzer şekilde COVID-19’un kendisini göstermesine yönelik komplo teorileri de damgalanmayı kuvvetlendirerek bir takım ülkeleri hedef yapmıştır (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020a:1).

COVID-19 pandemisi nedeniyle farklı sebeplerden dolayı 65 yaş üstü insanlar, Çinliler,başka ülkeden gelenler,enfekte hasta ve yakınları, sağlık personeli daha çok damgalanmaya maruz bırakılmıştır(Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020a:2).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEMLER

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki psikolojik etkilenme düzeylerini ve mevcut psikolojik etkilenmenin risk düzeyi ile ilişkisinin araştırılmasını amaçlayan retrospektif bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Pandemi Hastanelerinde aktif olarak çalışan 100 adet yüksek riskli sağlık çalışanı (doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni) ve diğer hastanelerde çalışan 100 adet düşük riskli sağlık çalışanı (doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni) çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılanların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, meslekleri, çalıştığı birimler, çalışma süreleri, koruyucu ekipman kullanımları, psikiyatrik hastalık öyküleri, antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanım öyküleri, hastalık süreleri, ek kronik ve sistemik hastalıklarının olup olmadığını sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Ayrıca katılımcılara sosyodemografik veri formu ile aşağıda belirtilen 11 ölçek uygulanmıştır:

1. Beck Depresyon Ölçeği
2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
3. Algılanan Damgalama Ölçeği
4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
5. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
6. Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği
7. Somatizasyon Ölçeği
8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği
9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği
10. Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu
11. Algılanan Stres Ölçeği

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet

değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumu için uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak belirlenmiştir (Tuğlu et al., 2007).

3.3.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir (Zigmond and Snaith, 1983). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir et al. tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için kullanılır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek hastanın duygusal durumundaki değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılabilir. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. HADÖ'nün Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için yedi olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı anksiyete için 0.85 ve depresyon için 0.77 bulunmuştur. Ölçekten alınan anksiyete ve depresyon alt boyut ortalama puanlarının yükselmesi bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve risklerinin arttığını göstermektedir (Aydemir, Güvenir and Küey, 1997). Bu çalışmada da anksiyete için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 ve depresyon için 0.82 olarak bulundu.

3.3.3. Algılanan Damgalama Ölçeği

Ölçek, 2003-2006 yılları arasında Holzemer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği 33 anlatımdan oluşup hastaların son üç ay içerisinde yaşadıklarını içeren 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm 21 anlatımdan oluşmakta ve hastaların yaşadığı olayları, ikinci bölüm yedi anlatımdan oluşmakta ve hastaların hastane veya klinik yaşantılarına ilişkin anlatımları, üçüncü bölüm ise beş anlatımdan oluşmakta ve hastaların duygu ve düşüncelerine ilişkin anlatımları içermektedir. Ölçeğin faktör yapısı altı alt boyutta dağılım göstermiştir: Sözlü saldırı (sekiz madde), olumsuz benlik algısı (beş madde), sağlık bakım ihmalı (yedi madde), sosyal izolasyon (beş madde), bulaşma korkusu (altı madde), işyeri damgası (iki madde). Dörtlü Likert tipi olan ölçekte, hiçbir zaman yanıtına 0 puan, bir-iki kez yanıtına 1 puan, birkaç kez yanıtına 2 puan ve çoğu zaman yanıtına 3 puan verilmiştir. Ölçek puanı her alt boyuttaki maddelerin puan değeri toplanarak, o alt boyuttaki madde sayısına bölünerek hesaplama yapılmıştır. Alınan yüksek puan algılanan damgalamanın fazla olduğunu göstermektedir (Holzemer et al., 2007).

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çalışkan tarafından yapılmıştır. Türkçe formunda 32 maddeye düşürülen ölçeğin, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuş ve Türk toplumunda HIV/AIDS’e yönelik damgalamayı ölçmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (Çalışkan, 2011). Bu çalışmada HIV damgalama ölçeğinden uyarlanan bir ölçek kullanılmıştır.

3.3.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ölçek, Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (1988). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir (Eker and Arkar, 1995). 2001 yılında aynı yazarlar tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu’nun Faktör Yapısı,

Geçerlik ve Güvenirliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker, 2001).

Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker and Arkar, 1995).

3.3.5. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Aypay (2010) tarafından Türk kültürüne uyarlanan ölçek, Schwarzer ve Jerusalem (1995) tarafından genel öz yeterlilik inancını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Uyarlama çalışması üç farklı üniversiteden toplam 693 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çeviri-tekrar çeviri tekniği ile Türk kültürüne uyarlaması yapılan ölçeğin yapı geçerliği için Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Döndürme teknikleri kullanılmıştır. 6 maddeden oluşan ölçeğin bileşen analizi sonucunda, öz-değerleri 1’den büyük iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Toplam varyansın %47’sini açıklayan; “çaba ve direnç”, “yetenek ve güven” alt boyutlarına sahip 4’lü likert tipindeki (tamamen yanlış=1 - tamamen doğru=4) ölçeğin ölçüt geçerliği için Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek

bileşenleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ilk bileşen için .79 ve ikinci bileşen için .63 bulunmuştur. Toplamda hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı ise .83'tür. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı için bulunan korelasyon katsayısı yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=.80$, $p<.001$)'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar genel öz yeterlik inancının yüksek olduğuna işaret etmektedir (Aypay, 2010). Bu çalışmada elde Cronbach Alfa katsayısı ise .84 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği

Doğan (2015) tarafından Türk kültürüne uyarlanan ölçek, psikolojik sağlamlığı ölçebilmek amacıyla Smith ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiştir. KPSÖ, 5'li likert tipinde, ters kodlanan maddelerin de olduğu toplam 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar psikolojik sağlamlığın yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları dört farklı çalışma grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin, yapı geçerliğini belirlemek üzere açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucu, 4 farklı örneklem grubu için sırasıyla, toplam varyansın %61, %61, %57 ve %67'sini açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri ise, .68 ile .91 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı .80 ile .91 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlik katsayısı ise, .62 ile .69 arasında bulunmuştur (Doğan, 2015). Bu çalışmadaki örneklem üzerinden elde edilen Cronbach Alfa katsayısının .83 olduğu saptanmıştır.

3.3.7. Somatizasyon Ölçeği

Psikosomatik semptomların değerlendirilmesi amacıyla Somatizasyon ölçeği kullanılmıştır. 33 maddeden oluşmaktadır. Doğru veya yanlış seçenekleri ile katılımcıların belirlemesi istenmiştir. Doğru seçeneği psikosomatik belirtinin katılımcıda var olduğunu,

hayır seçeneği psikosomatik belirtinin katılımcıda olmadığını göstermektedir. Somatizasyon ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışması 2000 yılında yapılmıştır (Dülgerler, 2000).

3.3.8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Duygusal tükenmişlik (DT, 9 madde), kişisel başarı (KB, 8 madde) ve depersonalizasyon (D, 5 madde) alt ölçekleriyle (toplam 22 madde) değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçenekleri 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman). Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve depersonalizasyon için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman=4, her zaman= 0). Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için de 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. DT ve D alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, KB boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT ve D puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, KB puanının artışı ise azlığını gösterir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları DT için 0,83, KB için 0,72, D için 0,65'dir (Ergin, 1992).

3.3.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

İlk kez Weathers ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen PCL, DSM III-R'deki Travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterleri esas alınarak tasarlanmıştır. 1994'de Weathers ve arkadaşları tarafından ölçeğin sivil versiyonu olan PCL-C geliştirilmiş ve DSM-IV kriterlerine göre yeniden gözden geçirilmiş ve Basra ve Vietnam savaş gazilerinde geçerliliği gösterilmiştir (Dobbie et al., 2002).

PCL-C'nin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Kocabaşoğlu ve arkadaşları (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, PCL-C'nin tanı koydurucu

kesim değeri 22-24 arası olduğunda duyarlılık değerinin %81.3 ile %72.5; özgüllük değerinin ise %73.2 ile %80.4 arasında olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada, ölçeğin Türkçe versiyonu için elde edilen iç tutarlılık katsayısı 0,922 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin Türkçe versiyonunun duyarlılık, özgüllük ve iç tutarlılık değerlerinin yüksek olduğu söylenebilir (Kocabaşoğlu et al., 2005).

Kendini değerlendirme yöntemine dayalı kullanılan ölçek son 30 gün içindeki TSSB semptomlarını ölçmektedir (Kocabaşoğlu et al, 2005). İçeriğindeki 17 soru maddesi, DSM-IV TSSB tanı kriterleri ile uyumlu olup; 5'i "yeniden yaşantılama", 7'si "kaçınma" ve 5'i "aşırı uyarılmışlık" belirti kümelerine yönelik üç alt boyutta incelenir. Soru maddelerine verilen cevaplar altılı skala üzerinde değerlendirilerek, her bir soruya "hiç yok" (0 puan) ile "çok aşırı" (5 puan) arasında cevap verilmesi beklenir. (Kocabaşoğlu et al., 2005).

3.3.10. Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu

Travmatik stres belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuş olan Olayların Etkisi Ölçeği (The Impact of Event Scale; IES)'nin orijinali Horowitz, Wilner ve Alvarez (1979) tarafından geliştirilmiş, gözden geçirilmiş formu (The Impact of Event Scale – Revised; IES-R) ise Weiss ve Marmar (1997) tarafından hazırlanmıştır. Gözden geçirilmiş formu Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından belirlenen travma sonrası stres belirtileri semptomlarının tümünü sorgulamaktadır. Kişiler son 7 günü düşünerek yaşadıkları belirtilerin şiddetini 0-4 arasında 5'li derecelendirme kullanarak belirtmektedir. Ölçek toplam 22 sorudan ve yeniden yaşantılama (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular), kaçınma (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. sorular) ve aşırı uyarılma (4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular) olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Gözden geçirilmiş formun Türkçe versiyonun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 18- 65 yaş arası TSSB tanısı olan ve olmayan 2 grup ile Çorapçıoğlu, Yargıç, Geyran ve Kocabaşoğlu (2006) tarafından yapılmıştır. Uyarlanan ölçeğin geçerlik çalışması

ilişki geçerliği yoluyla değerlendirilmiş olup Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS) ve alt ölçekleri ile yeniden yaşantılama ($r=0.69$), kaçınma ($r=0.49$) ve aşırı uyarılma ($r=0.63$) alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler sergilemektedir. Ölçeğin güvenirlik analizleri sonucu Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının tüm grup için .93 ve TSSB tanısı alan/almayan, başka bir psikiyatrik hastalık tanısı olan/olmayan farklı gruplar için ise .87 ila .93 arasında olduğu görülmektedir. Sonuç olarak ölçeğin psikometrik özelliklerinin ülkemiz örnekleminde travma sonrası stres belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır (Çorapçıoğlu et al., 2006).

3.3.11. Algılanan Stres Ölçeği

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-10) orijinal formunda 14 maddeden oluşmaktadır. Öz bildirim tarzı bir ölçektir. Bireyin hayatındaki bazı durumların ne derecede stresli algıladığını ölçmektedir. Her maddede “Hiçbir zaman (0)”, “Neredeyse hiçbir zaman (1)”, “Bazen (2)”, “Oldukça sık (3)” ve “Çok sık (4)” olmak üzere değişen 5’li likert tipi puanlama üzerinden değerlendirmektedir. Ölçekte “yetersizlik algısı” ile “stres/rahatsızlık algısı” olmak üzere 2 farklı faktör bulunmaktadır. Ölçeğin geçerlik çalışması 3 farklı grupta yapılmış ve Cronbach alfa değeri farklı gruplarda .84 ile .85 arasında değişmiştir. Toplamda en fazla 40 puan alınabilmekte ve yüksek puan algılanan stresin yükseldiğini ifade etmektedir. 4., 5., 7. ve 8. maddeler ters puanlanmaktadır (Cohen ve ark. 1983). ASÖ 10’un Türkçe uyarlaması Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından (2013) yapılarak 14, 10 ve 4 maddeden oluşan 3 farklı formunun geçerliliği sınanmıştır. Her formun iç tutarlılık katsayılarının sırasıyla .84, .82 ve .66 olduğu görülmüştür (Eskin et al., 2013). On maddelik formun test-tekrar-test güvenirliği .88 bulunmuştur.

Bu ölçekler uygulanarak yüksek risk altında çalışan sağlık çalışanları ile düşük risk altında çalışan sağlık çalışanları arasında depresyon, kaygı, tükenmişlik, stres düzeyi, somatik belirti, damgalanma, psikolojik dayanıklılık , travmatize olma düzeyleri arasındaki fark istatistiksel analiz ile değerlendirilmiştir.

3.4. Çalışmaya Dahil Olma ve Çalışmanın Dışında Tutulma Kriterleri

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

- Katılımcının çalışmaya katılmak için onam vermiş olması,
- Sağlık Bakanlığına bağlı olarak pandemi hastanesi ve pandemi hastanesi olan hastanelerde aktif olarak sağlık çalışanı olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın dışında tutulma kriterleri ise;

- Katılımcının çalışmaya katılım için onam vermemesi
- Ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)
- Madde kullanım öyküsü
- Mental retardasyon ve psikotik bozukluk tanılarının bulunması
- Kognitif işlevleri etkileyebilecek serebrovasküler hastalık, epilepsi, kafa içi tümör, ciddi kafa travması gibi ek nörolojik hastalık bulunması
- Okuduğunu anlayamayacak kadar okuma-yazma bilmeme ya da okuryazar olmaması olarak belirlenmiştir.

3.5. Etik Kurul

Bu çalışma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 33443051-929 sayılı ve 08.05.2020 tarihli etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Örneklem Büyüklüğü G Power analizi ile a-priori olarak saptanmıştır. Student T testi ile 2 grup karşılaştırması için etki büyüklüğü Cohen d = 0,40 , istatistiksel anlamlılık $\alpha = 0,05$ ve güç $(1-\beta) = 0,80$ olarak belirlendiğinde çalışmaya dahil olması planlanan örneklem sayısı 200 olarak hesaplanmış ve grup başına 100 adet kişi alınması planlanmıştır. Veriler kategorik olduğunda karşılaştırmalar ki kare testi ile, veriler sürekli olduğunda ise sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı önce Kolmogrov-Smirnoff testi ile analiz edilmiş, daha sonra sürekli değişkenler normal dağıldığında istatistiki karşılaştırmalar Student T testi ile, normal dağılmadığında Mann- Whitney U testi ile yapılmıştır. Kategorik olarak deneklerin hangi tanısal grupta olduğunu belirleyen değişkenler Lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve bağımlı değişken olarak tanısal grup alınırken, bağımsız değişkenler olarak korelasyon analizinde tanısal gruplamayla korele olan değişkenler alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4. BULGULAR

Bu çalışmaya 100 kişi yüksek riskli grupta, 100 kişi düşük riskli grupta olmak üzere toplamda 200 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların 113'ü hemşire, 61'i doktor, 12'si sağlık memuru ve

14'ü sağlık teknisyenidir. Eğitim durumlarına baktığımızda ise; katılımcıların 4'ü,12'si lise, 28'i iki yıllık yüksekokul, 120'si fakülte, 20'si yüksek lisans ve 19'u doktora mezunudur.

4.1. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcılara ait bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerin gruplara göre dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Değişkenler		Yüksek Riskli Grup N(%)	Düşük Riskli Grup N(%)	χ^2/t	p
Yaş	Ortalama $\pm$ SS	30,63 $\pm$ 6,47	35,88 $\pm$ 7,28	5,402	<0,001
Cinsiyet	Erkek	64 (64,0)	82 (82,0)	7,469	0,006
	Kadın	36 (36,0)	18 (18,0)		
Medeni Durum	Evli/birlikte yaşıyor	44 (44,0)	61 (61,0)	9,360	0,025
	Boşanmış/hiç evlenmemiş	56 (56,0)	39 (39,0)		
Kiminle Yaşıyor?	Ailesiyle	68 (68,0)	72 (72,0)	0,537	0,537
	Yalnız	32 (32,0)	28 (28,0)		
Kaç Yıldır Çalışıyor?	<2 yıl	29 (29,0)	12 (12,0)	15,064	0,002
	2-5 yıl	32 (32,0)	25 (25,0)		
	6-10 yıl	9 (9,0)	22 (22,0)		
	>10 yıl	30 (30,0)	41 (41,0)		

Yaş (bağımsız gruplarda t testi), diğer değişkenler (ki kare testi)

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden biri olan cinsiyetleri incelendiğinde, yüksek riskli gruptaki kadınların sayısı, düşük riskli gruptaki kadınların 3 katı kadardı, erkeklerin sayısı her iki grupta da kadınların sayısından fazlaydı. Düşük riskli gruptaki bireylerin evli olduğu ya da birlikte yaşama oranı, yüksek riskli gruptaki bireylerin 1.3 katı kadar fazlaydı. Yüksek riskli gruptaki bireylerin yaş ortalaması düşük riskli gruptaki bireylerin yaş ortalamasından yaklaşık 5 yaş kadar küçüktü. Yüksek riskli

gruptaki bireylerde 2 yıldan daha az süredir çalışanların sayısı düşük riskli gruptaki bireylerden yaklaşık 2 kat kadar fazlaydı.

4.2. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.2.'de yüksek riskli ve düşük riskli gruptaki bireylerin çalışma koşullarına yönelik veriler değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi

Değişkenler		Yüksek Riskli Grup N(%)	Düşük Riskli Grup N(%)	X ²	p
Çalıştığı Hastane	Pandemi Hastanesi	95 (95,0)	33 (33,0)	84,398	<0,001
	Diğer Hastaneler	5 (5,0)	67 (67,0)		
Çalıştığı Birim	Acil Servis	42 (42,0)	15 (15,0)	77,142	<0,001
	Yataklı Servis	9 (9,0)	70 (70,0)		
	Yoğun Bakım	49 (49,0)	15 (15,0)		
Bir Vardiyadaki Çalışma Süresi	8 saat	19 (19,0)	61 (61,0)	55,623	<0,001
	12 saat	2 (2,0)	13 (13,0)		
	24 saat	79 (79,0)	26 (26,0)		
Çalışma Durumu	Gönüllü	22 (22,0)	33 (33,0)	2,880	0,090
	Gönülsüz	78 (78,0)	67 (67,0)		

Katılımcıların çalışma koşulları değerlendirilirken öncelikle temas düzeyi hakkında fikir veren çalışmakta olduğu hastane bilgisi incelendi. Yüksek riskli gruptaki katılımcıların tamama yakını, düşük riskli gruptaki katılımcıların ise 1/3 'ü pandemi hastanesinde çalışmaktaydı. Çalıştığı birimler değerlendirildiğinde ise, yüksek riskli gruptaki katılımcıların yaklaşık yarısının acil serviste, yarısının da yoğun bakımda çalıştığı görülmüştür. Düşük riskli gruptaki katılımcıların ise 1 / 4 'ünden azı yoğun bakımda çalışmaktaydı. Yüksek riskli gruptaki bireylerin bir vardiyada 24 saat çalışanların sayısının, düşük riskli gruptaki bireylerin sayısından 3 kat kadar yüksek

olduğu görülmüştür. Gönüllü ya da gönülsüz çalışma durumları açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

4.3. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların COVID-19 Hakkında Bilgi Edindikleri Kaynakların Değerlendirilmesi

Tablo 4.3.'de ise yüksek ve düşük riskli gruptaki bireylerin COVID-19 hakkında bilgi edindikleri kaynaklar incelenmiştir.

Tablo 4.3. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların COVID-19 Hakkında Bilgi Edindikleri Kaynakların Değerlendirilmesi

Değişkenler		Yüksek Riskli Grup N(%)	Düşük Riskli Grup N(%)	X ²	p
Televizyondan bilgi edinme	Evet	82 (82,0)	76 (76,0)	1,362	0,243
	Hayır	18 (18,0)	24 (24,0)		
İnternette bilgi edinme	Evet	90 (90,0)	76 (76,0)	7,605	0,006
	Hayır	10 (10,0)	24 (24,0)		
Yazılı basından bilgi edinme	Evet	74 (74,0)	61 (61,0)	3,497	0,061
	Hayır	26 (26,0)	39 (39,0)		

Gruplar arasında COVID-19 için bilgi kaynakları arasında farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yüksek riskli gruptaki bireylerin 4 / 5 'i, düşük riskli gruptaki bireylerin ise 3 / 4 'ü COVID-19 ile ilgili televizyondan bilgi edindiklerini belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bununla birlikte yüksek riskli gruptaki bireylerin internette COVID-19 ile ilgili bilgi edinme durumlarının düşük riskli gruptaki bireylere göre 1.2 kat daha yüksek olduğu görülmüştür, yazılı basından bilgi edinme durumları arasında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

4.4. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.4.'te yüksek ve düşük riskli gruptaki bireylerin sigara ve alkol kullanım durumları ile COVID-19 pandemisinde artış gözlenme durumları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Yüksek Riskli Grup N(%)	Düşük Riskli Grup N(%)	X ²	p
Sigara Kullanımı	Evet	32 (32,0)	25 (25,0)	1,299	0,254
	Hayır	68 (68,0)	75 (75,0)		
COVID-19 Pandemisiyle Sigara Kullanımında Artış	Evet	27 (27,0)	14 (14,0)	5,342	0,021
	Hayır	73 (73,0)	86 (86,0)		
Alkol Kullanımı	Evet	27 (27,0)	25 (25,0)	0,132	0,716
	Hayır	73 (73,0)	75 (75,0)		
COVID-19 Pandemisiyle Alkol Kullanımında Artış	Evet	4 (4,0)	3 (3,0)	0,000	0,989
	Hayır	96 (96,0)	97 (97,0)		

Sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde gruplar arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yüksek riskli gruptaki bireylerin 1/3'ü, düşük riskli gruptaki bireylerin ise 1/4 'ü sigara kullanmaktaydı. COVID-19 pandemisi ile birlikte sigara kullanımındaki artışa bakıldığında ise, yüksek riskli gruptaki bireylerin yaklaşık 1/3'ünde, düşük riskli gruptaki bireylerin 1 / 4 'inde artış olduğu, alkol kullanma durumları ve COVID-19 pandemisi ile birlikte alkol kullanımlarındaki artış durumlarına bakıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

4.5. Katılımcıların Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı ve Mesleki Eğitimlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.5.'te yüksek ve düşük riskli gruptaki bireylerin kişisel koruyucu ekipman kullanımları ve mesleki eğitimleri değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı ve Mesleki Eğitimlerinin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Yüksek Riskli Grup	Düşük Riskli Grup N(%)	X ²	p
-------------	--------------------	---------------------------	----------------	---

		N(%)			
KKE Kullanımı	Cerrahi Maske	3 (3,0)	60 (60,0)	85,498	<0,001
	N95 Maske	10 (10,0)	15 (15,0)		
	İkisi Birlikte	87 (87,0)	25 (25,0)		
KKE Kullanımının	Tam koruyucu	53 (53,0)	32 (32,0)	9,750	0,008
Koruyuculuk Düzeyi	Orta koruyucu	42 (42,0)	64 (64,0)		
	Koruyuculuğu yetersiz	5 (5,0)	4 (4,0)		
KKE Kullanımı	Evet	79 (79,0)	86 (86,0)	1,292	0,256
Eğitimi Almak	Hayır	21 (21,0)	14 (14,0)		
Hizmet içi COVID-19	Evet	62 (62,0)	76 (76,0)	4,582	0,032
Eğitimi	Hayır	38 (38,0)	24 (24,0)		
Mesleki Beceri ve	Yeterli	51 (51,0)	24 (24,0)	16,127	<0,001
Güven	Orta Yeterlilik	41 (41,0)	62 (62,0)		
	Yetersiz	8 (8,0)	14 (14,0)		

Maske kullanımları değerlendirildiğinde yüksek riskli gruptaki bireylerin 3 / 4 ‘ü hem N95 hem de cerrahi maskeyi bir arada kullanmaktaydı, düşük riskli gruptaki bireylerin sadece 1 / 4 ‘i her iki maskeyi bir arada kullanmaktaydı. KKE kullanımının koruyuculuk düzeyi açısından bakıldığında yüksek riskli grubun tam koruyuculuk düzeyinin düşük riskli gruptan 1.5 kat kadar fazla olduğu görülmüştür. Mesleki beceri ve güven anlamında yüksek riskli gruptaki bireylerin yeterli olma durumu, düşük riskli gruptaki bireylere göre 2 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.6. Katılımcılarının Aile Bilgilerinin ve COVID-19 ile Enfekte Olma Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.6.’da ise yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin aileleri ile ilgili bilgiler ve COVID-19 ile enfekte olma durumları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcılarının Aile Bilgilerinin ve COVID-19 ile Enfekte Olma Durumlarının Değerlendirilmesi

Değişkenler	Yüksek Riskli Grup	Düşük Riskli Grup	χ^2	p
-------------	--------------------	-------------------	----------	---

		N(%)	N(%)		
Evde Başka Sağlık	Evet	21 (21,0)	26 (26,0)	2,941	0,401
Çalışanı Var mı?	Hayır	79 (79,0)	74 (74,0)		
Çalışırken Enfekte Olma	Evet	45 (45,0)	20 (20,0)	14,581	<0,001
Durumu	Hayır	55 (55,0)	80 (80,0)		
Karantinaya Girmiş	Evet	52 (52,0)	32 (32,0)	8,526	0,004
Olmak	Hayır	48 (48,0)	68 (68,0)		
Akraba veya	Evet	91 (91,0)	68 (68,0)	17,037	<0,001
Arkadaşlarda COVID-19 Tanısı	Hayır	9 (9,0)	32 (32,0)		

Tüm değişkenler (ki kare testi)

Aynı evde yaşayan başka bir sağlık çalışanı bulunup bulunmadığı, gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Yüksek riskli gruptaki katılımcıların 1/5’inde, düşük riskli gruptaki katılımcıların ise 1 / 4 ‘ünde evde başka sağlık çalışanı da bulunmaktaydı. Bununla birlikte, çalışırken COVID-19 ile enfekte olma durumu, yüksek riskli gruptaki katılımcılarda, düşük riskli gruptaki katılımcılara oranla 2.25 kat yüksekti. Buna bağlı olarak karantinaya girmiş olma durumu da, yüksek riskli gruptaki katılımcılarda aynı oranda daha yüksek görülmüştür. Yüksek riskli gruptaki katılımcıların akraba veya arkadaşlarında COVID-19 tanısı, düşük riskli grubun 1.3 katı kadar fazladır.

4.7. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.7.’de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği	t	p
-----------------------	---	---

Puan Ortalaması			
	±SD		
Yüksek riskli grup	33,39±7,94	-2,07	0,045
Düşük riskli grup	31,14±7,40		

Mann-Whitney U

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalamasından 1.05 kat daha yüksektir.

4.8. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.8.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması		t	p
	±SD		
Yüksek riskli grup	22,58±6,11	2,54	0,039
Düşük riskli grup	24,92±8,41		

Mann-Whitney U

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi düşük riskli gruptaki bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalaması, yüksek riskli gruptan 1.09 kat daha yüksek bulunmuştur.

4.9. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Algılanan Damgalama Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.9.'da yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Algılanan Damgalama Ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Algılanan Damgalama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Algılanan Damgalama Ölçeği Puan Ortalaması ±SD	t	p
Yüksek riskli grup	41,98±13,27	-3,626	0,002
Düşük riskli grup	36,90±4,65		

Mann-Whitney U

Tablo 4.9.'da görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Algılanan Damgalama Ölçeği puan ortalaması düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalamasından 1.13 kat daha yüksektir.

4.10. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.10.'da ise yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalaması ±SD	t	p
Yüksek riskli grup	66,47±15,95	1,23	0,207
Düşük riskli grup	69,10±14,43		

Mann-Whitney U

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması yaklaşık aynı değerlerde olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

4.11. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.11.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Genel Öz Yeterlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması ±SD	t	p
Yüksek riskli grup	31,12±5,17	-2,671	0,015
Düşük riskli grup	29,17±5,13		

Mann-Whitney U

Tablo 4.11.'de görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalamasından 1.06 kat daha yüksektir.

4.12. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.12.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği Puan Ortalaması ±SD	t	p
Yüksek riskli grup	20,62±5,23	0,447	0,655

Düşük riskli grup 20,30±5,00

Mann-Whitney U

Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Kısa Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması aynı değerlerde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.13. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Somatizasyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.13.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Somatizasyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.13. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Somatizasyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Somatizasyon Ölçeği	t	p
	Puan Ortalaması		
	±SD		
Yüksek riskli grup	12,35±5,87	-0,877	0,659
Düşük riskli grup	11,71±4,31		

Mann-Whitney U

Tablo 4.13.'de görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması ile, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması yaklaşık değerlerde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir .

4.14. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Gruplarından Aldıkları Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.14.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve alt ölçek puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.14. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Gruplarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Duygusal Tükenmişlik Puan Ortalaması ±SD	Duyarsızlaşma Puan Ortalaması ±SD	Kişisel Başarı Puan Ortalaması ±SD	Toplam Puan Ortalaması ±SD
Yüksek riskli grup	18,69±7,71	7,64±4,71	20,68±4,96	65,10±9,10
Düşük riskli grup	16,36±8,96	5,01±4,63	19,40±6,68	62,79±10,11
F	0,026	7,501	4,829	0,139
t	-2,079	-3,116	2,260	-1,699
p	0,039	0,002	0,025	0,091

Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.14.'te görüldüğü gibi Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinden yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalamasından 0.02 puan daha yüksek bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt ölçeğinden yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalamasından 2.63 puan yüksektir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt ölçeğinden yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalamasından 1.28 puan daha yüksektir. Fakat Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanına bakıldığında, yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması ile çok yakın değerlerde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.15. Yüksek ve Düşük Riskli Gruplar Arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.15.'de yüksek ve düşük riskli gruplardaki bireylerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.15. Yüksek ve Düşük Riskli Gruplar Arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Travma Sonrası Stres Ölçeği	t	p
	Puan Ortalaması		
	±SD		
Yüksek riskli grup	54,11±22,05	-0,959	0,535
Düşük riskli grup	51,38±18,00		

Mann-Whitney U

Tablo 4.15.'de görüldüğü gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puan ortalaması her iki grupta yaklaşık değerlerde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.16. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.16.'da yüksek ve düşük riskli gruptaki bireylerin Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formundan aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.16. Yüksek Riskli ve Düşük Riskli Grupların Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu Puanlarının Karşılaştırılması

	Olayların Etkisi Gözden	F	t	p
	Geçirilmiş Formu Puan			
	Ortalaması			
	±SD			
Yüksek riskli	52,63±15,27	1,967	1,009	0,314
grup				
Düşük riskli	54,71±13,79			
grup				

Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.16.'da görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Olayların Etkisi Gözden Geçirilmiş Formu puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalamasından 2.08 puan düşük bulunmuştur fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.17. Yüksek ve Düşük Riskli Gruplar Arasında Algılanan Stres Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.17.'de yüksek ve düşük riskli gruptaki bireylerin Algılanan Stres Ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo 4.17. Yüksek ve Düşük Riskli Gruplar Arasında Algılanan Stres Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalaması ±SD	t	p
Yüksek riskli grup	26,26±7,63	1,23	0,262
Düşük riskli grup	27,89±5,97		

Mann-Whitney U

Tablo 4.17.'de görüldüğü gibi yüksek riskli gruptaki bireylerin Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması ile yaklaşık değerlerde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.18. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar ile Diğer Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Tablo 4.18., Tablo 4.19. ve Tablo 4.20.'de tüm katılımcıların uygulanan ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ve diğer bazı özellikleri arasındaki korelasyonun incelenmesine yer verilmiştir.

Tablo 4.18. MTÖ Toplam Puanı, Cinsiyet, Yaş, Çalışma Süresi, Temas Düzeyi, Mesleki Beceri, OEÖ, ASÖ ve HAD Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

		MTÖ Toplam	Cinsiyet	Yaş	Çalışma Süresi	Temas Düzeyi	Mesleki Beceri	OEÖ	ASÖ	HAD
MTÖ Toplam	Spearman p değeri	1	0,010	0,137	0,038	0,008	0,126	<0,001	0,001	<0,001
Cinsiyet	Spearman p değeri		1	0,868	0,420	0,193	0,433	0,001	0,003	0,207
Yaş	Spearman p değeri			1	<0,001	<0,001	0,757	0,876	0,038	0,147
Çalışma Süresi	Spearman p değeri				1	<0,001	<0,001	0,361	0,691	0,007
Temas Düzeyi	Spearman p değeri					1	0,045	0,104	0,359	0,002
Mesleki Beceri	Spearman p değeri						1	0,237	0,190	0,024
OEÖ	Spearman p değeri							1	<0,001	0,012
ASÖ	Spearman p değeri								1	0,082
HAD	Spearman p değeri									1

Spearman Korelasyon Analizi, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

- a) Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile cinsiyet, temas düzeyi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanları arasında korelasyon anlamlı ve negatif yöndedir.
- b) Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile çalışma süresi, Olayların Etkisi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı ve pozitif yöndedir.
- c) Yaş ile çalışma süresi ve Algılanan Stres Ölçeği puanı arasındaki korelasyon anlamlı ve negatif yöndedir.
- d) Yaş ile temas düzeyi arasındaki korelasyon ise anlamlı ve pozitif yöndedir.
- e) Çalışma süresi ile temas düzeyi, mesleki beceri ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- f) Temas düzeyi ile mesleki beceri ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- g) Olayların Etkisi Ölçeği puanı ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır. Olayların Etkisi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanı arasında ise anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.

Tablo 19. MTÖ Toplam Puanı, MDT Alt Alanı, MKB Alt Alanı, MD Alt Alanı, GÖY, TSSB, COVID-19 DÖ ve SÖ Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

		MTÖ	MDT	MKB	MD	GÖY	TSSB	Algılanan DÖ	SÖ
		Toplam							
MTÖ Toplam	Spearman p değeri	1	<0,001	0,072	<0,001	0,058	<0,001	0,004	0,001
MDT	Spearman p değeri		1	<0,001	<0,001	0,009	<0,001	0,001	0,003
MKB	Spearman p değeri			1	<0,001	0,024	0,770	0,198	0,088
MD	Spearman p değeri				1	0,003	<0,001	0,002	<0,001
GÖY	Spearman p değeri					1	<0,001	0,245	0,009
TSSB	Spearman p değeri						1	0,016	<0,001
Algılanan DÖ	Spearman p değeri							1	0,009
SÖ	Spearman p değeri								1

Spearman Korelasyon Analizi, MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, MDT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenmişlik Alt Alanı, MKB: Kişisel Başarı Alt Alanı, MD: Duyarsızlaşma Alt Alanı, GÖY: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Algılanan DÖ: Algılanan Damgalama Ölçeği, SÖ: Somatizasyon Ölçeği

- a) Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile Duygusal Tükenmişlik alt alanı, Duyarsızlaşma alt alanı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı, Algılanan Damgalama Ölçeği Puanı ve Somatizasyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- b) Duygusal Tükenmişlik alt alanı puanı ile Kişisel başarı alt alanı ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- c) Duygusal Tükenmişlik alt alanı puanı ile Duyarsızlaşma alt alanı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Algılanan Damgalama Ölçeği puanı arasında anlamlı pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- d) Kişisel Başarı alt alanı puanı ile Duyarsızlaşma alt alanı puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- e) Kişisel Başarı alt alanı puanı ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- f) Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- g) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı ile Algılanan Damgalama Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- h) Algılanan Damgalama Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.

Tablo 4.20. Algılanan DÖ Puanı ile Yaş, Cinsiyet, Çalışma Süresi, Temas Düzeyi, Mesleki Beceri, OEÖ, ASÖ, GÖY ve TSSB Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

		COVID-19 DÖ	Yaş	Cinsiyet	Çalışma Süresi	Temas Düzeyi	Mesleki Beceri	OEÖ	ASÖ	GÖY	TSSB
Algılanan DÖ	Spearman p değeri	1	0,314	0,871	0,019	0,015	0,302	0,006	0,049	0,245	0,016
Yaş	Spearman p değeri		1	0,868	<0,001	<0,001	0,757	0,876	0,038	0,062	0,050
Cinsiyet	Spearman p değeri			1	0,420	0,193	0,433	0,001	0,003	0,090	<0,001
Çalışma Süresi	Spearman p değeri				1	<0,001	<0,001	0,361	0,691	0,301	0,207
Temas Düzeyi	Spearman p değeri					1	0,045	0,104	0,359	0,042	0,110
Mesleki Beceri	Spearman p değeri						1	0,237	0,190	0,245	0,396
OEÖ	Spearman p değeri							1	<0,001	<0,001	<0,001
ASÖ	Spearman p değeri								1	<0,001	<0,001
GÖY	Spearman p değeri									1	<0,001
TSSB											1

Spearman Korelasyon Analizi, Algılanan DÖ: Algılanan Damgalama Ölçeği, OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, GÖY: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

- a) Algılanan Damgalama Ölçeği toplam puanı ile, yaş, cinsiyet, mesleki beceri ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon anlamlı değildir.
- b) Algılanan Damgalama Ölçeği puanı ile çalışma süresi, Olayların Etkisi Ölçeği puanı, Algılanan Stres Ölçeği puanı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı arasındaki korelasyonun anlamlı ve pozitif yönde olduğu görülmüştür.
- c) Algılanan damgalama Ölçeği puanı ile temas düzeyi arasındaki korelasyonun ise anlamlı ve negatif yönde olduğu görülmüştür.
- d) Yaş ile çalışma süresi ve Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır. Yaş ile temas düzeyi arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- e) Çalışma süresi ile temas düzeyi ve mesleki beceri arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- f) Temas düzeyi ile Genel Öz Yeterlilik puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- g) Mesleki beceri ile Olayların Etkisi Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanları arasındaki korelasyonun anlamlı olmadığı görülmüştür.
- h) Olayların Etkisi Ölçeği puanı ile Algılanan Stres Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır. Ancak Genel Öz Yeterlilik puanı ile anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- i) Algılanan Stres Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı ile ise anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- j) Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.

4.19. Bazı Değişkenlerin İncelenmesine Yönelik Uygulanan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 4.21, Tablo 4.22., Tablo 4.23. ve Tablo 4.24.'de Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile Algılanan Damgalama Ölçeği toplam puanları bağımlı değişken olarak kabul edilip, uygulanan Regresyon Analizleri sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.21. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Bazı Değişkenlere Göre Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SEB	β	p
Cinsiyet	-1,715	1,428	-0,080	0,231
Grup	0,624	1,616	0,032	0,700
Çalışma Süresi	-0,500	0,802	-0,050	0,534
KKE Kullanımı	0,569	0,299	0,169	0,058
Gönüllülük	2,575	1,398	0,119	0,067
Algılan Stres Ölçeği	-0,042	0,040	-0,067	0,294
Olayların Etkisi Ölçeği	0,251	0,044	0,378*	<0,001
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	-0,180	0,083	-0,138*	0,033

R²: 0,281; F: 9,318; p<0,05*

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanında yordayıcı etmenlere yönelik cinsiyet, risk grubu, çalışma süresi, KKE kullanımı, gönüllülük, Algılanan Stres ölçeği puanı, Olayların etkisi ölçeği puanı, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanı regresyon modeline alınmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda % 28 'ini açıkladığı gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Diğer Bazı Değişkenlere Göre Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SEB	β	p
Gönüllülük	2,945	1,379	0,137*	0,034
KKE Kullanımı	0,518	0,220	0,154*	0,019
Cinsiyet	-1,766	1,413	-0,082	0,213
Algılan Stres Ölçeği	-0,032	0,041	-0,050	0,445
Olayların Etkisi Ölçeği	0,249	0,057	0,375*	<0,001
Algılanan Damgalama Ölçeği	0,077	0,062	0,081	0,217
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	0,003	0,041	0,005	0,950

R²: 0,267; F: 10,002; p<0,05*

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde hangi değişkenlerin ortalama puanı yordadığını anlamak için gönüllülük, KKE kullanımı, Cinsiyet, Algılanan Stes Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği, Algılanan Damgalama ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ortalama puanları regresyon modeline alınmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda % 26 ‘sını açıkladığı gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Diğer Bazı Değişkenlere Göre Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SEB	β	p
-------------	---	-----	---------	---

Gönüllülük	2,603	1,373	0,121	0,060
KKE Kullanımı	0,477	0,218	0,141*	0,030
Cinsiyet	-1,692	1,398	-0,078	0,228
Algılan Stres Ölçeği	-0,034	0,041	-0,053	0,409
Olayların Etkisi Ölçeği	0,241	0,057	0,362*	<0,001
Algılanan Damgalama Ölçeği	0,085	0,061	0,090	0,168
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	-0,005	0,041	-0,011	0,901
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	-0,185	0,082	-0,142*	0,026

R²: 0,286; F: 9,569; p<0,05*

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde hangi değişkenlerin ortalama puanı yordadığını anlamak için gönüllülük, KKE kullanımı, Cinsiyet, Algılanan Stes Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği, Algılanan Damgalama ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ortalama puanları regresyon modeline alınmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda % 28 'ini açıkladığı gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Algılanan Damgalama Ölçeğinin Bazı Değişkenlere Göre Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SEB	β	p
Grup	4,690	1,453	0,229*	0,001
Algılan Stres Ölçeği	-0,086	0,047	-0,128	0,071
Olayların Etkisi Ölçeği	0,095	0,070	0,135	0,178
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	-0,009	0,048	-0,017	0,857

Maslach Tükenmişlik Ölçeği	0,058	0,198	0,054	0,772
Kişisel Başarı Alt Alanı	-0,019	0,210	-0,010	0,929
Duygusal Tükenmişlik Alt Alanı	0,087	0,385	0,044	0,822
Somatizasyon Ölçeği	0,121	0,157	0,061	0,444

R²: 0,139; F: 3,846; p<0,05*

Algılanan Damgalanma Ölçeğinde hangi değişkenlerin ortalama puanı yordadığını anlamak için, risk grubu, Algılanan Stes Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kişisel Başarı Alt Alanı, Duygusal Tükenmişlik Alt Alanı, Somatizasyon Ölçeği ortalama puanları regresyon modeline alınmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda % 14 ‘ünü açıkladığı gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Algılanan Damgalama Ölçeğinin Diğer Bazı Değişkenlere Göre Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SEB	β	p
Cinsiyet	-0,007	1,684	0,000	0,997
Grup	4,702	2,050	0,230*	0,023
Çalışma Süresi	0,286	1,021	0,027	0,780
KKE Kullanımı	0,407	0,369	0,114	0,271
Gönüllülük	-1,421	1,683	-0,062	0,400
Temas Düzeyi	2,334	2,389	0,110	0,330

Somatizasyon Ölçeği	0,111	0,161	0,056	0,492
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	0,081	0,204	0,077	0,690
Kişisel Başarı Alt Alanı	-0,083	0,218	-0,045	0,705
Duygusal Tükenmişlik Alt Alanı	0,076	0,393	0,039	0,847
Olayların Etkisi Ölçeği	0,122	0,073	0,173	0,099
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	-0,010	0,050	-0,019	0,847

R²: 0,137; F: 2,480; p<0,05*

Algılanan Damgalanma Ölçeğinde hangi değişkenlerin ortalama puanı yordadığını anlamak için, cinsiyet, risk grubu, çalışma süresi, KKE kullanımı, gönüllülük, temas düzeyi, Olayların Etkisi Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kişisel Başarı Alt Alanı, Duygusal Tükenmişlik Alt Alanı, Somatizasyon Ölçeği ortalama puanları regresyon modeline alınmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda % 13 ‘ünü açıkladığı gösterilmiştir



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yüksek riskli sağlık çalışanlarında Beck Depresyon Ölçeği puanları, Algılanan Damgalama Ölçeği puanları, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanları , Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt ölçekleri olan Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma, Genel Öz yeterlilik puanları düşük riskli sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. Algılanan Sosyal Destek, Kısa Psikolojik Sağlamlılık, Somatizasyon Ölçeği , Olayların Etkisi Ölçeği, ve Algılanan Stres Ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların çalışma koşulları değerlendirilirken öncelikle temas düzeyi hakkında fikir veren çalışmakta olduğu hastane bilgisi incelenmiş ve yüksek riskli gruptaki katılımcıların anlamlı farkla daha çok pandemi hastanelerinde çalıştıkları bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek riskli gruptaki katılımcıların %42'sinin acil serviste, %49'unun da yoğun bakımda çalıştığı görülmüştür. Düşük riskli gruptaki katılımcıların ise %15'i yoğun bakımda çalışmaktadır. Yüksek riskli birimde çalışan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı farkla daha fazla yoğun bakımda çalıştıkları, düşük riskli gruptaki katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı farkla daha fazla yataklı serviste çalıştıkları görülmüştür ($p<0,001$). Ayrıca grupların bir vardiyadaki çalışma süreleri arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek riskli gruptaki bireylerden bir vardiyada 24 saat çalışanların, düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.

COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarının psikolojik durumunun incelendiği Çin merkezli bir çalışmada, katılanların %69,5'i düşük riskli pozisyonlarda çalışırken, geri kalanı ateş klinikleri, solunum ve enfeksiyon departmanı, yoğun bakım ünitesi, BT odaları ve klinik laboratuvarlar gibi yüksek riskli pozisyonlarda çalışmakta ve bu da temas kurma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre katılımcıların toplam %60,8'i koruma malzemelerine (maske, şapka, takım elbise, gözlük ve yüz siperleri) erişimin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların yalnızca %4,9'u koruma önlemlerinden memnun hissettiğini bildirmiştir. Katılımcıların çoğu tanı konmuş (%35.3) ve şüpheli (%30.6) hastalarla temas halindedir (Xiao et al., 2020).

Gruplar arasında COVID-19 için bilgi kaynakları arasında farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yüksek riskli gruptaki bireylerin %82'si, düşük riskli gruptaki bireylerin ise %76'sı COVID-19 ile ilgili televizyondan bilgi edindiklerini belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,243$). Bununla birlikte yüksek riskli gruptaki bireylerin internetten COVID-19 ile ilgili bilgi edinme durumlarının düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,006$). Yazılı basından bilgi edinme durumları arasında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p=0,061$). Bilgi davranışı, insanların farklı bağlamlarda bilgiye nasıl ihtiyaç duydukları, bilgiyi nasıl aradıkları, verdikleri ve kullandıkları ile ilgili davranışlarıdır. Mevcut çalışmalar, insanların bilgi davranışlarını çeşitli bağlamlarda incelemiştir ve afetler endişe duydukları ve hızlı bir şekilde bilgi kaynaklarına yöneldikleri durumlardan biri olmuştur. Bu durum nedeniyle bilginin afet yönetimi faaliyetlerinde çok önemli bir rolü olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Pan et al., 2012).

Belirsizlikle başa çıkmak için insanlar, gerilim ve kaygıyı azaltmak ve afet müdahalesi hakkında bilgi sahibi olmak için bilgi arayışına girmektedir (Allen, 2011). Bu nedenle, ilgili literatür öncelikle etkilenen kişilerin bilgi arama ve paylaşma davranışlarını araştırmaya odaklanmıştır. Son bilgi teknolojisindeki gelişmeler, özellikle sosyal medyanın gelişimi, yazarların bilgisayar ortamında insanların bilgi ile etkileşimini (Allen et al., 2019) yeniden düşünmeleri için ilham vermiştir. Huynh ve arkadaşlarının (2020) Çin'deki bir bölge hastanesindeki sağlık çalışanlarında yaptıkları araştırma sonucunda, sağlık çalışanlarının COVID-19 salgınına karşı yüksek düzeyde bilgi sahibi ve olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermiştir. Ankete katılanların çoğunluğunun COVID-19'un küresel bir sorun olduğunu bildiğini ve bilgilerini televizyon (%79,2), sosyal medya (%91,1), hastane/Sağlık Bakanlığı'nın web sitesi (%82,6) gibi çeşitli medya aracılığıyla topladığını tespit etmişlerdir.

Sosyal medya, kullanıcı tarafından içeriğin oluşturulmasına ve paylaşılmasına izin veren bir grup internet tabanlı uygulamayı ifade etmektedir (Roy et al., 2020). Pang ve Ng (2016), olağan dışı durumların yaşam döngüsü boyunca internet üzerinden bilgi arama ve bilgi paylaşma davranışını incelemiştir. Lai ve Tang (2018), afet yönetiminde Amerikalı, Çinli ve Avustralyalı bireylerin sosyal medya ve mobil cihazlardan internete bağlanarak bilgi arayışına girdiklerini belirtmiştir. Çalışmamız sonucunda da bilgi kaynağı olarak internetin kullanımına bakıldığında, yüksek riskli gruptaki bireylerin anlamlı farkla daha yüksek oranda internetten COVID-19 hakkında bilgi edindikleri söylenebilir.

Katılımcıların sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde gruplar arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sigara kullanma durumlarına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,254$). COVID-19 pandemisi ile birlikte sigara kullanımıdaki artışa bakıldığında ise, yüksek riskli gruptaki bireylerde düşük riskli gruptaki bireylere göre bu durumun anlamlı farkla daha fazla gözlemlendiği görülmüştür ($p=0,021$). Yani, yüksek riskli gruptaki bireyler pandemiden önce içtikleri sigara miktarına göre, pandemiden sonra içtikleri sigara miktarında artış olduğunu ifade etmişlerdir.

Sigara içenlerin çoğuna göre, sigara içmek bireye hem rahatlama sağlamak hem de rahatsız etmektedir. Bu dönemde bireyler bir savunma duygusu arayışı içinde daha fazla sigara içmeye başlamaktadır. Ancak pandemi yayılımı sırasında KOAH'lılarda ve sigara içenlerde COVID19 ölüm oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalar, sigara içenlerde ölüm oranının normal bireylere göre 14 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Böylece sigaranın KOAH'ın önde gelen nedeni olduğu düşünülürse, sigaranın COVID-19 riskini artırdığını belirten yeni raporlar bir kez daha dikkatleri sigarayı bırakmaya çekmiştir (Liu et al., 2020). Ancak çalışmamız sonucunda yüksek riskli gruptaki bireylerin pandemi sonrası sigara kullanma durumlarındaki artış, dikkat çekicidir. Klemperer ve arkadaşları çalışmalarına dahil ettikleri katılımcıların %22,9'unun sigarayı azalttığını, %21,2'sinin elektronik sigara kullanımını azalttığını ve %16,2'sinin COVID-19 pandemisi sırasında zarar görme korkusuyla sigarayı bıraktığını bildirmiştir (Klemperer et al., 2020). Öte yandan, Leventhal Adam ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların %30'unun sigara miktarını artırdığı ve %15'inin bırakmaya daha az motive olduğu; bu durumu olumsuz duygulanımlara bağlamışlardır (Leventhal et al., 2013).

Mevcut sigara içimi, COVID-19'un daha ciddi sonuçlarıyla ilişkili olsa da, sigara içenlerin COVID-19 pandemisine nasıl tepki verdiği hakkında şu anda çok az şey bilinmektedir. 10 Nisan 2020'de yapılan bir ABD araştırması, sigara içenler arasında devam eden kullanımın %28'inin azaldığını, bu bireylerin %30'unun ise sigarayı artırdığını bulmuştur (Klemperer et al., 2020). 30 Mart ve 1 Nisan 2020 tarihleri arasında Fransa'da yürütülen bir araştırma, sigara içenlerin %19'unun sigarayı azalttığını ve %27'sinin sigarayı artırdığını bulmuştur (Sante Publique France Tabac, 2020). Araştırmalar, İtalyan sigara içenlerin %3,3'ünün karantina sırasında sigarayı bıraktığını göstermiştir (Di Renzo et al., 2020).

Polonya'da ise, sigara içenlerin %45,2'si sigarayı arttırmıştır, %40,0'ı değişiklik olmadığını bildirmiş ve %14,8'i sigara içmelerinin değişip değişmediğinden emin olmadığını

ifade etmiştir (Sidor ve Rzymiski, 2020). İspanya'da yapılan bir araştırma, karantina önlemlerinin yürürlüğe girmesinden sonra mevcut sigara içme prevalansında önemli olmayan bir azalma olduğunu bildirmiştir (Lopez-Bueno et al., 2020).

Bu araştırmalar, sigara içenlerin pandemiye farklı tepkiler verdiğini gösterse de, neden bazılarının sigarayı artırırken bazılarının azalttığına dair çok az açıklama sunmaktadır. Geçmişte yapılan araştırmalar, pandemi sırasındaki stresin sigara içmedeki artışla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Stanton et al., 2020). Yani literatürde pandemi sırasında sigara kullanım durumundaki artışla ilgili farklı sonuçlar bulan çalışmaların yer aldığı anlaşılmaktadır. Ancak stresin sigara kullanımını arttıracığı dikkate alındığında, çalışmamızdaki yüksek riskli gruptaki bireylerin sigara kullanımında gözlenen artışın nedeni daha net anlaşılabilir.

Bununla birlikte alkol kullanma durumları ($p= 0,716$) ve COVID-19 pandemisi ile birlikte alkol kullanımlarındaki artış durumlarına ($p=0,989$) bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Bir araştırma, COVID-19 pandemisi gibi krizler sırasında ve sonrasında finansal zorluklar, sosyal izolasyon ve gelecekle ilgili belirsizliğin etkileşimi tarafından tetiklenen psikolojik sıkıntıdaki artışın alkol kullanım modellerini kötüleştirebileceğini ve atfedilebilir zararı artırabileceğini öne sürmüştür (Rehm et al., 2020).

Daha önceki bulaşıcı hastalık salgınlarıyla daha sıkı bağlantılı araştırmalar incelenirken, sıkıntı mekanizması için ek kanıtlar bulunmuştur. Yakın zamanda yapılan bir araştırmayla, 2003 yılında Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) pandemisine maruz kalan Çin vatandaşlarını inceleyen iki çalışma tespit edilmiştir (Lau et al., 2005; Wu et al., 2008). 800'den fazla Hong Kong sakini arasında erkeklerin %4,7'si ve kadınların %14,8'i mevcut içiciydiler ve SARS pandemisinden 1 yıl sonra alkol kullanımlarında bir artış bildirmişlerdir (Lau et al., 2005). Özellikle, karantinada olan veya yüksek riskli hastane koşullarında çalışan Pekin'deki hastane çalışanları gibi etkilenen bireyler için, SARS salgınından 3 yıl sonra alkol kullanım bozukluğu, maruz kalmayan hastane çalışanlarına göre yaklaşık 1,5 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir (Wu et al., 2008). Her iki referans da orta veya uzun vadeli sonuçlara işaret etmektedir. Benzer şekilde, doğal ve insan kaynaklı afetler, sıkıntı nedeniyle içmede daha uzun vadeli artışlarla bağlantılı görünmektedir (Beaudoin, 2011). Çalışmamızın sonucunda ise literatürden farklı olarak alkol kullanımlarında her iki

grupta da artış bildirilmemiştir. Araştırma grubunun sosyokültürel durumu, çalışma ve ülke koşulları gibi faktörler bu farklı sonuçlara yol açmış olabilir.

Maske kullanımları değerlendirildiğinde yüksek riskli gruptaki bireylerin %10'u N95, %87'si ise hem N95 hem de cerrahi maskeyi bir arada kullanmaktaydı. Düşük riskli gruptaki bireylerin ise %15'i N95, %25'i ise her iki maskeyi bir arada kullanmaktaydı. Yani N95 ve cerrahi maskeyi bir arada kullanma durumu, yüksek riskli gruptaki bireylerde istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha fazla görülmüştür ($p<0,001$). Rosner ve arkadaşları (2020), sağlık profesyonellerinin maske kullanımına bağlı yaşadıkları yan etkileri araştırdıkları araştırmalarında uyguladıkları ankete katılan 343 kişiden %59,2'sinin ($n=203$) vardiyaları boyunca öncelikli olarak N95 maskesi ve %40,8'inin ($n=140$) cerrahi maske takmakta olduğunu ifade etmiştir.

Düşük riskli gruptaki bireylerin hizmet içi COVID-19 eğitimi almış olma durumlarının, yüksek riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,032$). Ayrıca mesleki beceri ve güven anlamında yüksek riskli gruptaki bireylerin yeterli olma durumunun düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Literatür, sağlık çalışanları arasındaki bilgi eksikliğinin ve yanlış anlamaların tanının gecikmesine, hastalığın yayılmasına ve zayıf enfeksiyon kontrol uygulamalarına yol açtığını göstermektedir (Wee Hoe, 2020). Bu nedenle hizmet içi eğitimlerin önemi açıktır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, çalışırken COVID-19 ile enfekte olma durumu yüksek riskli gruptaki katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti ($p<0,001$). Yine karantinaya girmiş olma durumu da, yüksek riskli gruptaki katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksekti ($p=0,004$). Yüksek riskli gruptaki katılımcıların akraba veya arkadaşlarında COVID-19 tanısı %91 iken, düşük riskli grupta %68 idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Yani yüksek riskli gruptaki katılımcıların akraba veya arkadaşlarında COVID-19 tanısı istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha fazla görülmüştür. Sağlık çalışanları işyerinde COVID-19'a yakalanma riski altındadır. Birkaç rapor, sağlık hizmeti ortamlarında sağlık çalışanlarının COVID-19 ile enfekte olmasına yol açan nedenleri açıklamıştır. Kişisel koruyucu ekipman eksikliği, çok sayıda enfekte hastaya uzun süre maruz kalma, enfeksiyon önleme ve kontrolü konusunda yetersiz eğitim ve tanınmayan COVID-19 hastalarına maruz kalma en önde gelen nedenler olmuştur (Wang et al., 2020; Heinzerling et al., 2020; Zhou et al., 2020). İtalya'da sağlık çalışanları üzerinde

yapılan bir çalışmadaki veri analizinde COVID-19 hastalarıyla ilgilenen tüm sağlık çalışanlarının %20'sinin pozitif olarak enfekte olduğu ortaya konmuştur (T Lancet, 2020).

İspanyol sağlık çalışanlarının COVID-19 enfeksiyonuna ilişkin erken yayınlanmış literatür, hızlı yayılan daha yüksek rakamlara işaret etmektedir. Şaşırtıcı bir şekilde 9400 sağlık çalışanının (Mart 2020), İspanya'daki tüm erken enfekte vakaların yaklaşık %15'ini oluşturan COVID-19 ile enfekte olduğu bildirilmektedir. Ohio eyaleti tarafından yayınlanan rakamlar, pozitif COVID-19 enfeksiyonu olan sağlık çalışanlarının %18'ini oluşturduğu yönündedir. Ayrıca Minnesota eyaletinde teşhis edilen her beş vakadan birinin sağlık çalışanı olduğu belirtilmiştir. Fransa'daki genel enfeksiyon oranı, küresel olarak en yüksek oranlardan biridir, ancak COVID-19 ile enfekte olan sağlık çalışanları ile ilgili veri raporları sınırlıdır. Fransa'daki Kamu Hastane Sistemi, 100.000'den fazla sağlık çalışanı arasında 490 sağlık çalışanının enfekte olduğunu bildirmiştir (Al-maskari, 2021).

Sağlık çalışanları, topluluklar arasında COVID-19 enfeksiyonuna karşı ön saflarda yer almaktadır. Bununla birlikte, erken kanıtlar, sağlık çalışanlarının %15 ila %18 ve bazı durumlarda enfekte olmuş popülasyonun %20'sine kadar değişen oranda COVID-19 ile giderek daha fazla enfekte olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları arasında COVID 19 enfeksiyonu için başlıca faktörler arasında enfeksiyonun anlaşılmaması, kişisel koruyucu ekipmanın yetersiz kullanımı ve mevcudiyeti, belirsiz tanı kriterleri ve psikolojik stres yer almaktadır (Ali et al., 2020).

Çalışmamızın sonuçlarına göre, yüksek riskli gruptaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 33,39 iken, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması 31,14'tür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,045$). Yüksek riskli gruptaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Ayrıca yüksek riskli gruptaki bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalaması 22,58 iken, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması 24,92'dir. Düşük riskli gruptaki bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Salgınlar sırasında sağlık çalışanları, hastalığa maruz kalma, enfeksiyonun aile üyelerine bulaşmasıyla ilgili endişeler, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, daha uzun çalışma saatleri ve hastalara sınırlı kaynakların tahsis edilmesiyle ilgili zorlu kararlarla ilgili önemli psikolojik strese karşı hassas hale gelmektedir (Pfefferbaum ve North, 2020; Shaukat et al., 2020). COVID-19 salgını, dünyanın dört bir yanındaki sağlık çalışanlarını benzeri görülmemiş bir durumla karşı karşıya bırakmıştır.

Rajkumar (2020) çalışmasının bir sonucu olarak sağlık çalışanları arasında olumsuz psikolojik sonuç riski özellikle yüksek olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanları, COVID-19 hastalarıyla ilgilenmek için zor koşullar ve sınırlı kaynaklarla karşı karşıya kalmakta ve bu da onları depresyon, anksiyete ve uykusuzluk için daha yüksek risk altına sokmaktadır. Bu pandeminin ön saflarında yer alan sağlık çalışanlarının ruh sağlığının değerlendirilmesi hayati önem taşımaktadır.

Çin'de yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında yüksek bir depresyon (%50,4), anksiyete (%44,6), uykusuzluk (%34) ve psikolojik sıkıntı (%71,5) prevalansı bildirilmiştir (Lai et al., 2020). Salari ve arkadaşları (2020), COVID-19 pandemisi sırasında genel popülasyonda anksiyete ve depresyon prevalansını sırasıyla %31,9 ve %33,7 olarak bildirmişlerdir. Bu rakamlar birbirine yakındır ve COVID-19'un hastalar, sağlık çalışanları, çocuklar, öğrenciler ve toplumun çeşitli sektörlerindeki bireyler dahil olmak üzere insanların ruh sağlığı üzerindeki olası etkilerini vurgulamaktadır. Yaşanan salgının sadece sağlık çalışanlarının değil, tüm toplumun ruh sağlığını etkilediği bu çalışmanın sonuçlarına göre söylenebilir.

Şahin ve arkadaşları tarafından COVID-19 salgını sırasında 939 sağlık çalışanı üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, (2020), katılımcıların sırasıyla %60,2'sinde ve %77,6'sında anksiyete ve depresyon belirtileri ve semptomları gözlenmiştir. İtalya'daki pandeminin ilk aşamalarında, sağlık çalışanlarının %10'u Covid-19'a yakalanmış ve bunların %3'ü ölmüştür (Mokhtari et al., 2020). Bu yüksek bulaşıcılık ve ölüm oranları, dünya çapında sağlık çalışanları arasında endişe ve depresyona neden olabilir. Ayrıca, yüksek riskli bir iş yeri, klinik deneyim eksikliği, genç yaş ve psikolojik rahatsızlık öyküsü gibi faktörler sağlık çalışanları arasında anksiyete ve depresyon gelişimine katkıda bulunabilir (Salari et al., 2020; Mokhtari et al., 2020; Şahin et al., 2020).

Elhadi ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ise, 745 katılımcıdan 420'sinde (%56,3) depresif belirtiler (HAD puanı ≥ 11) ve 236'sında (%31,7) sınırda depresif belirtiler bulunmuştur (HAD puanları 8-10). Sistemik bir gözden geçirme ve metaanalizde ise, 54 gözlemsel çalışmanın analizine göre, depresyon veya depresif belirtilerin yaygınlığının yaklaşık %28,8 olduğunu ve kullanılan ölçeğe bağlı olarak bireysel çalışmalarda %20,9 ile %43,2 arasında değiştiğini bildirilmiştir (Mata et al., 2015). Elhadi ve arkadaşlarının çalışmasında (2020), yüksek düzeyde depresif ve anksiyete belirtileri

bildirildiğinden, hekimlerde tükenmişlik ve intihar riskini önlemek ve tıbbi hata riskini azaltmak için acil psikolojik müdahale planlarına ihtiyaç bulunduğu yorumu yapılabilir. Çünkü 348 (%46,7) hekimde anksiyete (HAD skoru ≥ 11), 237'sinde (%31,8) borderline anksiyete (HAD skoru 8-10) tespit etmişlerdir. Bu, Çin'deki doktorlar arasında yürütülen bir çalışmada daha önce bildirilen %25,6'lık kaygı oranından daha yüksek olması yönüyle dikkat çekici bir bulgudur (Gong ve diğerleri, 2014). Genelleştirilmiş Anksiyete Bozukluğu-7 ölçeğini kullanan başka bir çalışma, COVID-19 salgını sırasında Çin'deki sağlık çalışanlarının %35,6'sında yaygın anksiyete bozukluğunun mevcut olduğunu ortaya koymuştur (Huang ve Zhao, 2020). Hamilton Anksiyete Ölçeği'ni kullanan sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırma, COVID-19 salgını sırasında %22,6'sının hafif ila orta düzeyde anksiyeteye sahip olduğunu, sadece %2,9'unun şiddetli anksiyete yaşadığını ortaya koymuştur (Lu et al., 2020).

Bunun yanında çalışmamızın sonuçlarına göre yüksek riskli gruptaki bireylerin Algılanan Damgalama Ölçeğinden ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinden yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması 18,69 iken, düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması 16,36'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Yine Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Duyarsızlaşma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Kişisel Başarı alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Sağlık çalışanları arasında nispeten yüksek enfeksiyon ve ölüm oranı, COVID-19'un ölümcül ve kontrol edilemez doğası ile birlikte, sağlık personeline endişe ve stres duygularını tetikleyebilmektedir. Sosyal damgalanma, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, personel üzerindeki yoğun iş yükü gibi sorunlar bu durumu ağırlaştırabilir. Bu nedenle, bu pandeminin sağlık çalışanları üzerinde önemli psikolojik etkileri olması beklenmektedir (Guo et al., 2020).

Tükenmişlik hem hastalar hem de sağlık çalışanları için ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu sadece sağlık personeline kötü fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları, motivasyon eksikliği, devamsızlık ve düşük moral ile sonuçlanmakla kalmaz, aynı zamanda etkilenen personel tarafından sağlanan bakımın kalitesinin bozulmasına ve bunun sonucunda da hastalar için

kötü sonuçlara yol açabilir. Çeşitli sistematik incelemeler, sağlık profesyonellerinde yüksek düzeyde tükenmişliğin daha az güvenli hasta bakımı ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Dewa et al., 2017; Hall et al., 2016).

Diğer çalışmalar da COVID-19 ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarının hastane personeli üzerindeki psikolojik etkisini araştırmıştır. Çalışmaların çoğu Maslach Tükenmişlik Ölçeği dışında veri toplama gereçleri kullanmıştır. Poon ve arkadaşları (2004) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanarak, SARS salgını sırasında Hong Kong'daki 1926 ön saflarda görev yapan sağlık çalışanları arasında kaygı düzeylerini belirlemek için bir anket uygulamıştır. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutunu da kullanmışlardır. Ön saflardaki sağlık çalışanları arasında ortalama kaygı düzeyleri (51,1'e karşılık 47,1; $p < 0,001$) ve tükenmişlik belirtileri sayısı (7,3'e karşı 5,1; $p < 0,001$) kontrollerden daha yüksek bulunmuş olup; anksiyete puanları tükenmişlik puanları ile ilişkili olarak raporlanmıştır.

Ayrıca 333 Kanadalı hemşire (315 kadın, 18 erkek) arasında duygusal tükenme ve ifade edilen öfkeyi öngörmeye algılanan SARS tehdidi ve örgütsel desteğin rolünü araştırmak için çevrimiçi bir anket yapılmıştır (Fiksenbaum ve ark. 2006). Bu çalışmada ortalama duygusal tükenme puanı $4 (\pm 1.85)$ idi. Çin'de Genel Sağlık Anketi kullanılarak yapılan bir kesitsel ankette, Dai ve arkadaşları (2020), 4357 sağlık çalışanının uygun bir örneğinin ruh sağlığı durumunu değerlendirmiştir. 1704 işçinin (%39,1) psikolojik sıkıntı yaşadığını bulmuşlardır. Başka bir ankette Lai ve meslektaşları (2020), Çin'deki 34 hastanede COVID-19'a maruz kalan hastaları tedavi eden 1257 sağlık çalışanının ruh sağlığı sonuçlarının büyüklüğünü değerlendirmiştir. 634 kişinin (%50,4) depresyon, 560 (%44,6) anksiyete, 427 (%34,0) uykusuzluk ve 899 (%71,5) sıkıntı belirtileri bildirdiğini bulmuşlardır.

Ayrıca, Liu ve arkadaşları (2020), kendi kendini değerlendiren anksiyete ölçeğini kullanarak, sağlık personeli arasında anksiyete prevalansının %12,5 olduğunu tahmin etmiştir. Xing ve arkadaşları (2020), Belirti Kontrol Listesi-90 (SCL-90) kullanılarak yapılan kesitsel bir ankette, Çin'in sekiz il ve kentindeki 12 hastanede COVID-19 ile ilgilenen 548 sağlık personelinin ruh sağlığı durumu araştırmıştır. Çalışmalarının bulgularına göre, sağlık personeli arasında SCL-90 genel ortalama puanı, kontrol grubundan önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Zhu ve arkadaşları (2020), 5.062 sağlık çalışanı arasında Stres, depresyon ve kaygıyı Olay Ölçeği-Gözden Geçirilmiş, Hasta Sağlığı Anketi-9 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu ölçeği kullanarak değerlendirmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların yüzde

29,8'i stres, yüzde 13,5'i depresyon ve yüzde 24,1'i kaygı bildirmiştir. Maunder ve arkadaşları (2006), Toronto Hastanesinde çalışan 587 işçinin %30,4'ünde yüksek duygusal tükenme (puan ≥ 27) düzeyi tespit etmiştir. Örneğin Lai ve diğerleri (2020), COVID-19'a maruz kalan hemşirelerde ruh sağlığı semptomlarının tüm ölçümlerinin daha şiddetli derecelerini bildirmiştir. Yani çalışmamız sonucunda görülen yüksek riskli gruptaki yüksek tükenmişlik düzeyi, literatür bilgisi ile uyumlu bir bulgudur.

Benzer şekilde Maunder ve arkadaşları tarafından SARS salgını sırasında 769 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada, araştırmacılar incelenen iki hastaneden birinin personeline önemli ölçüde daha yüksek düzeyde tükenmişlik bulmuşlardır (Maunder et al., 2006). Dai ve arkadaşları da (2020), yine bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde yüksek riskli hastanelerde çalışmanın kötü bir prognostik faktör olduğunu bulmuştur.

Araştırmacılar, düşük riskli kontrollere kıyasla bu hastalarla temas halinde olan personelin daha yüksek düzeyde akut veya travma sonrası strese (olasılık oranı 1.71, %95 GA 1.28-2.29) ve psikolojik sıkıntıya (1.74, 1.50-2.03) sahip olduğu sonucuna varmışlardır (Kisely et al., 2020). Çalışmamızda ise yüksek riskli gruptaki bireylerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puan ortalaması 54,11 iken, düşük riskli gruptaki bireylerin puan ortalaması 51,38'dir.

Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre KKE kullanmamanın Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanında 0,477 birimlik bir artışa yol açtığı görülmüştür ($p=0,030$). Olayların Etkisi Ölçeği puanındaki bir birimlik artışın ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanında 0,241 birimlik artışa yol açtığı görülmüştür ($p<0,001$). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğindeki bir birimlik artışın, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanında 0,185 birimlik bir azalmaya yol açtığı görülmüştür ($p=0,026$). Diğer değişkenler olan gönüllülük, cinsiyet, Algılanan Stres Ölçeği, Algılanan Damgalama Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanının ise etkisinin anlamlı farka yol açmadığı görülmüştür. Weilenmann ve arkadaşları (2020), İsviçre'de sağlık çalışanlarının (857 doktor ve 553 hemşire) tükenmişlik düzeyini araştırmıştır. Sonuçlar yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve tükenmişlik belirtileri göstermiştir. Küçük etkilerle, COVID-19 hastalarıyla doğrudan etkileşimi olan kadın sağlık çalışanları, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, olmayan meslektaşlarından daha fazla semptom bildirmişlerdir. Yani cinsiyetin, temas düzeyinin ve meslek grubunun sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır.

Duarte ve arkadaşları (2020), Portekizli sağlık çalışanların tükenmişlik düzeyini inceledikleri çalışmalarında cinsiyet, evlilik durumu, ebeveynlik durumu, n saflardaki çalışma pozisyonları ve enfekte kişilerle doğrudan temasın sonuçlara önemli ölçüde katkıda bulunduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular, Liu ve arkadaşlarının (2020) araştırmasıyla uyumlu olarak kadın cinsiyetinin daha yüksek kişisel tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İsviçre'de sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışma, hastalarla doğrudan temas halinde olan grupta daha yüksek düzeyde tükenmişlik olduğunu göstermiştir (Weilenmann, et al., 2020). Temas düzeyinin tükenmişlik üzerinde etkili olduğunu çalışmalarının sonucunda bildirmişlerdir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ KISITLILIKLAR ÖNERİLER

6. SONUÇ

Sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki psikolojik etkilenme düzeylerini ve mevcut psikolojik etkilenmenin risk düzeyi ile ilişkisinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışma bilinebildiği kadarıyla sağlık çalışanlarını risk düzeyine göre ayıran ve kapsamlı ruhsal etmenlerin sosyodemografik etmenler, koruyucu ekipmanlar ve ruhsal etmenleri kapsamlı bir ölçek grubuyla değerlendirmeye çalışan ilk araştırmadır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yüksek riskli birimde çalışan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı farkla daha fazla yoğun bakımda çalıştıkları, düşük riskli gruptaki katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı farkla daha fazla yataklı serviste çalıştıkları görülmüştür.
- Yüksek riskli gruptaki bireylerden bir vardiyada 24 saat çalışanların, düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Yüksek riskli gruptaki bireylerin %82'si, düşük riskli gruptaki bireylerin ise %76'sı COVID-19 ile ilgili televizyondan bilgi edindiklerini belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- Bununla birlikte yüksek riskli gruptaki bireylerin internetten COVID-19 ile ilgili bilgi edinme durumlarının düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde gruplar arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sigara kullanma durumlarına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,254$).
- COVID-19 pandemisi ile birlikte sigara kullanımındaki artışa bakıldığında ise, yüksek riskli gruptaki bireylerde düşük riskli gruptaki bireylere göre bu durumun anlamlı farkla daha fazla gözlemlendiği görülmüştür ($p=0,021$).

- Bununla birlikte alkol kullanma durumları ($p= 0,716$) ve COVID-19 pandemisi ile birlikte alkol kullanımlarındaki artış durumlarına ($p=0,989$) bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.
- N95 ve cerrahi maskeyi bir arada kullanma durumu, yüksek riskli gruptaki bireylerde istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha fazla görülmüştür ($p<0,001$).
- Düşük riskli gruptaki bireylerin hizmet içi COVID-19 eğitimi almış olma durumlarının, yüksek riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,032$).
- Mesleki beceri ve güven anlamında yüksek riskli gruptaki bireylerin yeterli olma durumunun düşük riskli gruptaki bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).
- Yüksek riskli gruptaki bireylerin Beck Depresyon Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.
- Düşük riskli gruptaki bireylerin Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.
- Bunun yanında çalışmamızın sonuçlarına göre yüksek riskli gruptaki bireylerin Algılanan Damgalama Ölçeğinden ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı farkla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinden yüksek riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması 18,69 iken, düşük riskli gruptaki bireylerin aldığı puan ortalaması 16,36'dır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Duygusal Tükenmişlik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.
- Yine Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Duyarsızlaşma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte Yüksek riskli gruptaki bireylerin istatistiksel olarak anlamlı farkla Kişisel Başarı alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.
- Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile çalışma süresi, Olayların Etkisi Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı ve pozitif yöndedir.
- Olayların Etkisi Ölçeği puanı ile Algılanan Stres Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır. Olayların Etkisi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanı arasında ise anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.

- Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile Duygusal Tükenmişlik alt alanı, Duyarsızlaşma alt alanı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı, Algılanan Damgalama Ölçeği Puanı ve Somatizasyon Ölçeği puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardır.
- Algılanan damgalama Ölçeği puanı ile temas düzeyi arasındaki korelasyonun ise anlamlı ve negatif yönde olduğu görülmüştür.
- Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon vardır.
- Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre KKE kullanmamanın Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanında 0,477 birimlik bir artışa yol açtığı görülmüştür ($p=0,030$). Olayların Etkisi Ölçeği puanındaki bir birimlik artışın ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanında 0,241 birimlik artışa yol açtığı görülmüştür ($p<0,001$).
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğindeki bir birimlik artışın, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanında 0,185 birimlik bir azalmaya yol açtığı görülmüştür ($p=0,026$). Diğer değişkenler olan gönüllülük, cinsiyet, Algılanan Stres Ölçeği, Algılanan Damgalama Ölçeği ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği puanının ise etkisinin anlamlı farka yol açmadığı görülmüştür.

6.1. Kısıtlılıklar

- Bu çalışma kesitsel türde bir çalışma olması nedeniyle ancak belirli bir andaki durumu yansıtmaktadır. İleriye dönük çalışmalarla sonuçlarının desteklenmesi gerekebilir.
- Sınırlı bir evrende çalışma yürütülmüştür. Bu nedenle kültürel ve bölgesel farklılıkların sonuçları etkileyeceği unutulmamalıdır.
- Kullanılan ölçme araçları, bireysel değerlendirmelere dayanmıştır. Bu nedenle sorulara yanıt verilirken hatırlamama, doğru yanıtı işaretlemekten çekinme gibi yanıltıcı faktörler olmuş olabilir.

6.2. Öneriler

Önlemler, pandemi döneminde sağlık çalışanları için bir kurtarma planının uygulanmasını, kişisel koruyucu ekipmanların yeterli düzeyde sağlanmasını ve dayanıklılık eğitimi ve öz bakım stratejilerinin geliştirilmesini içerebilir. Bu tür çabalar, mevcut pandemideki gibi çevresel risklere karşı koruyucu faktörleri arttırabileceği gibi, ruh sağlığı için de olumlu faktörler geliştirebilir. Bir sağlık profesyoneli ne kadar fazla deneyime sahipse,

bilgiyi pekiştirme olasılığı o kadar fazladır. Müdahale grupları önemli olabilir ve hem profesyonel uygulamada hem de psikolojik iyi oluşu geliştirmede çeşitli şekillerde koruyucu bir önlem olarak hareket edebilir. İleriki çalışmalarda sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki uzun süreli ruh sağlığı etkileri araştırılabilir.

YEDİNCİ BÖLÜM

KAYNAKÇA

- ABD Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, (5. Baskı), (Çev. Köroğlu E), Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- ABD Psikiyatri Birliği (2020). Grief and COVID-19: Saying goodbye in the age of physical distancing, <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance> (Erişim Tarihi: 23.03.2021)
- Abuhanoğlu, H., Teke, A., Demir, C., Çelen, Ö., Karadağ, M. ve Cankul, İ.H. (2013). “Tabiplerin tıbbi işlemler sırasında maliyet-etkililik ile ilgili tutum ve davranışlarına ilişkin bir değerlendirme”, Gulhane Medical Journal, 55 (4), ss.288-296.
- Ahmad, A., Rahman, I. ve Agarwal, M. (2020). Factors influencing mental health during Covid-19 outbreak: An exploratory survey among Indian population, MedRxiv, Cold Spring Harbor Laboratory Press.
- Akbolat, M. ve Ünal, Ö, (2017), Sağlık kurumlarında mobbing, içinde sağlık kurumları yönetiminde örgütsel davranış konuları, (Ed. M. Çimen, S. Deniz), Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Al-Aameri A.S. (2003). “Source of Job Stress for Nurses in Public Hospitals”, Saudi Medical Journal, 24 (11), ss.1183-1187.
- Aldem, M., Taş Arslan, F. ve Kurt, A.S. (2013). “Sağlık profesyonellerinde çalışan güvenliği”, Tıp Araştırmaları Dergisi, 11(2), 60-67.

- Alim, T.N. (2008). "Trauma, resilience, and recovery in a high-risk AfricanAmerican population", American Journal of Psychiatry. 165 (12), ss. 1566-1575.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2003). "Çocukların kaygıları ile annelerinin kaygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi". Eğilim ve Bilim, 28 (128), ss. 65-71.
- Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. Ç., (2011), "Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (2), ss. 214-231.
- Aşık, N. (2005). "Otel işletmelerinde işgörenlerin örgütsel stres kaynakları ve stresin bireysel sonuçlarına ilişkin bir araştırma", Mevzuat Dergisi, 8 (91), <https://www.mevzuatdergisi.com/2005/07a/01.htm> (Erişim Tarihi: 17.02.2021).
- Aşık, N. (2010). "Çalışanlarda iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ve sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme", Türk İdare Dergisi, 467, <http://www.tid.gov.tr/makaleler/467nuranaksit.pdf/> (Erişim tarihi: 17.02.3021).
- Atkinson, P., French, J., Lang, E., McColl, T. ve Mazurik, L.(2020). "Just the facts: Protecting frontline clinicians during the COVID-19 pandemic", Canadian Journal of Emergency Medicine, ss.1-5.
- Atrooz, F., Liu, H. ve Salim, S. (2019). "Stress, psychiatric disorders, molecular targets, and more". İçinde: Progress in Molecular Biology and Translational Science. Elsevier B.V.
- Aysan, A.F., Balcı, E., Karagöl, E.T., Kılıç, E., Gültekin, F. ve Şahin, F. (2020). Covid-19 pandemi değerlendirme raporu, TÜBA Raporları No:34, Ankara, Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Avcı, S. (2013). Farklı mesleklerde çalışan kadınların yaşam doyumu, iş doyumu, tükenmişlik ve algılanan cinsiyet ayrımcılığı düzeylerinin depresyon ile ilişkisinin incelenmesi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Badır, A. (1999). "Koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin oryantasyonu ve sürekli eğitimi", Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3 (2), ss.47-51.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2002). Stres ve başa çıkma yolları, İstanbul, Remzi Kitapevi.
- Bass, C. ve Benjamin, S. (1993). "The menagement of chronic somatizatin", J.Psychiatry, 162, ss.472-480.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R.A. (1988). “An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), ss. 893-897.
- Benk, A. (2006). Üniversite öğrencilerinde mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin psikolojik belirtilerle ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bıyık, M. ve Boztaş, K. (2003). “Stres kaynakları”, *Polis Dergisi*, 35, ss.98-103.
- Bilir, N. (2005). “İş sağlığı ve güvenliğinde çağdaş bir yaklaşım: risk değerlendirmesi ve risk yönetimi”. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, (25), ss. 9-11.
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M.R., Pumberger, M. ve Riedel-Heller, S.G. (2020). “COVID- 9 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers: A Short Current Review”, *Psychiatrische Praxis. Georg Thieme Verlag*, 47 (4), ss. 190-197.
- Bolat, T. (2010). Bir hastanede çalışan sağlık personelinin kişilik özelliklerinin somatizasyon belirtileri üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S. ve Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet. Lancet Publishing Group*.
- Brown, T. M. (2004). Somatization, *Medicine*, 32 (8), ss.34-35.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. ve Zheng, J. (2020). “The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China”, *Psychiatry Research*, 287, 112934.
- Cava, M.A., Fay, K.E., Beanlands, H.J., McCay, E.A. ve Wignall, R. (2005). “The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto”, *Public Health Nurs*, 22 (5), ss.398-406.
- Cihan, Y.B. (2011). “Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi”, *Yeni Tıp Dergisi*, 28, ss. 17-22.
- Choi, E.P.H., Hui, B.P.H. ve Wan, E.Y.F. (2020). “Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19”, *Int J Environ Res Public Health*, 17 (10), ss.37-40

- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Knorrning, A.. ve Bohman, M., (1984). “An adoption study of somatoform disorder. 2 identification of two discrete somatoform disorders”, Arch Gen Psychiatry, 41, ss. 873-871.
- Crego, M.G., Clemente, M., Santos, M.M. ve Espinosa, P. (2009). “Personal predictor of medical caregivers burnout in geriatry clinics”. Archives of Gerontology and Geriatrics, 48, pp. 246- 249.
- Crowley, B.J., Hayslip, B. ve Hobdy, J. (2003). “Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood”, Journal of Adult Development, 10 (4), ss. 237-248.
- Cüceloğlu, C. (2004). İnsan ve davranışı, İstanbul, Remzi kitapevi.
- Çam O. (1992). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı.
- Çam, O. ve Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing, 8 (2), ss.118-126.
- Çitemel, N. (2010). Lisansüstü öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Çoşar, G. (2019). Sağlık çalışanlarında stres ve tükenmişlik, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Demir, A. (1999). “Hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (1), ss.34-44.
- Derin, N. (2007). Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Dilaver, İ. (2020). COVID-19 Pandemisi Sırasında İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon.
- Dünya Sağlık Örgütü (2020a). “Transmission of SARS-CoV-2 : implications for infection prevention precautions”, <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> (Erişim Tarihi: 13.02.2021).

- Dünya Sağlık Örgütü (2020b). “Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-1”, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (Erişim Tarihi: 13.02.2021).
- Düz, A.G. (2015). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun kişilik özellikleri ile olan ilişkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Editorial, G. (2008). “Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer?”, International Journal of Nursing Studies, 45, ss.975–978.
- Elçikoca, G. (2018). Sağlık sektörü çalışanlarının uyku kalitesinin tükenmişlik sendromuyla ilişkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Emiroğlu C (2012). “Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler”, Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 43, ss. 16-25.
- Erdoğan, A. ve Hocaoglu, Ç. (2020). “Enfeksiyon hastalıklarının ve pandeminin psikiyatrik yönü: Bir gözden geçirme”, Klinik Psikiyatri Dergisi, 23 (4), ss.72-80.
- Erdoğan, T., Ünsar, S. ve Süt, N. (2009). “Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14 (2), ss.447-461.
- Ghorbani N, Watson PJ, Morris RJ. (2000). “Personality. Stres and mental health: Evidence of relationships in a sample of Iranian managers”, Personality and Individual Differences, 28, ss. 647-657.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M. ve Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model, J Adv Nurs, 59, ss.427–438.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Google İstatistikleri (2021). COVID-19 Alert.
- Güleç, C. (2009). Psikiyatri’nin ABC’ si. İstanbul, Say Yayınları.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1997). Risk iletişimi ve risk yönetimi, Ankara.
- Günüşen, N.P. (2017). Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics, 3(1), ss.12-18.

- Gümüştekin, G.E ve Öztemiz, A.B. (2004). “Kriz ve stres ortamında yönetim”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23, ss.61-85.
- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19, Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi 38(3), ss.192-195.
- Huremovic, D. (2019) Quarantine and isolation: Effects on healthcare workers, Switzerland, Springer
- ICN (The International Council of Nurses) (2020). ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths> (Erişim Tarihi: 21.03.2021)
- İlter, H. (2014). Çalışma hayatında stres ve sağlık çalışanları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Işık, E., ve Işık, U. (2010). Psikiyatrik belirtili bedensel bozukluklar, İstanbul, Tenedoks Yayıncılık.
- Işıklı, S., (2020). COVID-19 Salgınının Psikolojik Sonuçları ve Etkili Başa Çıkma Yöntemleri, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- İknişik H., (2008). Tıp fakültesi öğrencelerinde şizofrenlere yönelik damgalamanın değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> (Erişim Tarihi: 13.02.2021).
- Jin, Y., Yang, H., Ji, W., Wu, W., Chen, S. ve Zhang, W. (2020). “Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19”. Viruses.12 (4), ss. 1-17.
- Judkins, S. ve Ingram, M. (2002). “Decreasing Stres Among Nurse Managers: A Long Term Solution”, Journal of Continuing Education in Nursing, 33 (6), ss.259- 264.
- Judkins, S. (2006). “Developing hardiness in nurse managers”, Nursing Management, 14 (7), ss.19-23.
- Karaca, B. K. ve Ateş, N. (2019). Yaygın kaygı bozukluğu ve öfke kontrol probleminde şema terapiyi kullanmak: bir vaka üzerinden anlatım. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 6 (2), ss.169-182.

- Karayemişoğlu AK (2010) alışan güvenliği açısından hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kaya, B. (2007). “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış”, Klinik Psikiyatri, 10(6), ss.11-20.
- Klemperer, E. M. Et al. (2020) ‘Change in tobacco and electronic cigarette use and motivation to quit in response to COVID-19’, Nicotine & Tobacco Research, 1–2.
- Kisely, S. et al. (2020) ‘Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis’, BMJ 369:m1642.
- Kocabaşoğlu, N. et al. (2005) ‘Türkçe “PTSD Checklist - Civilian Version” (PCL-C) geerliği ve gvenilirliği’, Yeni Symposium, 13: 126–134.
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Uchiyama, S. ve Horikawa, E. (2014). “Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/ nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan”, Psychiatry and clinical neurosciences. 68 (7),ss. 524-533.
- Kumar, D., Malviya, R. ve Kumar Sharma, P. (2020). “Corona virus: A review of COVID-19”, EJMO, 4 (1), pp. 8-25.
- Küey, L., stn, B. ve Gülen, C. (1987). “Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi”, Toplum ve Hekim Dergisi, 44, ss. 16-30.
- Margaret, M ve Lowe J.B. (2011). The resilient nurse: Empowering your practice, New York, Springer Publishing Company.
- Meydanlıoğlu A (2013). “Sağlık alışanlarının Sağlığı ve Gvenliği”, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (3), ss. 192-199.
- Meyerowitz, E.A., Richterman, A., Gandhi, R.T. ve Sax, P.E. (2020). “Transmission of SARS-CoV-2: A review of viral, host, and environmental factors”, Ann. Intern. Med., 1, pp.1–12.

- NCIRD (2020). “Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness”, Centers for Diseases Control, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medicalconditions.html> (Erişim Tarihi: 13.02.2021).
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C. ve Yang, B.X. (2020). “The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry”, 7 (3), <https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2820%2930047-X/fulltext> (Erişim Tarihi: 23.03.2021)
- Karabulut, ř., Gül, H.L., Oruç, A.F., Gedik, D., Mayadağlı A., Aksu, A. ve Bıçakçı, B. (2012) “Radyasyon onkolojisi kliniği alışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi”. J Kartal TR, 23 (1), ss. 11-17.
- Karayağız, ř. (2013). Aleksitimi düzeylerinin karşılaştırılması, yaşam kalitesi ile ilişkisi, Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri.
- Karsavuran, S. (2014). “Sağlık sektöründe tükenmişlik: Ankara'daki sağlık bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri”. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 32 (2), ss.133-163.
- Khan, G., Sheek-Hussein, M., Al Suwaidi, A., Idris, K. ve Abu-Zidan, F. (2020). Novel coronavirus pandemic: A global health threat, Turkish Journal of Emergency Medicine, 29 (2), ss. 55-62.
- Kılınçel, ř., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A. ve Usta, M.B. (2020). “Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey”, Asia Pac Psychiatry, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7435562/> (Erişim Tarihi: 24.03.2021)
- Lancet, (2020). “COVID-19: protecting health-care workers”, The Lancet, 395 (10228).
- Lee, J.,ve Graham, A.V. (2001). “Student’s perception of medical school stress nd tehiri evaluation of a wellness elective”, Medical Education, 35, ss. 652-659.
- Lai, C. H. and Tang, T. (2018) ‘From information behaviors to disaster preparedness: Navigating individuals’ general and disaster curation in US, China, and Australia’, Computers in Human Behavior, (88):37–46.

- Lai, J. et al. (2020) 'Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019', JAMA Netw. Open, 3 (e203976-e203976).
- Lau, J. T. et al. (2005) 'SARS-related perceptions in Hong Kong', Emerg Infect Dis 11:417–24.
- Leventhal, A. M. et al. (2013) 'Positive and negative affect as predictors of urge to smoke: Temporal factors and mediational pathways', Psychology of Addictive Behaviors, 27(1), 262–267.
- Liu, W. et al. (2020) 'Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with, 2019 novel coronavirus disease', Chinese Medical Journal.
- Liu, C. Y. et al. (2020) 'The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey', Epidemiol Infect, 148:e98.
- Liu, N. et al. (2020) 'Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter', Psychiatry Res, 287:112921.
- Lopez-Bueno, R. et al. (2020) 'COVID-19 Confinement and Health Risk Behaviors in Spain', Front Psychol, 11(June):1–10.
- Lu, W. et al. (2020) 'Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study', Psychiatry Res, 288, 112936.
- Link, B.G. ve Phelan, J.C. (2001). "Conceptualizing stigma", Annual Review of Sociology, 27, ss. 363-385.
- Liu, C.H., Zhang, E., Wong, G.T., Hyun, S. ve Hahm, H. (2020). "Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health", Psychiatry Research, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7263263/> (Erişim Tarihi: 23.03.2021)
- Lu YC, Shu BC, Chang YY, Lung FW. The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. Psychother Psychosom. 2006;75(6):370–5

Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318–26

Martin F., Poyen D., Boudierlique E. ve Gouvernet J. (1997). “Depression and burnout in hospital health care professionals”. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 3, ss. 204-209.

Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, Hunter JJ, Goldbloom D, Balderson K, Petryshen P, Steinberg R, Wasylenki D, Koh D, Fones CS. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosom Med*. 2004;66(6):938–42

Maslach, C. ve Jackson, S.E. (1981). “The measurement of experienced burnout”. *Journal of Occupational Behaviour*. 3 (1), ss. 15-24.

Maslach, C. (2003). “Job burnout: New directions in research and intervention”. *Current Direction in Psychological Science*, 12 (5), ss. 189-193.

McGarry, S. ve Jackson, K. (2020). Guidance for medical social workers; responding to covid_19 pandemic, https://www.iasw.ie/download/734/Guidance%20for%20MSW%20-%20FINAL%20FOR%20IASW_April.pdf (Erişim Tarihi: 23.03.2021).

McMichael, T.M. vd. (2019). “COVID-19 in a Long-Term Care Facility-King County, Washington, February 27–March 9, 2020”, <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e1.htm> (Erişim Tarihi: 22.03.2021)

Medimagazin. Sağlık Bakanlığı, Basın Açıklaması (2020). “Fahrettin Koca ilk kez sayı verdi: 29 bin 865 sağlık çalışanı enfekte....” <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-fahrettin-koca-ilk-kez-sayi-verdi-29-bin-865-saglik-calisani-enfekte-11-681-91089.html> (Erişim Tarihi: 21.03.2021).

Morawska, L. ve Milton, D.K. (2019). “It is time to address airborne transmission of coronavirus 53 disease 2019 (COVID-19)”, *Clin. Infect. Dis.*, XX, ss.1-4.

- Mowbray, H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality, BMJ Publishing Group.
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iruetia-Muñiz, M. J., ve Luis-García, R. (2020). “Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain”, <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105320967086> (Erişim Tarihi: 23.03.2021).
- Okutan, M. ve Tengilimoğlu, D. (2002). “İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması”, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4 (3), ss.15-42.
- Öcek, Z. (2011). “Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamındaki kimyasal tehlike ve risklerle sonuçları ve önlemleri (grup çalışması-3)”. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Ankara, 18-20 Kasım; 170-172.
- Özkan, Ö. ve Emiroğlu, N. (2006). “Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri”. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 10, ss. 43-50.
- PAHO (2020). “COVID-19 has infected some 570,000 health workers and killed 2,500 in the Americas, PAHO Director says - PAHO/WHO | Pan American Health Organization”. <https://www.paho.org/en/news/2-9-2020-covid-19-has-infected-some-570000-health-workers-and-killed-2500-americas-paho> (Erişim Tarihi: 23.03.2021)
- Pan, R., Wang, C., Wan, X., Tan, Y., Xu, L. ve Ho, C.S. (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”, Int J Environ Res Public Health. 2020;17 (5), ss.1729.
- Park, C.L., Russel, B.S., Fendrich, M., Fox, L., Hutchison, M. VE Becker, J. (2020). “Americans’ COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines”, Journal of General Internal Medicine, 35 (8), ss.2296-2303.
- Parlar, S. (2008). “Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7 (6), ss. 547-554.
- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G. ve Grajales, M. (2003). “Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure”, Psychiatry Res, 121 (1), ss.31-49.

- Rogers, J.P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T.A., McGuire, P., Fusar-Poli, P. (2020) “Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic”, *The Lancet Psychiatry*, 7 (7), ss.611–27.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., ve Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy, *Front Psychiatry*, 7 (11).
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. ve Kaplan, H.I., Kaplan and Sadock’s comprehensive textbook of psyhiatry, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sağlık Bakanlığı (2020). COVID-19 durum raporu türkiye. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37778/0/covid-19-durum-raporupdf.pdf?_tag1=B647A4A46C8B41228B2C445361452762CAEFD728 (Erişim Tarihi: 13.02.2021).
- Sahu, A.K., Amrithanand, V., Mathew, R., Aggarwal, P., Nayer, J. ve Bhoi S. (2020). “COVID-19 in health care workers—A systematic review and meta-analysis”, *The American Journal of Emergency Medicine*, 38, ss.1727-1731.
- Sayar, K. ve Ak, İ. (2001). “The Predictors Of Somatization: A Review” *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11, ss.266-271.
- Schwab, L. (1996). “Individual hardiness and staff satisfaction. nursing economics, 14 (3), ss. 171-173.
- Schwartz, R.H., Tiamiyu, M.F., Dwyer, D.J. (2007). “Hope and burnout at social service workers: age, job experience and affects of job environment”, *Administration in Social Work*, 31 (4), ss. 103-119.
- Selgelid, M.J. (2009). “Pandethics”, *Public Health*, 123 (3), ss.255-259.
- Selvi, E.G. (2020). Hemşirelerde Otantiklik ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Aralarındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.

- Serrano-Ripoll, M.J., Meneses-Echavez, J., Ricci-Cabello, I. (2020). “Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis”, *J Affect Disord* 23, 277, ss. 347-357.
- Shorter, E. ve Marshall, J.C. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*, New York, John Wiley and Sons Inc.
- Sim, M.R. (2020). “The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line”, *Occup Env Med*, 77, ss. 281-282.
- Soanes, C., ve Stevenson, A. (2006). *Oxford dictionary of English* (2. Baskı), Oxford, Oxford University Press.
- Sontag, S., (2005), *Metafor olarak hastalık-AIDS ve Metaforları* (Çev. O. Akınhay), İstanbul, Agora Kitaplığı.
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V. (2020). “Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review”, *BMC Public Health*, 20, ss. 12-30.
- Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, Yin JC. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res*. 2007;41(1–2):119–30. Epub 2006 Feb 7
- Şahan, C., Özgür, E.A., Arkan, G., Alagüney, M.E. ve Demiral, Y. (2019). COVID-19 Pandemisi’nde meslek hastalığı tanı kılavuzu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Mesleksel-COVID_19_Tan%C4%B1_Rehberi_2020.pdf (Erişim Tarihi: 22.03.2021)
- Tanşu, M. (2009). *Örgütsel stres kaynakları ve iş tatmini arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlık sektöründe bir uygulama*, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taşkın, E.O. (2007). *Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık.

- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın N. (2008). “Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7 (2), ss.100-108.
- TDK (2021). Risk ve tehlike. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 14.02.2021).
- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H. ve Aydın, Ş. (2003). “Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi”, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, ss.13-23.
- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2012). “Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3 (2), ss.61–66.
- Tongar, H.K. (2020). Pandemi sürecindeki annelerin iyimserlik kötümserlik düzeyleri ile çocuklarının kaygı seviyeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Türkiye Covid-19 örneği, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tönbül, Ö. (2020). “Koronavirüs (Covid-19) Salgını Sonrası 20-60 Yaş Arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Humanistic Perspective, 2 (2), ss. 159-174.
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A., Chaidou, S., Kympouropoulos, S. ve Spartalis, E. (2020). “COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals”, Exp Ther Med, 19 (6), ss.34-51.
- Tuğrul, C.D. (2000). “Stres ve depresyon”, Psikiyatri Dünyası Dergisi, 4, ss.12-17.
- Tutar, H. (2000). Kriz ve stres ortamında yönetim, İstanbul, Hayat Yayınları.
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2020a). COVID-19 ve damgalama, <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf> (Erişim Tarihi: 24.03.2021)
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2020b). COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının tükenmişlikten korunma rehberi, <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/14202016552-TukenmislikCOVID.pdf> (Erişim Tarihi: 24.03.2021)
- Tümer, M. ve Karaca, B. (2020). “COVID-19’da Hassas ve Riskli Gruplar”, Türkiye Klin., c. 1, sayı Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ve Acil Tıp 2020, ss. 9–15. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19da-hassas-veriskli-gruplar-88468.html>. (Erişim Tarihi: 21.03.2021)

- ULİSA (Uluslararası İlişkiler ve Stratejik Araştırmalar Enstitüsü) (2020). Kovid-19 ve sonrası: Disiplinlerarası bir yaklaşım.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures, *British Journal of Social Work*, 38, ss.218-235.
- Ünal, S. (2002). “Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 (1), ss.52-55.
- Wang, D., Hu, B. ve Hu, C. (2020). “Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China”, *JAMA-J. Am. Med. Assoc*, 323 (11), ss. 1061–1069.
- Williams, A. (2001). “A literature review on the concept of intimacy in nursing”, *Journal of Advanced Nursing*, 33, ss. 660- 667.
- Williams, B. (2020). “Mental health concerns arise amid COVID-19 epidemic”, <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/general-psychiatry/mental-health-concerns-arise-amid-covid-19-epidemic/> (Erişim tarihi: 23.03.2020)
- Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, Liu X, Fuller CJ, Susser E, Lu J, Hoven CW. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatr*. 2009;54(5):302–11. PubMed PMID: 19497162; PubMed Central PMCID: PMC3780353.
- Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, Litvak IJ. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(6):706–12. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>. Epub Wang, J., Zhou, M., and Liu, F. (2020) ‘Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China’, *J Hosp infect*, 105(1).
- Weathers, F. et al. (1993) ‘The PTSD Checklist: Reliability, validity, & diagnostic utility. Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies’, San Antonio, TX.
- Wee Hoe, G. A. N., John Wah, L. I. M. and David, K. O. H. (2020) ‘Preventing intra-hospital infection and transmission of COVID-19 in healthcare workers’, *Safety and health at work*.

Weilenmann, S. et al. (2020) ‘Health care Worker’s mental health during the first weeks of the Sars-CoV-2 pandemic in Switzerland: a cross-sectional study’.

Wu, P. et al. (2008) ‘Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak’, *Alcohol Alcohol*, 43:706–12.

2008 Sep 12. PubMed PMID: 18790829; PubMed Central PMCID: PMC2720767.

Yıldırım, M. ve Arslan, G. (2020). “Exploring the associations between resilience, dispositional hope, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19”, *Curr Psychol*, 14, ss.1-11.

Yıldırımçakar, Ş. (2015). Sağlık çalışanları ve yaşam kalitesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldız, M. (2018). Sağlık kurumlarında risk yönetiminin hasta güvenliği üzerindeki etkisi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldız, S. ve Yıldız S.E. (2009). “Bullying ve depresyon arasındaki ilişki: Kars ilindeki sağlık çalışanlarında bir araştırma”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (15), ss.133-150.

Yılmaz, D. (2017). Sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Tekirdağ’daki sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yunusoğlu, M. (2018). Mesleki stres ve tükenmişlik sendromunun depresyon üzerindeki etkisi: Van ilinde sağlık çalışanları üzerine bir uygulama. Gelişim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yüce, D. (2014). Tükenmişlik, stres ve sağlık çalışanları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Xiang, Y. T. et al. (2020) ‘Timely mental health care for the 2019 novel Coronavirus outbreak is urgently needed’, *Lancet Psychiatr*, 7:228–229.

Xiao, X. et al. (2020) 'Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation', *Journal of affective disorders*, 274, 405-410.

Xing, J. et al. (2020) 'Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia', *PLoS ONE* 15(5):e0233145.

Zhang, M., Tang F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L. ve You, G. (2020). "Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China", *J. Hosp. Infect.*, 105 (2), ss. 183-187.

Zhao, N. Ve Huang, Y. (2020). "Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based crosssectional survey", *Psychiatry Res*, 288, ss.112954.

Zheng, Wei. (2020) 'Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China', *J. Aff. Disord*, doi: 10.1016/j.jad.2020.03.041.

Zhou, P. et al. (2020) 'Protecting Chinese healthcare workers while combating the 2019 novel coronavirus', *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(6), 745-746.

Zhu, Z., Xu, S. and Wang, H. (2020) 'COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers', *medRxiv*.

Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983) 'The Hospital Anxiety and Depression Scale', *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-370.



SEKİZİNCİ BÖLÜM

EKLER