



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19'DAN KORUNMA
DAVRANIŞLARININ ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ:
KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ ÇERÇEVESİNDE BİR
UYGULAMA**

Aslı YILDIZ

Doktora Tezi

Ankara, 2024

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19'DAN KORUNMA DAVRANIŞLARININ
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ: KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ
ÇERÇEVESİNDE BİR UYGULAMA

Aslı YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Aslı YILDIZ tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık alışanlarının COVID-19’dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tukenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Korunma Motivasyonu Teorisi erevesinde Bir Uygulama’’ başlıklı bu çalışma, 11.01.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Akif BAKIR (Başkan)

Prof. Dr. Sıdık KAYA (Danışman)

Prof. Dr. Mehmet TOP (ye)

Prof. Dr. Oğuz IşIK (ye)

Doç. Dr. Ahmet KAR (ye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen ğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur MRGNLşEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

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

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05.02.2024

Aslı YILDIZ

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Aslı YILDIZ



Prof. Dr. Bülent ALTUNKAYNAK'ın anısına...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca beni destekleyen, her daim yanımda olarak beni motive eden, örnek aldığım insan ve yol göstericim olan danışman hocam **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'ya, çalışmama vakit ayıran değerli Tez İzleme Komitesi hocalarım **Prof. Dr. Mehmet TOP** ve **Prof. Dr. Mehmet Akif BAKIR**'a,

Lisans eğitimimden bu yana beni destekleyen, Tez İzleme Komitemde yer alan, ancak aramızdan ayrılarak bizleri hüzne boğan değerli hocam rahmetli **Prof. Dr. Bülent ALTUNKAYNAK**'a,

Beni bugünlere getiren ve her türlü zorlukta yanımda olan sevgili **anneme** ve **babama**, eğitim hayatımın başından beri beni destekleyen ve her daim yönlendiren değerli ablam **Ebru**'ya,

Hayatta olmasa da maneviyatını ve varlığını her daim hissettiğim, yetişmemde, çocukluk dönemimde bana büyük katkısı olan, zekâsı ve vicdanıyla yol göstericim olan rahmetli dayım **Dr. Muharrem Lütfi ŞEN**'e,

İş hayatımda birçok deneyim kazanmamı sağlayan ve beni destekleyen değerli yöneticim Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı **Prof. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK**'a,

Doktora eğitimimi destekleyerek bugünlere ulaşmamda katkısı olan değerli yöneticim Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanı **Dr. Mustafa KOSDAK**'a,

Araştırmam kapsamındaki uzman görüşü değerlendirmesine ve anket çalışmasına zorlu pandemi sürecinde katılmayı kabul ederek, değerli vakitlerinden ayıran bütün saygıdeğer sağlık çalışanlarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

YILDIZ, Aslı. *Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tükenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Korunma Motivasyonu Teorisi Çerçevesinde Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Ankara, 2024.

COVID-19 pandemisi, yüksek prevalansı ve mortalite hızı ile tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'deki sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de mental kapasitelerini zorlayıcı bir süreçten geçmelerine neden olmuştur. Bu durum çoğu sağlık çalışanının pandemi ile bireysel başa çıkma ve korunma yeteneklerini etkilemiştir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının pandemiden korunma davranışlarını gerçekleştirmedeki bilişsel süreçlerinin belirlenmesi önemli hale gelmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının pandemiden korunma davranışlarını Rogers'ın (1975) geliştirdiği Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT) çerçevesinde algılanan sosyal destek ve tükenmişlik ile değerlendirmektir. Bunun için bu çalışmada öncelikle, KMT teorisi esas alınarak Khazae-Pool ve diğerleri (2020) tarafından geliştirilen "COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler" (AFPB-CO) Ölçeğinin Türkiye'deki sağlık çalışanlarına uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan ve amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilen 360 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışması için öncelikle ölçeğin dil ve kapsam geçerliği incelenmiş, ardından ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeğinin Türkçe versiyonunun (AFPB-CO-TR) Türkiye'deki sağlık çalışanları için uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya koyulmuştur. Araştırmada kullanılan ölçeklerden Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğine (MTÖ) ilişkin geçerlik ve güvenirlik analizleri de gerçekleştirilmiştir. Ardından sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine ve ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulmuş, araştırma modelinin tahmin sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmanın sonucunda, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma motivasyonunu elde ederken büyük ölçüde tehdit değerlendirmesinden yararlandığı, ancak tehdit değerlendirmesinin algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik aracılığıyla korunma motivasyonunu artırdığı görülmüştür.

Algılanan sosyal destek ve tükenmişliğin ise belirli grupların öz-yeterliği ve korunma motivasyonu üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi ve COVID-19 servisinde çalışma durumu gibi özelliklerine göre farklı stratejiler ve eğitim programları geliştirilmesi gerektiğine ilişkin öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler

COVID-19 Pandemisi, Sağlık Çalışanları, Korunma Motivasyonu Teorisi, Korunma Motivasyonu, Korunma Davranışları, Tükenmişlik, Algılanan Sosyal Destek



ABSTRACT

YILDIZ, Ashi. *Assessment of Healthcare Workers' Protective Behaviours Against COVID-19 With Perceived Social Support and Burnout Level: An Application Within The Framework of Protection Motivation Theory*, Doctoral Thesis, Ankara, 2024.

The COVID-19 pandemic has challenged the physical and mental capacities of healthcare workers (HCWs) in Turkey and around the world, affecting their ability to individually cope with and self-protect against the pandemic. It has therefore become important to identify their cognitive processes in performing protective behaviors against the pandemic. This study aims to assess HCWs' protective behaviors against the pandemic along with perceived social support and burnout through the lens of the Protection Motivation Theory (PMT) developed by Rogers (1975). To this end, this study, which was conducted with 360 HCWs working in a training and research hospital in Ankara selected by purposive sampling method, first adapted the "Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19" (AFPB-CO) scale, developed by Khazae-Pool et al. (2020) based on the PMT theory, and conducted its validity and reliability studies. The adaptation study involved first examining the scale's linguistic and content validity, followed by validity and reliability analyses, which showed that the scale's Turkish version (AFPB-CO-TR) was a valid and reliable measurement tool for HCWs in Turkey. The study also included validity and reliability analyses of other scales used, the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS) and the Maslach Burnout Inventory (MBI), followed by a presentation of HCWs' sociodemographic and COVID-19 pandemic-related characteristics, the scales' descriptive statistics, and estimated results of the research model. The study found that HCWs in Turkey mostly relied on threat appraisal to derive motivation to self-protect from COVID-19, which was found to increase protection motivation through perceived response efficacy and self-efficacy. However, perceived social support and burnout were found to affect the self-efficacy and protection motivation of certain groups. In conclusion, it was suggested to develop

different strategies and training programs based on the characteristics of HCWs such as gender, age, occupation, educational attainment, and service status in COVID-19 wards.

Keywords

COVID-19 Pandemic, Healthcare Workers, Protection Motivation Theory, Protection Motivation, Protective Behaviors, Burnout, Perceived Social Support



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR	xiv
TABLolar	xvi
ŞEKİLLER	xix
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: COVID-19 PANDEMİSİ, HASTALIKTAN KORUNMA DAVRANIŞLARI ve PANDEMİDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI	5
1.1. COVID-19 PANDEMİSİ	6
1.2. COVID-19 PANDEMİSİ PANDEMİ YÖNETİMİNDE HASTALIKTAN KORUNMA Davranışlarının Önemi	9
1.3. COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİLERİ ...	13
2. BÖLÜM: KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ	18
2.1. SAĞLIĞI KORUYUCU Davranışlara İlişkin Bazı Teoriler ve Korunma Motivasyonu Teorisi	18
2.2. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ	22
2.2.1. Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Yapısı ve Değişkenleri	26
2.3. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ KAPSAMINDA YAPILMIŞ BAZI ÇALIŞMALAR	31
2.4. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ VE COVID-19 PANDEMİSİ İLİŞKİSİ	33
2.5. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİNİ COVID-19 PANDEMİSİ BAĞLAMINDA UYGULAYAN ÇALIŞMALAR	35
3. BÖLÜM: SOSYAL DESTEK	49
3.1. SOSYAL DESTEK KAVRAMI	49
3.1.1. Algılanan Sosyal Destek.....	51

3.1.2.Sosyal Destek Modelleri.....	51
3.1.2.1. Temel Etki Modeli.....	51
3.1.2.2. Tampon Etki Modeli.....	52
3.1.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Kavramı	52
3.2. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL DESTEK ALGILARININ ÖNEMİ	53
4. BÖLÜM: TÜKENMİŞLİK	60
4.1. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI.....	60
4.2. TÜKENMİŞLİK İLE İLGİLİ BAŞLICA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	63
4.2.1.Freudenberger ve Tükenmişlik.....	63
4.2.2.Maslach ve Mesleki Tükenmişlik Modeli	64
4.2.2.1. Duygusal Tükenme.....	65
4.2.2.2. Duyarsızlaşma	65
4.2.2.3. Kişisel Başarı.....	66
4.2.3.Cherniss Tükenmişlik Modeli	66
4.2.4.Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	67
4.2.5.Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	68
4.2.6.Pines Modeli	68
4.2.7.Meier Tükenmişlik Modeli.....	69
4.3. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİĞİN ÖNEMİ	69
4.3.1.Sağlık Çalışanlarının Tükenmişliğine İlişkin COVID-19 Pandemisinde Yapılan Bazı Çalışmalar	71
4.3.2.Tükenmişlikten Kurumsal ve Bireysel Düzeyde Korunma Önlemleri.....	73
5. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	76
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	76
5.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER	78
5.3. VERİ TOPLAMA ARACI	82
5.3.1.COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler (AFPB-CO) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği	84
5.3.1.1. AFPB-CO Ölçeğinin Dil ve Kapsam Geçerliği.....	86
5.3.1.1.1. Çeviri	86
5.3.1.1.2. Uzman Görüşü.....	86

5.3.1.1.3. Geri Çeviri	90
5.3.1.1.4. Pilot Çalışma	91
5.3.1.2. AFPB-CO Ölçeğinin Güvenirliği ve Yapı Geçerliği.....	91
5.3.1.2.1. AFPB-CO Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları	92
5.3.1.2.2. AFPB-CO Ölçeği Yapı Geçerliği Analizi Sonuçları.....	95
5.3.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASD) Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği	100
5.3.3.Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin (MTÖ) Geçerlik ve Güvenirliği	104
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	108
5.5. VERİLERİN TOPLANMASI	109
5.6. VERİLERİN ANALİZİ	110
5.7. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	112
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	112
6. BÖLÜM: BULGULAR.....	114
6.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	114
6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve COVID-19 Pandemisine İlişkin Özellikleri	114
6.1.2. AFPB-CO Ölçeğine İlişkin Bulgular	119
6.1.3. ÇBASD Ölçeğine İlişkin Bulgular	133
6.1.4. MTÖ Ölçeğine İlişkin Bulgular	140
6.2. VERİLERİN DAĞILIMI	148
6.3. ÖLÇEKLER VE BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER	150
6.4. HİPOTEZ TESTLERİ.....	153
6.4.1.Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Tahmin Sonuçları	154
6.4.2.Araştırma Modelinin Tahmin Sonuçları.....	158
6.4.2.1. Araştırma Modelinin Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve COVID-19 Pandemisine İlişkin Özelliklerine Göre Tahmini.....	164
7. BÖLÜM: TARTIŞMA	202
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	232
KAYNAKÇA	240
EK 1. Anket Formu.....	283
EK 2. Uzman Görüşü Değerlendirme Formu	289
EK 3. Ölçeğin Geri Çevirisinin Uygunluk Onayı.....	296

EK 4. AFPB-CO Ölçeğinin Kullanım İzni.....	297
EK 5. ÇBASD Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Kullanım İzni	298
EK 6. MTÖ Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Kullanım İzni	299
EK 7. T.C. Sağlık Bakanlığının COVID-19 Bilimsel Araştırma Çalışmaları Uygunluk Onayı	300
EK 8. Etik Komisyon İzni.....	301
EK 9. Orijinallik Raporu.....	302



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFPB-CO	: Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19 (COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler)
AMOS	: Analysis of Moment Structures
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
JASP	: Jeffreys's Amazing Statistics Program
KMT	: Korunma Motivasyonu Teorisi
MBI	: Maslach Burnout Inventory (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
PMT	: Protection Motivation Theory (Korunma Motivasyonu Teorisi)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SB- χ^2	: Satorra-Bentler Ki-kare
SEM	: Structural Equation Modelling (Yapısal Eşitlik Modelleme)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
S-RMR	: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Karelerinin Ortalamasının Karekökü)

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YEM : Yapısal Eşitlik Modelleme

YÖK : Yükseköğretim Kurulu



TABLOLAR

Tablo 1. Uzman Görüşü Veren Sağlık Çalışanlarının Branşlarına ve Mesleklerine Göre Dağılımı	88
Tablo 2. AFPB-CO-TR Ölçeğine İlişkin Güvenirlilik Katsayıları.....	93
Tablo 3. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonu İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri	96
Tablo 4. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonu DFA Regresyon Değerleri.....	98
Tablo 5. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Güvenirlilik ve Yakınsak Geçerlik Ölçüm Sonuçları	99
Tablo 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri	101
Tablo 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği DFA Regresyon Değerleri	101
Tablo 8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri	104
Tablo 9. Maslach Tükenmişlik Ölçeği DFA Regresyon Değerleri.....	105
Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı	115
Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisine İlişkin Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı	116
Tablo 12. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Bazı Tanımlayıcı İstatistikler	118
Tablo 13. AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları	119
Tablo 14. AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	122
Tablo 15. AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	125
Tablo 16. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları.....	134
Tablo 17. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	135
Tablo 18. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	136
Tablo 19. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları	141
Tablo 20. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	142
Tablo 21. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	144
Tablo 22. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Puanlarına İlişkin Normallik Testleri	149
Tablo 23. Ölçeklerin ve Boyutların Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar ve Anlamlılık Düzeyleri	152
Tablo 24. KMT Modeli Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (Doğrudan Etkiler) Tahmin Değerleri.....	157
Tablo 25. KMT Modeli YEM Yol Analizi Etki Değerleri.....	157

Tablo 26. Araştırma Modeline Uygulanan İyileştirme Düzeltmeleri	159
Tablo 27. Araştırma Modelinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (Doğrudan Etkiler) Tahmin Değerleri.....	161
Tablo 28. Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	162
Tablo 29. Araştırma Modelinin Hipotez Testlerine İlişkin Kararlar.....	163
Tablo 30. Cinsiyete Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	165
Tablo 31. Yaşa Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	167
Tablo 32. Medeni Duruma Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	169
Tablo 33. Eğitim Düzeyine Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	171
Tablo 34. Mesleğe Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	173
Tablo 35. Çalışma Deneyimine Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	175
Tablo 36. Birlikte Yaşadığı Birey Olup Olmamasına Göre Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	177
Tablo 37. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	179
Tablo 38. COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	181
Tablo 39. Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	183
Tablo 40. Genel Sağlık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	185
Tablo 41. Kendinde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	187
Tablo 42. Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	189
Tablo 43. Kendine COVID-19 Bulaşması Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	191
Tablo 44. Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	193

Tablo 45. Pandemide İşe Gidememe Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	196
Tablo 46. Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri	198
Tablo 47. COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri.....	200



ŞEKİLLER

Şekil 1. Dünyada Haftalık Doğrulan Vaka ve Ölüm Sayıları (30 Aralık 2019 – 26 Mart 2023)	8
Şekil 2. Türkiye’de Haftalık Doğrulan Vaka ve Ölüm Sayıları (30 Aralık 2019 – 26 Mart 2023).....	9
Şekil 3. COVID-19 Pandemisinden Başlıca Korunma Davranışları	12
Şekil 4. Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Bilişsel Aracılık Süreci.....	28
Şekil 5. Korunma Motivasyonu Teorisi Temel Modeli	31
Şekil 6. Araştırma Modeli.....	79
Şekil 7. Araştırma Modeline İlişkin Hipotezler	81
Şekil 8. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonunun Doğrulamalı Faktör Analizi Modeli..	97
Şekil 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Birincil Düzey Çok Faktörlü Modeli	102
Şekil 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İkincil Düzey Çok Faktörlü Modeli	103
Şekil 11. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Birincil Düzey Çok Faktörlü Modeli	106
Şekil 12. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İkincil Düzey Çok Faktörlü Modeli	107
Şekil 13. Araştırma Modeline Temel Oluşturan KMT Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Yol Analizi (1. Tahmin).....	155
Şekil 14. Araştırma Modeline Temel Oluşturan KMT Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Nihai Yol Analizi (2. Tahmin).....	156
Şekil 15. Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Yol Analizi (1. Tahmin).....	158
Şekil 16. Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Nihai Yol Analizi (2. Tahmin).....	160
Şekil 17. Araştırma Modelinin Cinsiyete Göre Tahmini.....	164
Şekil 18. Araştırma Modelinin Yaşa Göre Tahmini	166
Şekil 19. Araştırma Modelinin Medeni Duruma Göre Tahmini.....	168
Şekil 20. Araştırma Modelinin Eğitim Düzeyine Göre Tahmini.....	170
Şekil 21. Araştırma Modelinin Mesleğe Göre Tahmini.....	172
Şekil 22. Araştırma Modelinin Çalışma Deneyimine Göre Tahmini	174
Şekil 23. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Birey Olup Olmamasına Göre Tahmini	176
Şekil 24. Araştırma Modelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Tahmini	178

Şekil 25. Araştırma Modelinin COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmini	180
Şekil 26. Araştırma Modelinin Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmini	182
Şekil 27. Araştırma Modelinin Genel Sağlık Durumuna Göre Tahmini	184
Şekil 28. Araştırma Modelinin Kendinde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmini.	186
Şekil 29. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmini	188
Şekil 30. Araştırma Modelinin Kendine COVID-19 Bulaşması Durumuna Göre Tahmini	190
Şekil 31. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşısı Durumuna Göre Tahmini	192
Şekil 32. Araştırma Modelinin Fiziksel Sağlığı Koruma Davranışları Gerçekleştirme Durumuna Göre Tahmini	194
Şekil 33. Araştırma Modelinin Pandemi İşe Gidememe Durumuna Göre Tahmini.	195
Şekil 34. Araştırma Modelinin Pandemi İzolasyon Süreci Yaşama Durumuna Göre Tahmini	197
Şekil 35. Araştırma Modelinin COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumuna Göre Tahmini	199

GİRİŞ

Dünya genelinde bir pandemi oluşturan COVID-19 (diğer adıyla SARS-CoV-2) salgını tüm insanlık için yaşamı ciddi olarak tehdit etmiştir. Ani bir şekilde, ilk olarak Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan şehrinde Aralık 2019'da ortaya çıkmış olan bu hastalıkla ilgili var olan bilgiler sürekli değişmekte, hastalık hızla bulaşmakta, hasta ve ölüm sayıları sürekli artmakta ve var olan varyantları sebebiyle panik, endişe ve korku yaratmaktaydı. Farklı klinik sonuçları, ortaya çıktığı farklı yaş grupları ve öngörülemeyen yayılma şekli dikkate alındığında bu hastalığın sadece tıbbi araştırmalarla sınırlı kalamayacağı, toplumda sosyal, kültürel ve psikolojik olarak olumsuz birçok etkilerinin de olabileceği düşünülmüştür (Huang vd., 2020; Üstün ve Özçiftçi, 2020).

Pandemi döneminde hem sosyal hem de psikolojik anlamda en fazla zorluk çeken ve büyük risk altında olan grup şüphesiz ki sağlık çalışanlarıdır. Bu süreçte hem kendilerini hem de ailelerini hastalıktan korumaya çalışmış, hastalarının ve iş arkadaşlarının ölümüne şahit olmuşlardır. Kimi ailesinden ayrı izolasyon süreci geçirmek zorunda kalmış, kimi de farklı şehirde görev yapmak zorunda kalmıştır. Bu sebeplerle çoğu sağlık çalışanı sevdiklerinden yeterli sosyal destek alamamıştır. Bu dönemde birçok sağlık çalışanının hissettiği tükenmişlik seviyesinde artış olmuş, COVID-19 pandemisinde artan tükenmişlikleri ve yoğun iş yükü hastalıkla başa çıkmada ve kendilerini korumada zorluk yaşamalarına neden olmuştur.

Sağlık çalışanlarını pandemi döneminde hastalıktan koruyabilmek için aşılama yapılması ve uygun kişisel koruyucu ekipmanlarının sağlanmasının yanında, bu süreçte sergiledikleri korunma davranışlarını anlamak da önemlidir (Park vd., 2018). Bu bağlamda, DSÖ tarafından COVID-19'u önlemede ve korunma davranışları geliştirmede en önemli bileşenlerden biri olarak eğitim programları tanımlamış ve çok boyutlu sağlık iletişim stratejileri geliştirilmiştir. Buna ek olarak, uzmanlar, bu eğitim programları ve stratejilerin başarısızlık nedeni olarak, eğitim planlamalarının analitik çalışmalara yeterince yer verilmeden, bilimsel çerçeveden uzak planlanıyor olmasını göstermiştir (WHO, 2020).

Pandemi dönemlerinde, bilişsel teoriler çerçevesinde hastalığın bireylerde yarattığı psikolojik etkilerin anlaşılmasının, bireylerin pandemiye ilişkin algılarının ve korunma davranışlarının incelenmesinin hastalığın yayılmasını önleyecek olan programlara ve stratejilere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple, geliştirilecek eğitim programları ve stratejilerde koruyucu davranışları tahmin etmede kullanılan Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT) gibi bilişsel teoriler dikkate alınmalıdır (Rogers ve Prentice-Dunn, 1997).

Korunma davranışlarının sosyal bilişsel bir model ile açıklanmasını sağlayan KMT, Rogers tarafından geliştirilmiş ve ilk olarak 1975'te tanıtılmıştır. O zamandan beri yoğunlukla sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesi ve sağlık davranışlarına müdahale edilebilmesi için çerçeve bir model sağlamaktadır. KMT, bireyleri koruyucu önlemler almaya yönlendiren motive edici faktörleri anlamak için yaygın şekilde kullanılmaktadır. 1975'te ilk olarak korku çekiciliği (fear appeals) mesajlarının potansiyel olarak tutum değişikliğine nasıl yol açabileceğini anlamanın bir yolu olarak önerilen KMT, bireyin kendini tehlikeden korumak için sahip olduğu motivasyonun, tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi olarak tanımlanan iki süreç tarafından belirlendiğini; bu süreçler ile korunma motivasyonu arasındaki ilişkinin ise sağlığı koruyucu davranışı açığa çıkardığını ifade etmektedir.

COVID-19 salgını sırasında, epidemiyologlar hastalığın seyrini tahmin etmek için modeller tasarlamış ve çeşitli senaryolar geliştirmişlerdir. Bu senaryolara göre, ülkeler COVID-19'u kontrol etmek için farklı politikalar seçmiştir. Bununla birlikte, bu epidemiyolojik modellerde, sunulan önlemlere tam uyum/bağlılık varsayılmış ve davranış herhangi bir formül veya hesaplama dahil edilmemiştir. Kamran ve Naeim (2020) yaptıkları çalışmada, COVID-19'un asemptomatik olması nedeniyle enfekte olmuş kişilerin her an etkili ve yeterli bir şekilde tespit ve izole edilememesi, virüsün hızla yayılımı ve sürekli gelişimi, hastalıktan korunma tavsiyelerine yeterince uyulmaması ve tüm dünyada ciddi kısıtlamalar uygulanmasına rağmen pandeminin bir türlü sona ermemesi sebebiyle, korunma davranışlarının KMT gibi bilişsel teorilerle farklı zaman noktalarında değerlendirilmesi ve kamusal müdahale programlarının bu değerlendirmeler ışığında gerçekleştirilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır.

KMT gibi bilişsel bir modelin niceliksel incelemesi, sağlık çalışanlarının pandemi döneminde korunma davranışları sergilerken nasıl bir yol izledikleri ortaya koyabilmek, korunma davranışlarını öngörebilmek, korunma davranışlarına yön verebilmek ve korunma motivasyonlarını sağlayabilmek için hangi değişkenlerin yararlı olacağını ve hangi sağlık müdahalelerinin ele alınması gerektiğini belirlemede önemlidir (Milne vd., 2000). KMT'yi böyle bir konuda uyarılmanın ve uygulamanın, bireylerin sağlık tehditlerine karşı kendilerini koruma kararlarının altında yatan davranışsal faktörlere ışık tutacağı düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinden korunma davranışlarını etkileyen bilişsel faktörler, sosyal destek algıları ve tükenmişlik seviyelerinin ortaya koyulması ile zorlu pandemi süreçlerinde onlara psikososyal destek ve korunma motivasyonu sağlayabilmek için gerçekleştirilecek uygulamalara, önlemlere ve politikalara ilişkin öneriler sunulabilecektir.

Tüm dünyada pandemi sürecinin atlatılmasında en büyük güç sağlık çalışanları olmuştur. Yeni Koronavirüs Hastalığı ile başa çıkmada genel olarak toplumun ve özel bir grup olarak sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunun ve koruyucu davranışlarına yön veren bilişsel sürecin araştırılmasının başlı başına önemli bir konu olduğu düşünülmektedir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, tükenmişlik, uykusuzluk ve stres maruziyetlerine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını KMT ile inceleyen nadir çalışmalar da bulunmaktadır. Ancak bu çalışma yapıldığı sırada gerçekleştirilen araştırma neticesinde Türkçe literatürde sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma motivasyonu ve korunma davranışlarını değerlendiren bir çalışmaya, KMT teorisine dayanarak geliştirilmiş veya uyarılma çalışması yapılmış bir ölçeğe rastlanmamıştır. Ayrıca yapılan araştırmalar neticesinde gerek İngilizce gerekse Türkçe literatürde sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını KMT çerçevesinde algılanan sosyal destek ve tükenmişlik ile birlikte değerlendiren bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için, bu çalışmada ilk olarak sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek için KMT'ye dayanarak geliştirilmiş olan AFPB-CO (Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19) ölçeğinin Türkçeye uyarılma çalışması yapılmış ve ölçeğin Türkçe versiyonu elde edilmiştir. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerini

değerlendirmek amacıyla KMT'ye dayanan bir ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasının gerçekleştirilmiş olmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Pandemi sürecinde birçok sağlık çalışanının Koronavirüse yenik düşerek hayatını kaybetmiş olması da bu meslek grubunun korunma davranışlarının incelenmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Genel olarak sağlık çalışanlarının hastalığa karşı kendilerini mükemmel koruyacağı algısı olsa da sağlık çalışanları yaşadıkları psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkisiyle kendilerini hastalıktan korunma konusunda daha irrasyonel (uyumsuz) davranışlar sergileyebilmektedir. Bu sebeple, bu çalışmada sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin bazı özelliklerine göre algılanan sosyal destek, tükenmişlik ve KMT boyutlarından oluşturulan araştırma modelinin birlikte değerlendirilmesinin bu davranışların nedenlerine ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma toplam yedi bölümden meydana gelmektedir. Çalışmanın birinci bölümünde COVID-19 pandemisine, pandemi yönetiminde hastalıktan korunma davranışlarının önemine ve COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerine değinilmiştir. İkinci bölümde öncelikle sağlığı koruyucu davranışlara ilişkin bazı teorilere ve KMT teorisi ile karşılaştırmasına, KMT teorisine, KMT modelinin yapısı ve değişkenlerine, teoriye ilişkin yapılmış çalışmalara, KMT ve COVID-19 pandemisi ilişkisine ve KMT'yi COVID-19 pandemisi bağlamında uygulayan çalışmalara yer verilmiştir. Ardından, üçüncü bölümde sosyal destek kavramı, algılanan sosyal destek, sosyal destek modelleri ve çok boyutlu algılanan sosyal destek kavramı açıklanmış, COVID-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarının önemine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde tükenmişlik kavramı, tükenmişlikle ilgili kuramsal yaklaşımlar ve COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önemi açıklanmıştır. Beşinci bölümde araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmıştır. Altıncı bölümde araştırmanın bulgularına yer verilmiş, yedinci bölümde ise araştırma bulgularına ilişkin tartışmaya yer verilmiştir. Son olarak, araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlardan geliştirilen önerilere yer verilerek çalışma tamamlanmıştır.

1. BÖLÜM

COVID-19 PANDEMİSİ, HASTALIKTAN KORUNMA DAVRANIŞLARI VE PANDEMİDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19), oldukça bulaşıcı ve potansiyel olarak ölümcül bir hastalık olarak bütün dünyayı kasıp kavurmuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana dünya çapında meydana gelen en ciddi felaket olarak anılan COVID-19 hastalığının büyük bir hızla yayılması, tüm dünyadaki hükümetleri bu zorlu durumla yüzleşmek için farklı tedbirler almaya zorlamıştır (Aschwanden vd., 2021: 2; Fattahi vd., 2022: 1). El yıkama, sosyal mesafeyi koruma ve maske takma dahil olmak üzere bir dizi sağlığı koruyucu davranışa ek olarak kendi kendini izolasyon, karantina, seyahat kısıtlamaları, COVID-19 yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve pandemi hastanelerinin oluşturulması gibi çeşitli tedbirler alınmıştır. Ayrıca, hükümetler aşı olan birey sayısını artırmaya çalışmak ve etkili tedaviler bulmak için araştırmaları desteklemekle kalmamış, aynı zamanda halkı koruyucu davranışlara uymak konusunda motive etmek için birçok müdahalede bulunmuştur (Fattahi vd., 2022: 1-2).

Pandemi sırasında insanların sergiledikleri davranışlar çoğunlukla içinde yaşanılan kültür ve hükümete duyulan güvenle ilgilidir. Bu davranışlar hastalığa neden olan virüsün bulaşmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Pandemi krizini başarılı bir şekilde yönetmek için halkı önerilen koruyucu davranışları benimsemeye ve uygulamaya teşvik etmek önemlidir (Bronfman vd., 2022: 1-2). Özellikle pandemi ile mücadelede kilit rol oynayan, toplumsal gruplar içerisinde en çok enfeksiyon riski olan ve bu zorlu dönemde diğer bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarını koruyucu davranışları benimseme konusunda motive etmek gereklidir (Yıldız vd., 2023).

Bu bölümde COVID-19 pandemisi, pandemi yönetiminde hastalıktan korunma davranışlarının önemi ve COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkileri ele alınmaktadır.

1.1. COVID-19 PANDEMİSİ

Aralık 2019’da Çin’in Wuhan şehrinde nedeni bilinmeyen viral pnömoniye benzeyen klinik semptomlu vakalar ve ölümler bildirilmiştir (Zhu vd., 2020: 727). Çin’de ortaya çıkan hastalık, küresel bir tehdit olarak dünya çapında diğer ülkelere hızla yayılmıştır. Bu yayılım sebebiyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 30 Ocak 2020 tarihinde uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu ilan edilmiştir (WHO, 2020a). DSÖ Genel Direktörü, 11 Şubat 2020 tarihinde; hastalığın COVID-19 olarak adlandırıldığını, aynı tarih itibarıyla Çin’de 42.708 doğrulanmış vaka bildirildiğini ve gerçekleşen ölümlerin 1.000’i aştığını, Çin’in dışında ise 24 ülkede 393 vaka ve 1 ölüm olduğunu açıklamıştır (WHO, 2020b). Hastalık 114 ülkeye yayıldığında, 11 Mart 2020’de DSÖ, COVID-19’u “pandemi” olarak ilan etmiştir. Pandemiye ilan ettiği basın toplantısında DSÖ genel direktörü, enfeksiyonların önlenmesi, hayatların kurtarılması ve pandeminin etkisinin azaltılması için, ülkelerin dört temel alanda kapsamlı bir yaklaşımı benimsemesi gerektiğini belirtmiştir: Hazırlanmak ve hazırlıklı olmak; hastalığın tespit edilmesi, hastalıktan korunmak ve hastalığı tedavi etmek; bulaşı azaltmak; yenilik yapmak ve öğrenmek (WHO, 2020c).

Ortaya çıkan bu yeni koronavirüs, koronavirüs ailesinin insanları enfekte eden yedinci üyesidir. Beta koronavirüs cinsinden olan bu virüs önce 2019 yeni koronavirüsü (2019-nCoV) olarak, daha sonra ise SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Bu virüsün sebep olduğu bulaşıcı hastalığın (COVID-19) meydana getirdiği pandemi, 1918’deki İspanyol gribi (H1N1) yani influenza pandemisinden sonraki beşinci pandemidir (Liu vd., 2020: 328-329). Pandemi, “bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020a).

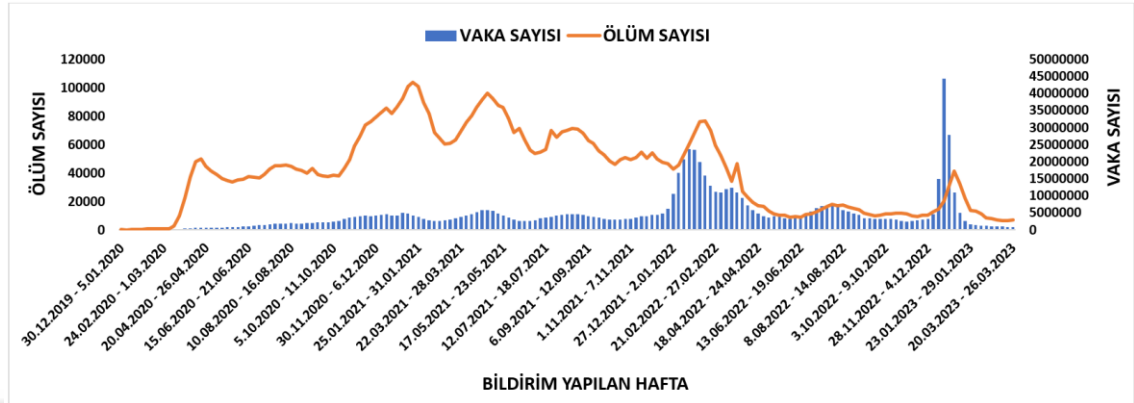
2019 yılının koronavirüs hastalığı anlamına gelen COVID-19, bulaşıcılığı oldukça yüksek bir solunum yolu hastalığı olup temel klinik semptomları ateş, kuru öksürük, yorgunluk, kas ağrıları ve nefes darlığıdır (Çöl ve Güneş, 2020: 1). Bu virüsün semptomlarının tanınması ve bulaşma yollarının anlaşılması, yol açtığı hastalığın bulaşmasını önlemek ve bu hastalıktan kaçınmak açısından oldukça önemlidir. Hastalığa

ilişkin biriken kanıtlar bulaşın çoğunlukla doğrudan insandan insana solunum yoluyla gerçekleştiğini, virüsün damlacıklar üzerinde veya daha az yaygın olarak aerosollerde asılı olduğunu göstermektedir (Meyerowitz vd., 2021: 7). Ayrıca hasta bireylerin öksürmesi ve hapşırması sonucu etrafa saçtıkları damlacıklara başka bireylerin temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun ya da gözlerine temas ettirmesi sonucunda hastalık bulaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b: 11). Enfekte olan ancak buna rağmen herhangi bir semptom göstermeyen bireyler de hastalığı bulaştırabilmektedir. COVID-19'un bulaş yollarına ilişkin yaptıkları bir modelleme çalışmasında Johansson ve diğerleri (2021: 1) bulaşmanın %59'unun semptom göstermeyen (%35'i presemptomatik ve %24'ü asemptomatik) bireylerden kaynaklanabileceğini öngörmüştür.

Çin'de ilk vakanın bildirilmesinden sonra COVID-19 vaka sayısı artmaya devam etmiştir. Salgının ilk dönemlerinde, hastaların %55'inde Huanan Deniz Ürünleri Marketi maruziyeti öyküsü varken, bu oran kısa süre sonra %6'ya inmiş, kişiden kişiye hızlı bir şekilde yayılımın varlığına dikkat çekilmiştir (Er, 2020: 22). 30 Ocak 2020 tarihi itibarıyla Çin'deki vaka sayısı 7.734'e ulaşmıştır (Bassetti vd., 2020: 1). Çin dışındaki ilk vakalar Ocak 2020'de Tayland, Japonya ve Kore'de görülmüş olup şubat ayının sonlarına doğru yerli bulaşın yaşandığı ülkeler ortaya çıkmaya başlamıştır (Li vd., 2020: 81). Mart 2020 başlarında Çin'deki salgının hızında yavaşlama görülürken, İran, Kore Cumhuriyeti (Güney Kore) ve İtalya'daki COVID-19 vakalarında ve enfeksiyona bağlı meydana gelen ölümlerde artış görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b: 8-9). Öncelikle Asya kıtasında başlayan salgın, Mart ve Nisan aylarında Avrupa kıtasına yayılmış ve ardından da Amerika'yı etkisi altına almaya başlamıştır (İşlek vd., 2020: 15).

DSÖ tarafından sürekli olarak güncellenen COVID-19 verilerine göre, 21 Mart 2023 tarihi itibarıyla dünya genelinde doğrulanmış toplam COVID-19 vaka sayısı 761 milyona dayanmış (761.071.826) ve toplam ölüm sayısı ise 7 milyona yaklaşmıştır (6.879.677) (WHO, 2023a). Pandeminin başından 26 Mart 2023 tarihine kadar bildiri yapılan toplam vaka ve ölümlerin haftalık değişimi Şekil 1'de gösterilmiştir. Şekil 1'e göre, 20 Mart 2023 haftasına kadar olan süreçte vaka sayısının en fazla olduğu hafta 19 Aralık 2022 haftasıdır. Toplam 44.265.825 vakanın bildirildiği bu haftadan sonra vaka sayısının hızla düşmeye başladığı gözlenmektedir. Haftalara göre ölüm sayıları incelendiğinde ise

en yüksek ölüm sayısının (102.069) 18 Ocak 2021 haftasında bildirildiği, 1 Mart 2021 haftasına kadar da ölüm sayısının azalma eğilimine girdiği görülmektedir (WHO, 2023a).

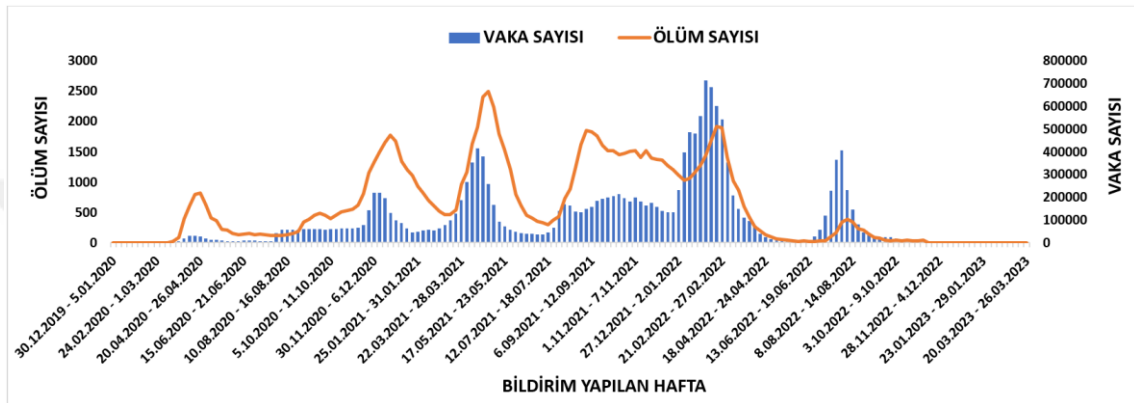


Şekil 1. Dünyada Haftalık Doğrulan Vaka ve Ölüm Sayıları (30 Aralık 2019 – 26 Mart 2023) [Dünya Sağlık Örgütü verileri ile hazırlanmıştır (WHO, 2023a).]

Ülkelerin nüfusu, demografik yapısı, gelir düzeyi, sağlık sistemi kapasitesi, alınan tedbirler, tanı ölçütleri, testlere ilişkin protokolleri ve test kapasitesi gibi pek çok parametreye bağlı olarak vaka ve ölüm sayıları değişkenlik göstermektedir (Üner, 2020: 90). DSÖ'nün 21 Mart 2023 verilerine göre, hem vakaların hem de ölümlerin en çok görüldüğü DSÖ bölgesi, Amerika Bölgesidir. Ülke ve alanlara göre incelendiğinde, kümülatif toplam vaka sayısı en yüksek Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) görülmektedir. ABD (191.185.511), dünyadaki toplam vakaların (761.071.826) dörtte birinden fazlasına sahiptir. Vaka sayısı bakımından ABD'yi sırasıyla Hindistan, Brezilya, Fransa, Almanya, Birleşik Krallık, Rusya Federasyonu, İtalya, Çin ve Türkiye takip etmektedir. Dünyadaki toplam vakalarının %2,75'i ve ölümlerin %1,42'si Türkiye'ye aittir (WHO, 2023b).

Ülkemizde ilk COVID-19 vakası, DSÖ tarafından pandeminin ilan edildiği gün olan 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b: 5). Şekil 2'de görüldüğü üzere, ilerleyen haftalarda vaka sayısı ani bir artış göstermiş ve bu artış Nisan ayının ortalarına kadar devam etmiş, sonrasında ise günümüze kadar dalgalı bir seyir izlemiştir. Vaka sayısı 31 Ocak 2022 haftasında en yüksek sayıya (712.091) ulaşmış, sonraki haftalarda azalarak devam etmiş, ancak 6 Haziran 2022 haftasından itibaren tekrar

artmaya devam etmiştir. 25 Temmuz 2022 haftasından 21 Mart 2023 haftasına kadar ise tekrar azalmıştır. Ülkemizde COVID-19 kaynaklı ilk ölüm 17 Mart 2020 tarihinde meydana gelmiştir (Demirbilek vd., 2020: 489). DSÖ verilerine göre, ülkemizdeki en yüksek ölüm sayısının (2.493) bildirildiği hafta 26 Nisan 2021 haftasıdır. 21 Mart 2023 haftasına kadar ülkemizdeki doğrulanmış toplam COVID-19 vaka sayısı 17.004.677 ve ölüm sayısı 101.419'dur (WHO, 2023a).



Şekil 2. Türkiye’de Haftalık Doğrulan Vaka ve Ölüm Sayıları (30 Aralık 2019 – 26 Mart 2023) [Dünya Sağlık Örgütü verileri ile hazırlanmıştır (WHO, 2023a).]

1.2. COVID-19 PANDEMİSİ PANDEMİ YÖNETİMİNDE HASTALIKTAN KORUNMA DAVRANIŞLARININ ÖNEMİ

COVID-19 pandemisi dünya ülkelerinde farklı şekillerde gelişmiş, yönetilmiş ve sonuçları da farklı şekillerde meydana gelmiştir. Örneğin, gözlenen COVID-19 vaka-ölüm hızı ve yüz bin nüfus başına ölüm sayısı bakımından ülkeler arasında büyük farklar olmuştur (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2021). Pandemi yönetiminde ülkeler birbirlerine göre daha başarılı ya da başarısız olabilmektedir. Reich (2020: e1829314-2) bunun en önemli nedenlerinden birinin yönetim (governance) olduğunu belirtmiş, yönetim için havalimanı kontrol kulesi metaforunu kullanarak Japonya ile Amerika Birleşik Devletlerindeki (ABD) pandemi yönetişimini karşılaştırmıştır. Buna göre, pandemiye kontrol kulesinin dört rolü bulunmaktadır ve pandemi yönetişiminin ilk yönü kültürle ilgilidir. Toplumların sahip olduğu inançlar ve davranışlar farklıdır. COVID-19'dan önce, Japonya'da maske takmak sosyal kabul görmekteydi, ancak

ABD’de böyle bir durum yoktu. Maske takmanın virüsün bulaşmasını azalttığına dair artan kanıtlar bulunmasına rağmen, ABD maske takma kültürünü kabul etmekte yavaş davranmıştır. ABD ve Japonya'nın farklı maske takma kültürleri, pandemi yönetişiminin kontrol kulesi rolü için önemli bir bağlamı temsil etmektedir. Bu kültürel farklılıklar pandeminin farklı ülkelerde neden değişik şekillerde geliştiğini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Pandemi yönetişiminin ikinci yönü, sosyal değerlerle ilgilidir. Japonya halkına ilişkin veriler, birçok insanın sağlık uzmanlarının ve hükümet yetkililerinin tavsiyelerine uyduğunu ve bulaşma olasılığını azaltmak için günlük davranışlarını değiştirdiğini göstermektedir. Buna karşılık, ABD halkı, korunma davranışlarına uyma konusunda daha dirençli ve kişisel özgürlüğü vurgulama konusunda uzun ömürlü bir geleneğe sahiptir. Kontrol kulesinin duyuruları, Japonya’da halkın hastalıktan korunma davranışını şekillendirmede ABD’ye göre daha olumlu etkiye sahiptir (Reich, 2020: e1829314-2). Öztekin (2020: 13) de benzer şekilde, hastalıkla mücadelede kültürel etmenlerin rolü olduğunu; disiplinli toplumların kurallara uyduğunu, diğerlerinin uymadığını; kurallara uyan toplumların salgını kolayca kontrol edebildiğini, diğer toplumların ise zorlandığını belirten benzer konulara işaret etmiştir. Kontrol kulesi yönetişiminin üçüncü önemli yönü kontrol kulesinde oturan kişinin, yani ulusal liderliğin niyetleri ve eylemleridir. Japonya’nın kontrol kulesindeki liderleri, virüsü kontrol etmede merkezi ve koordineli yanıtlar geliştirirken, ABD Beyaz Sarayındaki yetkililer, kafa karışıklığı ve çatışmaya neden olacak merkezi olmayan ve parçalı yanıtlar oluşturmuştur. Kontrol kulesi metaforunun dördüncü ve son yönü ise, yetkililer tarafından pandemiye ilişkin verilen bilgilerin kullanımı ve açıklığıdır. Kontrol kulesi yetkilileri tarafından verilen bilgiler, ABD’de daha karışık ve çelişkili iken, Japonya’da daha fazla netlik ve tutarlılık göstermiştir. Kontrol kulesinden gelen talimatların net, kaliteli ve tutarlı olması, halkın inanç ve davranışlarında olumlu yönde bir fark yaratır (Reich, 2020: e1829314-2-3). Kontrol kulesi metaforu, pandemi yönetiminde halkın hastalıktan korunma davranışlarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (Yıldız ve Kaya, 2022: 35).

Pandemi döneminde halkın hastalıktan korunma davranışlarını etkileyen ve bu davranışları sergilemek için gerekli motivasyona sahip olmasını sağlayan en önemli faktörlerden biri hükümetlere ve onların sergiledikleri politikalara olan güvendir (Wachira, 2023: 48). Bu güven, sağlık sistemlerinin pandemiye yanıt verme planlarıyla

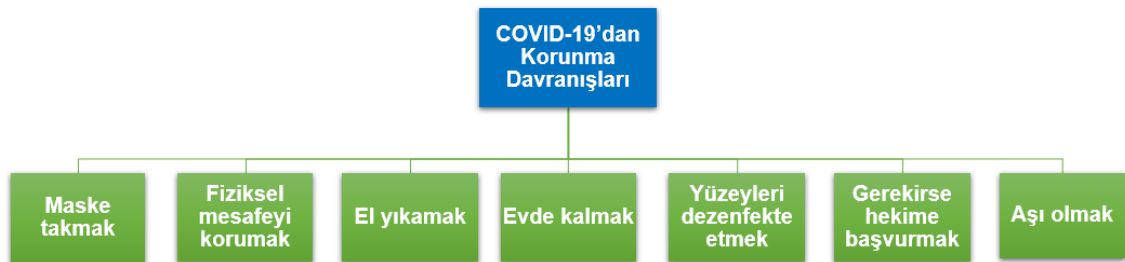
ve sağlık sisteminin işleyişinin devamlılığını sağlamak için sistemin iyi yönlendirilmesiyle ilgilidir. Başka bir deyişle, hükümetin pandemi ile mücadelede iyi bir yönetişim sergilemesi halkı korunma davranışları sergilemeye motive edici bir unsurdur. Hastalığa ilişkin acil müdahale mekanizmaları, hastalığa ilişkin bilgilerin nasıl iletildiği ve virüsten etkilenen hastalara sağlık hizmeti sunumunun nasıl düzenlendiği sağlık sistemi yönetişiminin sonuçlarıdır. Türkiye'nin, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir Pandemik İNFLUENZA Ulusal Hazırlık Planı bulunmaktadır. Bu plan kapsamında, Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı birlikte COVID-19'a ulusal yanıt vermeye önderlik etmiştir. Yerel düzeyde COVID-19'a müdahaleyi güçlendirmek ve gerektiğinde ek tedbirler alabilmek için valiler tarafından yönetilen pandemi kurulları oluşturulmuştur. Yeni Koronavirüs salgını ile ilgili olası ihtiyaçları karşılamak amacıyla, ventilatör ve dezenfektan gibi, özel tıbbi cihazların ve tıbbi malzemelerin üretimini ve ruhsatlandırma sürecini hızlandırmak için yeni düzenlemeler yapılmıştır. Hastalığa ilişkin srveyans sistemi, iletişim ve testler Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleri, niversite hastaneleri, özel hastaneler, il/ile sağlık müdürlükleri ile aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından koordine edilmiştir (Berdyklychev vd., 2020). Dönemin Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı ise sürecin başından itibaren halkı sürekli olarak bizzat bilgilendirerek toplumu hastalıktan korunmaları ve dikkatli olmaları konusunda motive etmiştir.

COVID-19 salgınının kontrolünde uzmanlarca iki strateji önerilmiştir: Baskılama (suppression) ve azaltma (mitigation). Baskılama stratejisi ile virüsün bulaştırıcılık katsayısının (R_0) 1'in altına düşürülmesi ve böylece vaka sayısının veya bulaş hızının azaltılması amaçlanır. Bu stratejide koruyucu tedbirler ve uygulamalar en yoğun şekilde ve hızla alınır. İkinici strateji olan azaltma yaklaşımında ise salgının yayılımının yavaşlatılması ve salgının sağlık üzerindeki etkilerinin azaltılması amaçlanır (l ve Güneş, 2020: 6). Türkiye'de ilk vakanın tespit edilmesinden sonra adım adım virüsün toplumda yayılmasını engellemek ve azaltmak için ülke çapında yerel tedbirler alınmaya başlanmıştır (TÜBA, 2020: 30). Türkiye'nin COVID-19 ile mücadele yaklaşımı salgının zararlarının kademeli olarak azaltılması, salgının ülke çapında sınırlandırılması ve baskı altına alınması şeklinde olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b: 6). COVID-19

pandemisine yanıt vermek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan müdahalelerden biri de kitlesel COVID-19 aşılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bulaşıcılığı azaltabilen veya ortadan kaldıracı terapötiklerin veya aşılardan etkili ve yaygın kullanımının yokluğunda, yeni koronavirüsün (SARS-CoV-2) başarılı bir şekilde kontrol edilmesi hem semptomatik vakaların tanımlanmasını ve izole edilmesini, hem de semptomları olmayan enfeksiyonlu kişilerden bulaşma riskinin azaltılmasını gerektirir (Johansson vd., 2021: 7). Ayrıca, virüse yakalanmaktan kaçınmada en iyi uygulamalar, aşı olsun olmasın tüm bireyleri DSÖ gibi kuruluşlarca önerilen korunma davranışlarına proaktif olarak dahil etmeyi içermektedir (Bürgelt vd., 2009).

İnsanların SARS ve H1N1 gibi hastalıklardan korunma davranışlarını demografik ve psikolojik faktörler ile inceleyen Bish ve Michie'ye (2010: 798) göre, pandemilere yanıt olarak sağlık davranışları üç gruba ayrılmaktadır: Önleyici davranışlar, kaçınma davranışları ve hastalık davranışlarının yönetimi. COVID-19 dahil olmak üzere tüm pandemilerde başlıca önleyici davranışlar arasında el yıkama, maske takma, kol içine veya mendile öksürme/hapşırma ve aşı olma; başlıca kaçınma davranışları arasında sosyal mesafe, evde kalma (self-isolation) ve karantina; hastalık davranışlarının yönetimi kapsamındaki davranışlar arasında ise kişinin hasta olduğunu düşündüğünde bir doktora gitmesi ve ilaçlarını alması yer almaktadır. COVID-19 pandemisinden korunmak için halkın uyması gereken başlıca davranışlar Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. COVID-19 Pandemisinden Başlıca Korunma Davranışları

Yeni koronavirüs hastalığının yayılımını engellemek ve salgını sınırlandırmak için enfekte kişileri tespit etmek, tedavi etmek ve izole etmek, yakın temaslılarını izlemeye ve

karantinaya almak üzerine sıklıkla odaklanılsa da, halk arasında genel koruyucu davranışları yaymak ve bunları teşvik etmek de oldukça önemlidir. Bir salgının kontrolünde genel popülasyonun psikolojik ve davranışsal tepkileri çok önemli bir rol oynamaktadır (Naeim, 2020: 102090). Tüm dünyada ciddi kısıtlamaların uygulanmasına ve aşılama çalışmalarına rağmen, COVID-19'un "küresel bir acil durum" olmaktan çıkması epey bir zaman almıştır. Pandeminin uzun sürmesinin halkın koruyucu davranışlara uymamasının veya uymakta gecikmesinin bir sonucu olabileceğini belirten Kamran ve Naeim (2020), COVID-19 pandemisini yönetmeye yardımcı olmak üzere, kısıtlama politikalarına ilaveten koruyucu davranışlara uyumu teşvik edecek teoriye dayalı müdahalelerin başlatılmasını önermişlerdir. Bu amaçla kullanılabilecek çeşitli bilişsel değerlendirme teori ve modelleri bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık İnanç Modelini (Health Belief Model), Transteorik Modelini (Transtheoretical Model), Planlı Davranış Teorisini (The Theory of Planned Behaviour), Sosyal Bilişsel Teoriyi (The Social Cognitive Theory) ve Korunma Motivasyonu Teorisini (Protection Motivation Theory) içermektedir (Kamran ve Naeim, 2020; Plotnikoff ve Trinh, 2010; Chamroonsawasdi vd., 2017; Wu vd., 2014; Bish ve Michie, 2010; Jalilian vd., 2016).

1.3. COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİLERİ

COVID-19 pandemisinin yayılım ve mortalite hızı, kayda değer tedbirler ve müdahale programlarına rağmen yüksek oranlarda gerçekleşmiş olup bu durum tüm dünyada hastanelerin ve yoğun bakım ünitelerinin kapasitelerini zorlamıştır. COVID-19 hastalarının teşhisi, tedavisi ve bakımıyla ön saflarda doğrudan ilgilenen sağlık çalışanları bitkinlik, enfeksiyon riski, aile üyelerine bulaştırma korkusu, arkadaşlarının, meslektaşlarının ve hastalarının ölümü gibi durumlarla karşı karşıya kalmıştır (Lai vd., 2020: 2). Bu zor dönemlerde ailelerine vakit ayıramamış ve büyük fedakârlıklarla hastalarına bakım sağlamaya devam etmişlerdir. Ne yazık ki, sağlık çalışanları aynı zamanda önlenebilir olan birçok stres ve endişe kaynağıyla da karşı karşıya kalmıştır. Uzun çalışma vardiyaları, izolasyon süreçleri ve benzeri görülmemiş sosyal kısıtlamalar gibi faktörler birleştiğinde, sağlık çalışanlarının COVID-19 ile başa çıkma ve korunma becerileri büyük ölçüde etkilenmiştir (Gupta vd., 2021: 282; Mehta vd., 2021: 226).

Sağlık çalışanları, pandemide vaka sayısı arttıkça dolup taşan sağlık tesislerinde hastaların bakımını sağlamaya çalışırken; yeterli yetkinlik ve beceriye sahip olmayanları bile yoğun bakım ünitelerinde görev yapmıştır. Bunları eğitme ve denetleme yükü de zaten stres altında olan yoğun bakım sağlık çalışanlarına düşmüştür. Hastanede görev yapan sağlık çalışanları taşınması fiziksel olarak zor ve rahatsız edici olan kişisel koruyucu ekipmanları giyerek uzun saatler çalışmış, bir kısmı ise büyük fedakârlıklarla filyasyon ekiplerinde görev yapmıştır. Pandeminin ilk zamanlarında doğru bilgiyi yanlış bilgiden ayırmaya çalışmış, ortaya çıkan yeni prosedürlere, bilgilere ve değişen kişisel koruyucu ekipman tavsiyelerine de ayak uydurmaya çalışmışlardır. Sağlık çalışanları, hasta bakımı ve sürekli eğitim ile ağır bir sorumluluk yükü altında kalmışlardır. Yetersiz kalan kaynaklar ve COVID-19 hastalığı için belirlenmiş olan temel tedavilerin yokluğu, sağlık durumu ağır olan hastaların tedavi sürecini yönetmeyi zorlaştırmıştır. Sağlık çalışanları, hasta olan meslektaşlarına bakmak, sevdiklerinden izole edilmiş ölmekte olan hastalarını teselli etmek ve endişe içinde olan hasta yakınlarını uzaktan bilgilendirerek onlara destek olmak zorunda kalmıştır. Bazı sağlık çalışanları, kaynakların paylaşılması ve resüsitasyon veya yoğun bakım ünitesine kabulün durdurulması konusunda duygusal ve etik olarak karar vermenin ağır yükünü hissetmiştir. COVID-19 olmayan ancak sağlık bakımına muhtaç olan hastalarının ameliyatlarının veya diğer temel tedavilerinin iptal edilmesi veya ertelenmesinin de üzüntüsünü yaşamışlardır (Azoulay vd., 2020: 1389; Lai vd., 2020: 2; Mehta vd., 2021: 226).

COVID-19 virüsünü bulaştırma korkusu, birçok sağlık çalışanının aylarca ailelerinden ayrı kalmasına neden olmuştur. Sevdiklerinden ayrı kalmak ve potansiyel virüs bulaştırıcısı etiketiyle toplum tarafından dışlanmak onları daha da yalnızlığa sürüklemiştir. Sağlık çalışanlarının (örneğin tıp fakültesi öğrencileri, asistan hekimler ve yardımcı sağlık personeli öğrencilerinin) eğitimleri kesintiye uğramış, bu da kaçırılan öğrenme fırsatlarına, kaçırılan sınavlara ve diploma/sertifika almalarına yol açmıştır. Filyasyon ekipleri karşılaştıkları eşitsizlikleri daha da artıran, sınırlı veya eksik kişisel koruyucu ekipmanlar, değişen düzeylerde işveren desteği, mevcut enfeksiyon riski ve maaş veya diğer hak kayıplarıyla çalışmanın ek zorluklarını yaşamıştır (Mehta vd., 2021: 226-227; Sterling, 2020).

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları ve sağlık sistemleri üzerindeki yükü, temel ekipman ve sarf malzemelerindeki kıtlık nedeniyle triyaj kararlarının titizlikle alınması gereken düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde özellikle dikkate alınmalıdır. Yetersiz kaynaklara sahip sağlık sistemlerinde, sağlık çalışanları için kişisel sağlık sorunları (örn. diyabet ve tiroit sonuçlarının kötüleşmesi) da dahil olmak üzere, COVID-19 ile ilgili olmayan sağlık sorunları ve ölümlerde artış görülmüştür. Ayrıca, bu sağlık sistemlerinde özellikle anestezi ve yoğun bakım servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarının yüksek tükenmişlik oranına sahip olması, COVID-19 hastaları için daha kötü sonuçlara katkıda bulunmuş olabilir (Gupta vd., 2021: 282; Mehta vd., 2021: 227).

Düşük ve orta gelirli ülkeler, sağlık hizmetlerinde kişisel koruyucu ekipman eksikliği, artan iş yükü, yetersiz eğitim ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ve pandemi yorgunluğu nedeniyle yüksek oranda COVID-19 vakasıyla karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde sağlık çalışanları arasında COVID-19 ile ilişkili suçluluk ve damgalanma yaygın olmakla birlikte, nadiren görev yerini terk eden veya COVID-19 olduğundan şüphelenilen hastalara bakmayı reddeden sağlık çalışanlarına da rastlanılmıştır. Uganda gibi bazı düşük gelirli ülkelerdeki sağlık çalışanları, çeşitli kaynaklardan karalamalara maruz kalmış, bilimsel danışma komitelerindeki rolleri nedeniyle halk tarafından hedef alınmış ve hastalığa ilişkin politika kararları güvensizlik ve düşmanlıkla karşılanmıştır (Mehta vd., 2021: 227). Tüm bunlar sağlık çalışanlarında depresyon, yalnızlık, izolasyon ve işini bırakma isteği gibi duygular ile sonuçlanmıştır (Spruijt vd., 2023).

Sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, tükenmişlik, uykusuzluk ve travma sonrası stres bozukluğu riski altında olduğu bilinmektedir. Olağan çalışma koşulları altında dahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerinin %33'ü ve yoğun bakım doktorlarının %45'i yüksek tükenmişlikten etkilenmektedir (Moss vd., 2016; Poncet vd., 2007). Artan iş yükü, çalışma ortamlarının denetlenmemesi, kurumların dışsal risk faktörleri, kritik hastalığı olan ve ölümün kıyısındaki hastalara bakmanın travması COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörlerden bazıları olmuştur.

2003 yılında ortaya çıkan SARS hastalığının patlak vermesinin ardından, sağlık çalışanları aylar, yıllar sonra dahi kronik stres bozukluğu yaşadıklarını bildirmiştir (Dos

Santos, 2020). Çin’de COVID-19 hastalarını tedavi eden sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada yüksek depresyon (%50), anksiyete (%45), uykusuzluk (%34) ve stres (%72) oranlarına rastlanmıştır (Lai vd., 2020). Otuz üç binden fazla katılımcıyı içeren 13 çalışmanın sistematik bir incelemesi olan başka bir çalışma ise bu bulguları desteklemektedir (Pappa vd., 2020). İtalya ve Fransa’da yapılan araştırmalar, yüksek bir depresyon prevalansı bildirmiş olup semptomlar arasında travma sonrası stres bozukluğu ve tükenmişlik; olumsuz psikolojik sonuçlar yaratan risk faktörleri arasında yaşı genç olma, cinsiyeti kadın olma, hemşire olma ve doğrudan COVID-19’lu hastalarla çalışma yer almaktadır (Azoulay vd., 2020; Carmassi vd., 2020; Giusti vd., 2020). COVID-19’un sağlık hizmetlerinde çalışanların sağlığı üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkileri görülmeye devam etmektedir (Mehta vd., 2021: 227).

COVID-19 salgını, sosyoekonomik eşitsizlikleri de toplumlara keskin bir şekilde hatırlatmıştır. COVID-19’un kadın sağlık çalışanları üzerinde orantısız bir etkisi olmuştur. Dünyada sağlık ve sosyal bakım iş gücünün %70’ini oluşturan kadınlar, pandemi döneminde hem sağlık profesyoneli olma hem de annelik rolleriyle bağlantılı olarak enfeksiyon, çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları riski ile karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca pandemi, ev sorumluluklarının dağılımında toplumsal cinsiyet eşitsizliğini, işsizliği ve aile içi şiddeti artırmıştır. Kadınlar mesleki sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken, bir yandan da aile içerisinde ev işleri, çocuk bakımı ve yaşlı bakımı gibi ihtiyaçları da karşılamak zorunda kalmıştır. Bu sorumluluklar altında ezilen kadınların, erkeklere kıyasla akademik üretkenliğinde de azalma görülmüş, ebeveyn olarak kendisinden talep edilenler ile bilim camiasının beklentileri arasında bir kopukluk yaşamasına neden olmuştur (Pinho-Gomes vd., 2020; Mehta vd., 2021: 227).

Pandemi sırasında, her ne kadar bahsedilen olumsuzluklar meydana gelmiş olsa da, sağlık çalışanlarının değeri halk tarafından bir kez daha anlaşılmış ve kurtardıkları hayatlar ile takdir toplamışlardır. Bu dönemde, sağlık çalışanlarının yaşadıkları psikososyal sıkıntılar ve ruh sağlıkları hakkında özgürce konuşmaları ve bu konudaki ihtiyaçlarını gündeme getirebilmeleri normalleşmiştir. Tükenmişlik ve işle ilgili diğer psikolojik sıkıntılar önemli iş sağlığı sorunları olup sağlık sistemlerinin en büyük değeri olan sağlık çalışanlarını etkin bir şekilde destekleyebilmek için bu sorunların çözülmesi büyük

gereklilik arz etmektedir. COVID-19 gibi meydana gelebilecek benzer pandemilerde, hastaların bakımıyla ilgili psikolojik sıkıntıların ortak olduğu kabul edilerek işle ilgili psikososyal sorunları en aza indirerek veya ortadan kaldırarak pandemiden etkilenen tüm sağlık çalışanlarının psikolojik ihtiyaçlarına uygun şekilde cevap verilebilir. En azından, pandemi süreçlerinde tüm sağlık çalışanları uygun eğitim, psikolojik, sosyal destek ve maddi tazminat ile desteklenebilir (Mehta vd., 2021: 227-228; Nelson ve Kaminsky, 2020: 597-598).



2. BÖLÜM

KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ

Çin'in Wuhan şehrinde Aralık 2019'da aniden ortaya çıkarak tüm dünyayı sosyal, ekonomik, siyasi ve psikolojik olarak etkileyen COVID-19 yaşamımızda büyük değişiklikler meydana getirmiştir. Bu değişiklikler insanların sağlıklarını koruma davranışlarını da büyük ölçüde etkilemiş olup bu davranışları inceleyen ve insanların doğru davranışlara sevk edilmesini sağlamak için kurgulanmış birçok teori ve model bulunmaktadır. Bu teorilerden biri olan ve bu çalışmada ele alınan Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory), Rogers (1975) tarafından geliştirilmiştir. KMT, insanların algılanan bir sağlık tehdidine karşı kendilerini koruma amaçlı nasıl tepki verdiklerini, nasıl bir yol izlediklerini ve bu süreçte hangi faktörlerden etkilendiklerini tanımlamak ve modellemek için kullanılan bilişsel bir teoridir. Bu teori ile kurgulanacak modellerin, pandemi sürecinde insanların korunma motivasyonlarını anlamak ve bu motivasyonlarını yükseltmek için gerçekleştirilecek uygulamalara, eğitimlere, politikalara ve alınması gereken önlemlere yol gösterici nitelikte olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, bu teoriye dayanarak yapılacak çalışmaların sonuçları COVID-19 gibi meydana gelebilecek pandemilerde politika yapıcılar ve sağlık yöneticileri için faydalı bilgiler sunabilecektir.

Bu bölümde, öncelikle sağlığı koruyucu davranışlara ilişkin bazı teorilere ve KMT teorisi ile karşılaştırmasına yer verilmiştir. Ardından KMT'ye, KMT modelinin kavramsal yapısı ve değişkenlerine, KMT kapsamında yapılmış genel çalışmalara, COVID-19 pandemisi ile KMT arasındaki ilişkiye, KMT'yi COVID-19 pandemisi bağlamında uygulayan çalışmalara yer verilmiştir.

2.1. SAĞLIĞI KORUYUCU DAVRANIŞLARA İLİŞKİN BAZI TEORİLER VE KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ

Rogers (1975) tarafından ortaya konulan ve 1983 yılında ikna edici iletişimin davranış üzerindeki etkisini açıklamak için revize edilmiş olan Korunma Motivasyon Teorisi

(KMT), önerilen bir davranışı uygulama veya uygulamama mantığını destekleyen bilişsel mekanizmalara vurgu yapan bir teoridir. Teori başlangıçta sağlığı koruyucu davranışlar bağlamında kullanım için kavramsallaştırılmıştır. Teorinin gelişimini destekleyen çeşitli pratik ve teorik dayanaklar bulunmaktadır (Conner ve Norman, 2015; Prentice-Dunn ve Rogers, 1986). Pratik açıdan KMT, insanların kendilerini koruma eğilimlerini açıklayan ve psikolojik koşullara odaklanan ilk teorilerden biridir. Teori, sağlığı tehlikeye atan ve sağlığı teşvik eden davranışlara ilişkin faktörleri ayırt etmeye çalışmaktadır (Prentice-Dunn ve Rogers, 1986; Floyd vd., 2000). Örneğin, bireyler, tavsiye edildiğinde tehdit ve tehlikeden kaçınma mantığına rağmen yine de uyumsuz davranışlarda bulunmayı tercih edebilmektedir. Kaza sonucu yaralanmaları önlemek için emniyet kemeri kullanmak, araç kullanırken cep telefonu kullanmamak, alkollüyken araç kullanmaktan kaçınmak, bisiklet sürerken kask kullanmak gibi koruyucu davranışlar kolaylıkla uygulanabilir. Ancak insanlar çoğu zaman bu önleyici tedbirlere uymamaktadır (Floyd vd., 2000; Taylor, 2017; Rogers ve Prentice-Dunn, 1997). Teorik açıdan bakıldığında ise, KMT'nin geliştirilmesi ile büyük ölçüde Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model), Gerekçeli Eylem Teorisi (Theory of Reasoned Action) ve Subjektif Beklenen Fayda (Subjective Expected Utility) modellerine dayanan sağlığı koruyucu davranışları açıklayan literatürün ilerletilmesi amaçlanmıştır (Floyd vd., 2000).

Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem Teorisi ve Subjektif Beklenen Fayda Modeli koruyucu davranışları algılanan tehdit ve tehdidin ciddiyeti perspektifinden açıklamak için kullanılmıştır. Bu benzer modellerdeki belirli değişkenler birbirinden farklılık göstermiştir (Weinstein, 1993).

Ücretsiz bir hastalık tarama programına katılım eksikliğinin sonucu ortaya çıkan hayal kırıklığı nedeniyle geliştirilen Sağlık İnanç Modeli, insanların ücretsiz bir tarama testine girme konusunda neden motivasyona sahip olmadıklarını açıklayan bir çerçeve olarak sunulmuştur (Janz ve Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Modelin orijinal çerçevesi, insanların bir hastalığa karşı önlem alma motivasyonunun, hastalığa karşı algılanan yatkınlık ve hastalığın algılanan ciddiyetine ilişkin algılarına bağlı olduğunu öne sürmektedir (Rosenstock, 1974). Daha sonraki aşamada model, öz-yeterlik inançlarını kapsayacak şekilde genişletilmiş (Rosenstock vd., 1988), böylece bireyin önerilen

önlemleri başarılı bir şekilde uygulama becerisine ilişkin inancının önleyici davranışlarını nasıl etkilediğini açıklamıştır.

Gerekçeli Eylem Teorisi, Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından insan davranışını açıklamak için bir çerçeve sunmak ve aynı zamanda tutumların rolünün daha iyi anlaşılmasını sağlamak için geliştirilmiştir. Bir bireyin davranışsal niyetinin davranışı belirlediği varsayımıyla, niyetin davranışın birincil tahmin edicisi olduğunu öne süren teori, niyetlerin temel belirleyicileri olarak iki bağımsız yapıyı, davranışa yönelik tutumları ve öznel normu ortaya koymuştur.

Savage (1954) tarafından geliştirilen Subjektif Beklenen Fayda Teorisi, bir bireyin kararını ekonomik bir önermeye cevap olarak sunar; bu teori, davranışın kişisel faydasının subjektif değerlendirilmesine ve faydanın gerçekleşme olasılığına dayanmasıyla dikkat çekicidir. Davranışın fayda fonksiyonlarına ilişkin algı güçlü ve sonucun olasılığı yüksek olduğunda kararın olasılığı da yüksektir (Savage, 1954).

Bahsedilen teoriler, bireylerin tavsiye edilen davranışı benimsemeden önce bir maliyet-fayda analizi yaptığını belirten maliyet-fayda paradigmasına dayanmaktadır (Weinstein, 1993) ve bireyleri potansiyel olumsuz sonuçlardan kaçınmak için koruyucu eylemlerde bulunmaya ikna etmeye odaklanır (Floyd vd., 2000). Ayrıca, bireylerin bilişsel kararları yalnızca anlık etkilere dayalı olarak değil, aynı zamanda bu eylemlerin ve gelecekteki etkileşimlerin potansiyel faydalarını veya maliyetlerini de göz önünde bulundurarak verdiklerini öne sürmektedir (Rogers, 1975).

Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem Teorisi, Subjektif Beklenen Fayda Teorisi ve KMT'deki birçok temel yapı benzer olsa da, KMT'nin geliştirilmesi ve tanıtılmasıyla, bireyi koruyucu davranışa sevk eden psikolojik ve bilişsel faktörlerin anlaşılması ve bunlar arasındaki ilişkileri sınırlayan sağlığı korunma motivasyonuna ilişkin literatürdeki birkaç boşluğun giderilmesi amaçlanmıştır. Bu boşluklardan birincisi, Gerekçeli Eylem Teorisi ve Subjektif Beklenen Fayda Teorisinin temel sınırlamasının, modellerin riskli ve risksiz davranışlarla ilişkili faktörü, yani “cevap etkinliği”ni hesaba katmamasıdır (Floyd vd., 2000). İkinci boşluk ise, Sağlık İnanç Modelinin, bilişsel faktörlerin sezgisel ve

doğrudan organizasyonu nedeniyle davranışı tahmin etme konusunda yeterince güçlü kabul edilmiş olmasına rağmen, uyum sağlayıcı davranışı teşvik eden faktörlerin karmaşıklığını tam olarak ele almamasıdır (Prentice-Dunn ve Rogers, 1986). Bu teori bireyleri spesifik olarak motive eden faktörlerin bir listesini önerir, ancak faktörlerin tehdit veya başa çıkma değerlendirmelerinin bir parçası olup olmadığını açıklayamamaktadır. Ayrıca Sağlık İnanç Modeli, karar verme süreçleri söz konusu olduğunda tehdit ve başa çıkma değerlendirmelerinin göreceli önemini de açıklayamamaktadır. Örneğin sigara söz konusu olduğunda önerilen davranış onu bırakmaktır. Ancak tavsiyeye uymak için bireylerin tehdide karşı savunmasız olduklarını ve tehdidin yeterince ciddi olduğunu (örneğin sigara içmenin bir sonucu olarak akciğer kanserine yakalanabileceklerini) düşünmeleri gerekir. Bu, bireylerin tehdit değerlendirmelerinde başa çıkma değerlendirmelerinden daha yüksek puan alması gerektiği anlamına gelir. Ayrıca bireyler sigarayı bırakabileceklerine ve buna bağlı maliyetlerin (örneğin nikotin yoksunluk süreci) üstesinden gelebileceklerine inanmalıdırlar (Floyd vd., 2000). Sonuç olarak, KMT, tehdidin ciddiyeti, tehdide yatkınlık, cevap maliyeti, cevap etkinliği ve öz-yeterlik algılarının davranış değişikliğini tetiklediğini belirtmenin ötesine geçerek, iki bilişsel değerlendirme sürecinin (başta çıkma değerlendirmesi ve tehdit değerlendirmesi) etkilerini açıklayarak motivasyonun karmaşıklığını ele almaktadır. Spesifik olarak, KMT'ye dayalı olarak, tehdit değerlendirmesi boyutunun (tehdide karşı savunmasız olduklarını ve bunun yeterince şiddetli olduğunu algılamak) ve başa çıkma değerlendirmesi boyutunun (önerilen davranışa uymak için önerilen eylemi gerçekleştirmenin maliyetini kabul etmek) bireyler tarafından ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir (Floyd vd., 2000; Rogers ve Prentice-Dunn, 1997; Rogers, 1975). Üçüncü boşluk, korku kaynaklı davranış üzerine yapılmış olan önceki araştırmaların, korku çekiciliğinin (fear appeals) motivasyonel rolü ve önerilen davranışı uygulama olasılığı hakkında karışık bulgular sunmasıdır (Janis, 1967; Sutton, 1982). Janis (1967), korkunun, önerilen davranışın kapsamlı bir değerlendirmesine yol açabileceği ve korku çekiciliğinin belirli bir eşiğe ulaşması durumunda motivasyonu potansiyel olarak engelleyebileceği için korkunun mutlak olarak uyum sağlayıcı davranışı teşvik etmediğini, başka bir deyişle korkunun korunma motivasyonu ile ilişkisinin negatif yönde olabileceğini savunmuştur. Bazı ampirik çalışmalar ise, korkunun beklenen etkisi için yeterli desteği bulamamıştır (Sutton, 1982).

Bu nedenle, KMT'nin geliştirilmesi ile korku çekiciliği ve bilişsel faktörlerle ilgili temel değişkenlerin tanımlanması, korku çekiciliği ve korunma motivasyonu ile ilgili araştırmalara kavramsal netlik sağlanması hedeflenmiştir.

2.2. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ

KMT, 1975 yılında Rogers tarafından ortaya koyulmuştur. Bireylerin sağlıklarına yönelik algıladıkları bir tehdide karşı koruyucu davranışlara nasıl motive olduklarını açıklamak, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için korunma davranışının altında yatan faktörleri belirlemek gibi amaçlarla geliştirilmiştir (Rogers, 1975: 94). Rogers, teoriyi geliştirdiğinde kırk yıl içinde farklı alanlarda kullanılarak çeşitleneceğini öngörmüş, nitekim sağlık odaklı ortaya çıkan bu teori yıllar içerisinde birçok sosyal konuya uyarlanmış ve çeşitli teorilerle birlikte entegre modeller kurgulanarak uygulama alanı bulmuştur (Wescott vd., 2017: 1). Teorinin 1983 yılındaki revizyonu ile uyumsuz davranışların parçası olan cevap maliyetleri ve cevap ödülleri de içeren daha kapsamlı bir model üretilmiştir (Maddux ve Rogers, 1983).

Sağlıkla ilgili davranışları tahmin etmek ve bu davranışlara yönelik müdahaleler geliştirmek için bir çerçeve sunan KMT, bireyler tarafından gerçekleştirilebilecek etkili korunma davranışının olduğu herhangi bir tehdide uygulanabilmektedir (Floyd vd., 2000: 410). Teorinin temel amacı, bireye yönelik herhangi bir tehlikeyi tanımak, değerlendirmek ve ardından bu değerlendirmeye korunma davranışlarıyla karşılık vermektir. KMT, belirli hastalıklara, çevresel tehlikelere veya sosyal tehditlere karşı kamu sağlığı ve güvenliği stratejilerini belirlemek ve iyileştirmek için halkın, belirli sosyal grupların, meslek gruplarının vb. korunma davranışlarında nasıl bir yol sergilediklerini psikometrik bir "sosyal bilişsel değerlendirme" modeli ile ortaya koymayı amaçlamıştır. KMT bu yönüyle birçok sosyal probleme uygulanabilir bir teori olmuştur; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki orman yangını, deprem ve Almanya ve Fransa'daki sel (Mulilis vd., 1990: 620; Poussin vd., 2014: 72) gibi doğal afetler, ayrıca iklim değişikliğine adaptasyon (Koerth vd., 2013: 898; Grothmann ve Patt, 2005: 203) çalışmalarına uygulanmıştır. Hatta bilgi güvenliği, çevrimiçi güvenlik, çevresel kaygılar ve siyasi konular gibi alanlarda tepkileri açıklamaya ve çok çeşitli tetikleyicilere verilen

cevapları açıklamaya yardımcı olmak için ileriye taşınmıştır (Floyd vd., 2000; Herath ve Rao, 2009; Witte ve Allen, 2000). Bu çalışmalar KMT teorisine dayanan uygulamaların, Rogers'ın 1983 tarihli revizyonunda yer alan, bireylerin ve grupların korunma motivasyonunu ve başa çıkma davranışlarını etkileyebileceğine dair gözlemiyle tutarlı sonuçlar vermiştir (Westcott vd., 2017: 3).

Teorinin 1975 yılında yayınlanan orijinal versiyonu, korku çekiciliği mesajlarının bireylerde potansiyel olarak davranış değişikliğine nasıl yol açabileceğini anlamanın bir yolu olarak önerilmiştir (Rogers, 1975). 1950'li yılların başlarından itibaren, bireylerin herhangi bir tehdide karşı korunma davranışlarını araştırmak için korku çekiciliği mesajları literatürde geniş çapta yer almıştır (Witte ve Allen, 2000). Korku çekiciliği, bir bireyin sağlığına veya refahına yönelik bir tehdit hakkında bilgilendirici iletişim sağlar. Bu iletişim, tehdidin ayrıntılarının yanı sıra, tehditten kaçınmak veya etkisini azaltmak için alınabilecek önlemleri kapsayan iletişimdir. Korku çekiciliği iletişimine, kanseri erken teşhis etmek için kendi kendine meme muayenesi yapma önerisiyle meme kanseri tehdidini özetleyen ve böylece kanserin potansiyel etkisini azaltan bir sağlık eğitimi broşürü verilmesi örnek gösterilebilir (Milne vd., 2000: 107).

Korku çekiciliği araştırmalarında temel sorunlardan biri, korku uyandıran iletişim sonucu tutumların ve sonrasında davranışların nasıl değiştirilebileceğini belirlemektir. Bu alandaki önemli bir sorun da korku çekiciliğinin çok yönlü uyaranlar olduğu yaygın olarak kabul edilmesine rağmen, bilişsel aracılık etkilerinin belirlenmesinde çok az ilerleme kaydedilmiş olmasıdır (Rogers, 1975: 93). Rogers bu zorluğu gidermek için KMT teorisini geliştirmiştir. Başlangıçta, “korku çekiciliği” alanında kavramsal netlik sağlamak ve “korku çekiciliği üzerine araştırma” ile “davranış değişikliği araştırması” arasındaki boşluğu doldurmak amacıyla geliştirilmiş, o zamandan beri de algılanan tehditlerle ilgili bir karar verme modeli olarak benimsenmiştir (Maddux, 1993: 124). KMT, davranış değişikliğini üreten ortak değişkenleri belirlemek için korku çekiciliğinin bileşenlerini tahmin etmek ve fonksiyonel hale getirmek için tasarlanmıştır. Bir korku çekiciliğinin her bir bileşeninin karşılık gelen bir bilişsel aracılık sürecini başlatacağı varsayılmıştır. Bu süreçler, sırayla, korku çekiciliğinde yer alan korunma motivasyonu ile “önerilen davranış benimseme niyetini (davranışsal cevapları)” etkileyecektir.

Aslında, korunma motivasyonu “davranışları uyandıran, sürdüren ve yönlendiren” bir müdahale değişkenidir (Rogers, 1975: 94).

Orijinal modelde, KMT'nin temel faktörleri; algılanan tehdit, tehdide verilen cevap etkinliği ve korkudur (Witte ve Allen, 2000). KMT, bireylerin hem tehdiitten meydana gelebilecek potansiyel bir zararın ciddiyetini (severity) hem de zararın meydana gelme olasılığı olan yatkınlığı (vulnerability/susceptibility) dikkate alarak bilişsel olarak işlediğini öne sürmektedir. Değerlendirilen ciddiyet, maruz kalma beklentisi yani yatkınlık ve bireyin koruyucu eyleminin etkinliğine olan inancı, korunma motivasyonuna katkıda bulunmaktadır. Bu çerçeveyi takiben korku çekiciliği, tehlikeli kabul edilen faaliyetlerden (örneğin; sigara içmek) vazgeçirmek veya koruyucu olduğu düşünülen faaliyetleri (örneğin; egzersiz) teşvik etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. KMT, korunma motivasyonunu tetikleyen etkili mesajların yalnızca belirli eylemlerin meydana gelebilecek olumsuz etkilerini değil, aynı zamanda koruyucu eylemin faydalarını da içerdiğini öne sürmektedir (Shillair, 2020: 1).

1983 yılında Maddux ve Rogers, teoriyi daha genel bir bilişsel değerlendirme teorisine dönüştürmüş, uyarlanabilir bir şekilde cevap vermenin ve koruyucu davranışı gerçekleştirmede öz-yeterliğin önemini içerecek şekilde teoriyi geliştirmişlerdir (Maddux ve Rogers, 1983). Modelin gözden geçirilmiş versiyonu, başa çıkma sürecini başlatabilecek daha geniş bir bilgi kaynağı yelpazesini içermektedir. Korku çekiciliği böyle bir bilgi kaynağı olarak kalmış, ayrıca iletişim, gözlemsel öğrenme, kişisel özellikler ve önceki deneyimler de korunma motivasyonu sağlamada bilişsel etkinliği başlatabilen bilgi kaynakları olarak dahil edilmiştir. Sigara içmeye devam etmek veya benimsemek gibi uyumsuz başa çıkma cevaplarına (maladaptive coping responses) ek olarak bilişsel aracılık süreçleri eklenmiştir. Modelin başa çıkma değerlendirmesi bölümü de genişletilmiştir. Revize edilen teori, algılanan öz-yeterliği modele dahil ederek Bandura'nın 1977 ve 1991 yıllarında yayınlanan çalışmalarındaki Sosyal Öğrenme Teorisinin önemini de kabul etmiştir (Milne vd., 2000: 108).

KMT daha da geliştirilerek 30.000'den fazla çalışmada test edildiğinden, korunma motivasyonuna yol açan bilişsel aracılık sürecine ilişkin daha derin bir anlayış oluşmaya

başlamıştır (Floyd vd., 2000). Bu çalışmalar ayrıca tehdit değerlendirme (threat appraisal) ve başa çıkma değerlendirme (coping appraisal) süreçlerini içeren ve bireylerin karar vermedeki bilişsel sürecini etkileyen çeşitli yapıları ve durumları araştırmıştır. Tehdit değerlendirme sürecinin anlaşılmasındaki ilerlemeler, tehdidin ciddiyetinin ve tehdede olan yatkınlığın değerlendirilmesiyle tetiklenen korkunun (fear) eklenmesini de içeriyordu. Korku, tehdede verilen duygusal bir cevaptır ve bilişsel bir cevaptan (örneğin, mantığa dayalı) ziyade duyguya dayalı bir cevabı tetikler. Tehditler düşük ciddiyetten yüksek ciddiyete ve düşük yatkınlıktan yüksek yatkınlığa kadar değişebilir (Maddux ve Rogers, 1983). Başa çıkma değerlendirme sürecinde, algılanan cevap etkinliğine olan inanç ve cevabı oluşturmada algılanan öz-yeterlik, korunma motivasyonunu artırırken, algılanan cevap maliyeti (örneğin, korunma davranışını hayata geçirmenin ne kadar zor olduğu düşüncesi) korunma motivasyonunu azaltır. Tehdit değerlendirme başa çıkma değerlendirme sürecinden daha güçlüyse, bireyler genellikle eylemde bulunmamayı veya tehdidi görmezden gelmeyi içeren uyumsuz cevaplar (maladaptive responses) verir. Başa çıkma değerlendirmesinin tehdit değerlendirmesinden daha güçlü olması durumunda, uyumlu cevaplar (adaptive responses) benimsenmiş demektir. Cevapları oluşturmada algılanan öz-yeterlik unsurları ve cevap etkinliğine olan inanç, sıklıkla korunma motivasyonunu geliştirmenin anahtarı olarak gösterilmektedir (Floyd vd., 2000; Witte ve Allen, 2000).

Korku mesajlarının yaygın kullanımına rağmen, sıklıkla tutarsız cevaplar verilmektedir. Çoğu zaman bir mesaj, koruyucu eyleme geçme kararının alınmasından oldukça uzak bir zamanda verilir. Bu zaman farkı (gap), mesaja verilen önceki bilişsel tepkinin hafızasını etkileyecektir. Tutarsız cevaplara neden olan diğer bir sorun, bir mesajın yüksek düzeyde korku yaratması durumunda, yanlışlıkla inkâr, savunmacı kaçınma veya tepki verme ve uyumsuz cevap vermeyi tetikleyebilmesidir. KMT için önerilen bazı uzantılar, teorisinin açıklayıcı değerinin artmasına yardımcı olmaktadır. Bu uzantılar, bir mesajın yoğun bir korkuya neden olup olmadığını, daha sonra bireylerin uyumsuz cevap yoluyla bu yoğun korkuyu görmezden gelmeye çalışıp çalışmayacağını inceleyen genişletilmiş paralel işleme modelini (Extended Parallel Processing Model- EPPM) içerir. Öte yandan tehdidin daha bilişsel bir işleme süreci varsa, cevap etkinliğine ve öz-yeterliğe daha yüksek bir

inanç yoluyla, algılanan tehlikeyi (perceived danger) kontrol eden uyumlu bir cevap da vardır (Floyd vd., 2000; Witte ve Allen, 2000).

Korku mesajlarının işe yaramadığını öne süren birçok eleştiri mevcuttur. Aslında KMT, sadece korkuyu tetiklemenin koruyucu davranışların tersine bireylerin uyumsuz cevaplarına da yol açtığını göstermektedir. KMT, tutum veya davranış değişikliğini teşvik etmeye, mesajlarda etkili ve uygulanabilir çözümler sunma ihtiyacını anlamamıza yardımcı olur. KMT geniş çapta araştırılmış bir teori olsa da hâlâ daha fazla incelemeye ve spesifikliğe ihtiyaç duyan boyutları vardır. Bu boyutlar şunları içerir: bir mesajın verildiği an ile potansiyel koruyucu eylemin gerçekleştirilmesi ihtiyacı arasındaki zaman farkının etkisi; algılanan öz-yeterlik ile koruyucu eylemi gerçekleştirme becerisi arasındaki farkın etkisi; alışkanlıkların veya rutin faaliyetlerin etkisi; ve alana özgü diğer belirli konular (Shillair, 2020: 2).

2.2.1. Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Yapısı ve Değişkenleri

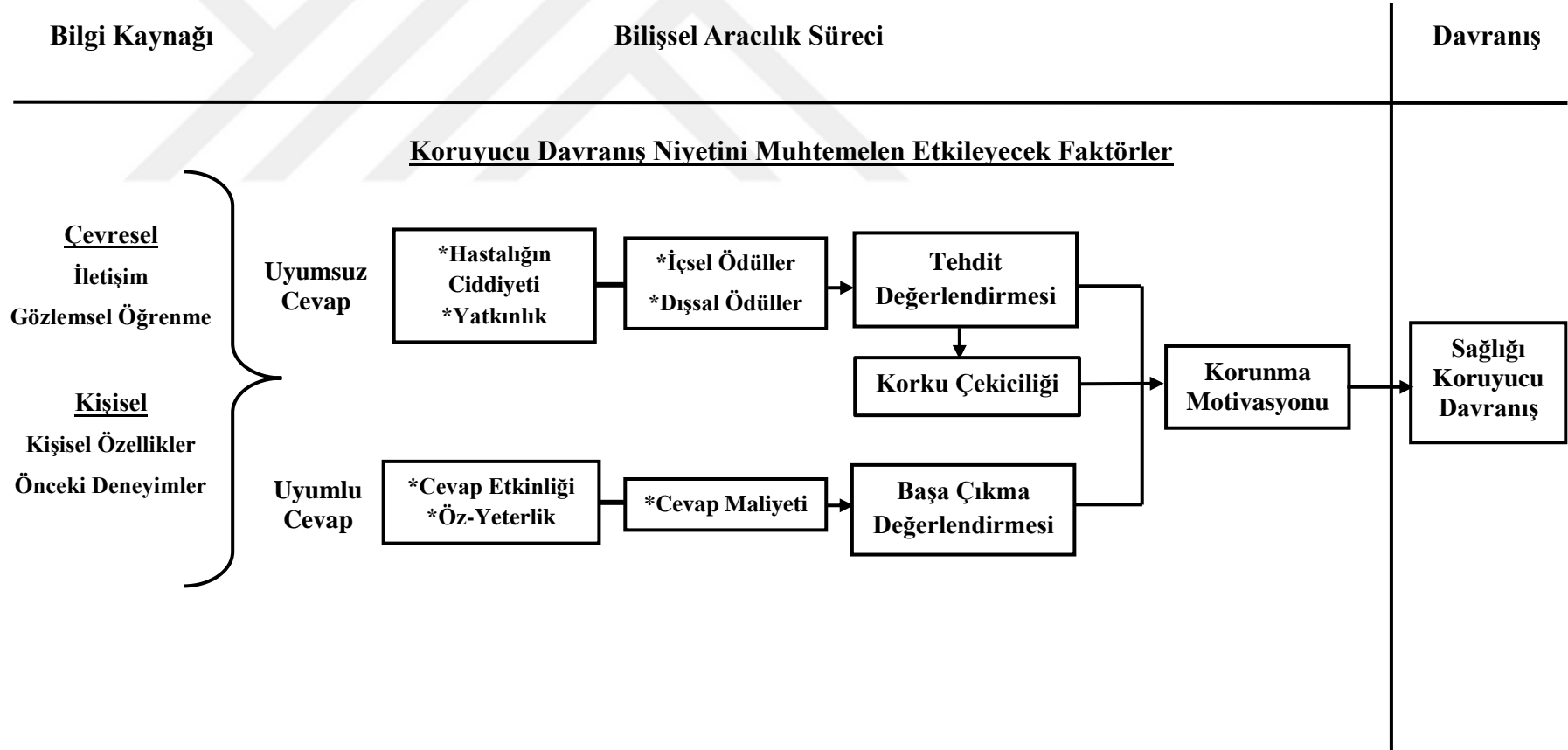
KMT'nin yapısı, belirli bir eylem gerçekleştirilirse çaba karşılığında beklenen bir değer bireye geri döneceğini söyleyen ve Vroom (1964) tarafından geliştirilen Beklenti-Değer Teorisinden (Expectancy-Value Theory) etkilenmiştir (Rogers, 1975: 93-97). Bu temel sosyal bilişsel davranış modelinin yanı sıra, KMT'nin yapısında etkili olan Leventhal (1970) tarafından geliştirilen Paralel Süreç Modeli (Parallel Process Model) ve Hovland ve diğerleri (1953) tarafından geliştirilen Dürtü Kuramı (Drive Theory) gibi modeller de bulunmaktadır. Beklenti-Değer Teorisinde, belirli bir davranışı benimseme eğilimi, davranışın sonuçlarına ve bu sonuçların değerine ilişkin beklentilerin bir fonksiyonu olarak ifade edilmektedir. Beklenti-Değer Teorisi, bir korku çekiciliği sürecinde üç ana uyaran değişken olduğunu ileri sürmüştür: (a) Belirli bir olayın zararının büyüklüğü, (b) herhangi bir koruyucu davranışın benimsenmemesi veya mevcut davranışın değiştirilmemesi durumunda belirtilen bir olayın meydana gelme olasılığı, (c) zararlı uyaranı azaltmak veya ortadan kaldırmak için bir başa çıkma değerlendirmesinin mevcudiyeti ve etkililiği (Rogers, 1975: 93). Bu üç bileşen Rogers tarafından KMT'nin orijinal versiyonunun temeli olarak benimsenmiştir. Bu bileşenlerin her birinin bilişsel bir aracılık süreci oluşturduğunu ileri sürmüştür. Zararın büyüklüğü algılanan ciddiyeti

başlatır; gerçekleşme olasılığı algılanan yatkınlığı başlatır; ve önerilen cevap etkinliği, algılanan cevap etkinliğini başlatır. Bu bilişsel aracılık süreçleri, “tehdit değerlendirme (threat appraisal)” ve “başa çıkma değerlendirme (coping appraisal)” olmak üzere iki ana süreç meydana getirmektedir (Milne vd., 2000: 108). KMT, davranışsal değişikliğin belirleyicilerinin bu iki süreç ile açıklandığını öne süren bir sosyal bilişsel teori olarak bilinir (Plotnikoff vd., 2009: 1120). Şekil 4’te, Rogers’ın 1983 yılında yayınlanan çalışmasında sunulmuş olan KMT modelinin bilişsel aracılık süreci çerçevesi gösterilmiştir.

KMT teorisinde, “tehdit değerlendirme” bileşeni üç alt bileşenden oluşmaktadır:

- ✓ Sağlık tehdidinin algılanan ciddiyeti (perceived severity)
- ✓ Bireyin sağlık tehdidine karşı algılanan yatkınlığı (perceived vulnerability-susceptibility)
- ✓ İçsel ve dışsal ödüller (intrinsic and extrinsic rewards).

Tehdit değerlendirme, bir bireyin ne kadar tehdit altında hissettiğine ilişkin algısıyla ve korku çekiciliği süreci ile ilgilidir. Algılanan ciddiyet, bireyin tehdidin kendi hayatı için ne kadar ciddi olacağına inandığını değerlendirir. Bu, "osteoporoz çok ciddi bir hastalıktır" gibi maddelerle ölçülür (Wurtele, 1988: 630). Tehdide karşı algılanan yatkınlık, bireyin ilgili tehdide karşı kişisel olarak ne kadar duyarlı ve yakalanma olasılığının yüksek olduğuna inanmasıdır. Tipik olarak, "geçmiş ve şimdiki davranışınız da dahil olmak üzere, AIDS'e neden olabilecek tüm farklı değişkenleri göz önünde bulundurarak, AIDS'e yakalanma olasılığınız nedir?" gibi maddelerle ölçülür. Uyumsuz içsel ve dışsal ödüller, korku çekiciliğinin aksine, kendini korumama davranışının genel ödülleri (Boss vd., 2015). İçsel ödüller, bireyin davranışı gerçekleştirdiğinde algıladığı fiziksel ve psikolojik faydaları değerlendirir. Dışsal ödüller ise, bireyin algıladığı sosyal faydaları değerlendirir (Xiao vd., 2014: 5). Ergenlerin uyuşturucu ticareti ve uyuşturucu kullanımına karşı korunma motivasyonlarını değerlendirmek için Wu ve diğerleri (2005)



Şekil 4. Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Bilişsel Aracılık Süreci [Milne vd. (2000: 111) çalışmasında, Rogers'ın (1983: 168) KMT modeli temel alınarak uyarlanmıştır.]

yaptıkları çalışmada, içsel ödülleri “uyuşturucu alışverişi yaparken kendimi iyi hissediyorum”; dışsal ödülleri “apartmanımda uyuşturucu satan ya da kullanan insanları sık sık görüyorum” gibi maddelerle değerlendirmiştir.

Korku (fear) ya da korku çekiciliği (fear arousal), tehlikenin farkında olunmasından ve tanınmasından kaynaklanan, endişe, korku, rahatsızlık veya genel olumsuz ruh halinin herhangi bir kombinasyonu olan bir tepki şeklinde duygusal, bilişsel ve fiziksel olarak kendini gösterir (Boss vd., 2015). Tehdidin birey için ne kadar korku uyandırdığını değerlendirir ve “meme kanseri düşüncesi beni endişelendiriyor” (Hodgkins ve Orbell, 1998: 241) gibi maddelerle ölçülür. Korku çekiciliği, algılanan tehdit (tehdidin algılanan ciddiyeti ve tehdiye karşı algılanan yatkınlık) ile korunma motivasyonu arasındaki yolda aracı değişken rolünü üstlenir; bir kişi bir tehdiye karşı ne kadar yatkın olduğunu hissederse ve tehdidin ne kadar ciddi olduğuna inanırsa, bu bireyde o kadar çok korku uyandıracak ve değerlendirilen tehdit o kadar büyük olacaktır (Rogers ve Prentice-Dunn, 1997). Tehdit değerlendirmesi sonucu algılanan tehdit ne kadar büyükse, bireyin kendisini korumak için motive olma olasılığı da o kadar yüksektir. Yani, bireyde koruyucu bir davranışı benimsemeye yönelik davranışsal bir niyet oluşması daha olası hale gelir (Milne vd., 2000: 108-109).

KMT modelinin “başa çıkma değerlendirmesi” bileşeni ise şu alt bileşenlerden oluşur:

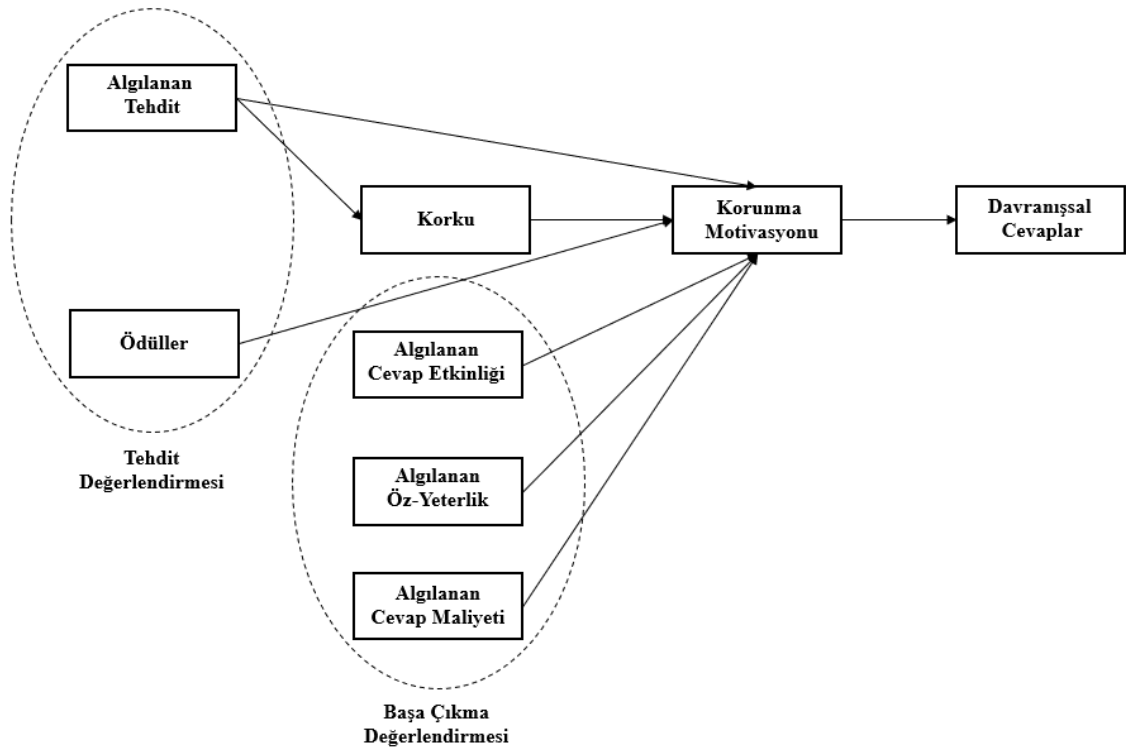
- ✓ Cevap etkinliği (response efficacy)
- ✓ Öz-yeterlik (self-efficacy)
- ✓ Cevap maliyeti (response cost)

Başa çıkma değerlendirmesi, kişinin öz-yeterliliğini, cevap etkinliğini ve uyarlanabilir davranışı (adaptive behaviour) gerçekleştirmenin maliyetlerini değerlendirme sürecidir (Floyd vd., 2000: 421). Başka bir deyişle, önerilen davranışa uymak için önerilen eylemi gerçekleştirmenin maliyetini kabul etmektir (Rogers ve Prentice-Dunn, 1997). Cevap

etkinliği, bireyin uyumlu cevaplarının iŖe yarayacağına, koruyucu eylemde bulunmasının kendini veya baŖkalarını korumada etkili olacağına, korunma davranıŖlarını gerekleŖtirmesi ile bir tehdidi ortadan kaldıracabileceğine dair inanca sahip olmasıdır (Floyd vd., 2000). Cevap etkinliği, “sigarayı bırakırsam daha uzun bir yaŖam surdrme Ŗansımı büyük ölçüde artırırm” gibi maddelerle ölçülür (Maddux ve Rogers, 1983: 473). z-yeterlik, kiŖinin önerilen bir korunma planını uyumlu cevaplar ile baŖarılı bir Ŗekilde gerekleŖtirme konusundaki yeteneğine ve gerekleŖtirme becerisine inancıdır. z-yeterliğin tipik bir ölçüsüne örnek olarak “düzenli bir egzersiz programına bağlı kalmak benim için hiç zor olmayacaktır” maddesi verilebilir (Wurtele ve Maddux, 1987: 457). Cevap maliyetleri, sağlıklı kalma yolunda uyumlu baŖa çıkma cevaplarını vererek sergilenen davranıŖların fırsat maliyetine (rneğin, parasal, kiŖisel, zaman, çaba) dair bireysel grŖler olup Rogers (1983) tarafından baŖa çıkma değerlendirmesinin ana belirleyicisi olarak tanımlamıŖtır (Floyd vd., 2000: 409). Cevap maliyetinin ölçüsüne örnek olarak "meme muayenesi sırasında kendimi tuhaf ve utanmıŖ hissederim" maddesi verilebilir (Hodgkins ve Orbell, 1998: 241).

Modele göre, tehdit değerlendirmesi, korku çekiciliği ve baŖa çıkma değerlendirmesi bireylerde korunma motivasyonunu; bu da davranıŖsal cevapları (behavioral responses), baŖka bir deyiŖle sağlığı koruyucu davranıŖsal niyeti ya da uyumlu cevapları meydana getirmektedir. DavranıŖsal cevaplar, genellikle tehdide karŖı koruma sağlayan bir davranıŖın seçilmesi ile sonuçlanmaktadır (Boss vd., 2015). Ancak, nadiren de olsa korunma motivasyonunu ortaya çıkaran tehdit ve baŖa çıkma değerlendirme süreçleri, inkâr veya kaçınma gibi uyumsuz baŖa çıkma davranıŖları ile de sonuçlanabilmektedir (Hodgkins ve Orbell, 1998: 238).

Ŗekil 5’te KMT modelinin Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) tarafından revize edilmiŖ ve bu alıŖmada araŖtırma modelinin oluŖturulmasında temel model olarak alınmıŖ versiyonu görülmektedir. AraŖtırmanın temel modeli olan bu KMT modeli, tehdit ve baŖa çıkma değerlendirmesi süreçlerinden, korku aracı (mediatör) deđerŖkeninden, korunma motivasyonu ve davranıŖsal cevaplar deđerŖkeninden meydana gelmektedir.



Şekil 5. Korunma Motivasyonu Teorisi Temel Modeli (Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers, 2000)

Şekil 5'teki temel modelde yer alan korku, algılanan tehdit ile korunma motivasyonu arasında aracı değişken rolü üstlenmiştir. Bu nedenle algılanan tehdit korunma motivasyonunu hem doğrudan, hem de korkunun değerlendirilmesi aracılığıyla dolaylı olarak etkilemektedir (Floyd vd., 2000).

2.3. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ KAPSAMINDA YAPILMIŞ BAZI ÇALIŞMALAR

Başlangıçta sağlıkla ilgili koruyucu davranışları tahmin etmek için geliştirilen KMT, temel değişkenler ile davranışsal niyetler arasındaki korelasyonel ilişkileri tahmin etmede faydalı bir model sunar (Weinstein, 1993). KMT, çoğunlukla sağlıkla ilgili bir dizi tehdide ilişkin bireylerin davranışsal niyetlerini anlamak ve tahmin etmek için uygulanmıştır. İran, Çin ve Afrika başta olmak üzere birçok ülkede bulaşıcı ve kronik hastalıklar vb. sağlık problemlerine ve tehditlere karşı insanların nasıl davranışlar

sergilediğini ortaya koymak ve bu davranışsal profillerine göre eğitimler vermek, halkı bilinçlendirmek için çalışmalar hazırlamak, kamu spotları ve sağlık politikaları geliştirmek gibi amaçlarla kullanılmıştır (Yıldız ve Kaya, 2022: 46-47).

Teori zamanla yalnızca sağlık alanındaki konularla ilgili olmaktan çıkmış, kapsamı zamanla genişlemiş ve farklı tehditlere yönelik uygulamalara da uyarlanmaya başlamıştır. Örneğin, çevre kirliliğini (hava kirliliğini, iklim değişikliğini) önleme (Chen, 2020) ve su tasarrufunu sağlama (Liu vd., 2018) davranışlarını inceleme, siber saldırılardan korunma davranışlarını inceleme (Mwagwabi, 2015; Kim vd., 2016; Van Bavel vd., 2019), depreme karşı hazırlıklı olma (Mulilis ve Lippa, 1990) gibi araştırmalarda da kullanılan bir teori haline gelmiştir. Bu teori kapsamında HIV (Boer vd., 2005), şistozomiyaz (Xiao vd., 2014), cilt kanseri (Baghianimoghadam vd., 2016; Ghaffari vd., 2019), servikal kanser (Li vd., 2019), pediatrik ve yetişkin kronik hastalıkları (Plotnikoff ve Higginbotham, 1998; Chamroonsawasdi vd., 2017; Morowatisharifabad vd., 2018; Brooks vd., 2020; Chamroonsawasdi vd., 2021), meme kanseri (Bashirian vd., 2019; Zhang vd., 2021; Estebsari vd., 2023), grip (Watkins vd., 2007; Sharifirad vd., 2014; Ling vd. 2019) vb. hastalıklardan korunma; uyuşturucu (Wu vd., 2005; Wu vd., 2014) ve tütün kullanımı (MacDonell vd., 2013; Mazloomy Mahmoodabad vd., 2018), cinsel sağlığı koruma (Havaei vd., 2019; Huang vd., 2021) ve annelerin emzirme davranışları (Esquibel, 2013) gibi sağlıkla ilgili çok çeşitli davranışlar üzerinde çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, KMT'nin simüle edilmiş bir küresel salgında bireylerin sosyal ilişkilerini azaltma (sosyal mesafeyi koruma) eğilimini anlamak için yararlı bir çerçeve olup olmadığı (Williams vd., 2015) araştırılmıştır.

KMT, ikna edici iletişimi tasarlamak için bir çerçeve olarak deneysel araştırmalarda oldukça faydalı sonuçlar sunmuştur (Prentice-Dunn ve Rogers, 1986). Buna bağlı olarak, bahsedilen KMT çalışmaları davranışları tahmin etmek için çoğunlukla deneysel veya korelasyonel yaklaşımı benimsemiştir (Norman vd., 2005). Deneysel çalışmalar genellikle temel KMT değişkenlerini manipüle etmek için korku çekiciliğinin kullanımını, davranış değişikliğini kolaylaştırmak için etkililiğinin incelenmesini ve ayrıca deneysel verileri kullanarak korelasyonel ilişkilerin test edilmesini içermektedir. Korelasyon çalışmaları ise, orijinal KMT modeli veya KMT modelinin genişletilmiş bir

versiyonunda anket verilerini kullanarak korelasyonel ilişkilerin test edilmesini içermektedir. KMT her ne kadar çoğunlukla kesitsel araştırmalarda kullanılmakta olup gelecekteki davranışları tahmin etmeyi sağlamasa da (Milne vd., 2000), bazı boylamsal çalışmalar (Örneğin, de Nooijer vd., 2004; Milne vd., 2002; Norman vd., 2005; Oenema vd., 2005; Wurtele ve Maddux, 1987) davranışsal niyetleri ve davranışları başarılı bir şekilde tahmin etmeyi başarmıştır.

2.4. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ VE COVID-19 PANDEMİSİ İLİŞKİSİ

Pandemiler, çok eski tarihlerden günümüze kadar dünya nüfusunun karşı karşıya olduğu büyük sağlık riskleri olmuştur. Pandemi süreçlerinde, salgınların önlenmesinde farmasötik olmayan müdahaleler (örneğin; ellerin düzenli olarak yıkanması, maske takmak, sosyal mesafeyi korumak, dezenfektan kullanmak vb.) ve devletlerin koruyucu davranışları topluma benimsetmek için halk sağlığı iletişiminde bulunması oldukça önemlidir (Williams vd., 2015: 1). Bir pandeminin erken evrelerinde, hastalığa ilişkin risklerin ve koruyucu davranışların topluma etkili bir şekilde aktarılması, morbidite ve mortaliteyi azaltmayı sağlayacak temel ve en önemli halk sağlığı stratejilerinden biridir (Lin vd., 2014: 484; Lunn vd., 2020). KMT de hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla benzer halk sağlığı iletişimlerinde kullanılan teorilerinden biridir (Bish vd., 2011: 6473; Bish ve Michie, 2010: 816).

KMT, bireylerin potansiyel bir tehdide karşı değerlendirme yaparak verdikleri davranışsal cevapları etkileyen tetikleyicileri (triggers) anlamak için kullanılan sosyal bilişsel bir modeldir (Shillair, 2020: 1). Rogers tarafından 1975 yılında tanıtıldığından beri yoğunlukla sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesi ve sağlık davranışlarına müdahale edilebilmesi için çerçeve bir model olarak yaygın şekilde benimsenmiştir. KMT gibi modellerin niceliksel olarak incelenmesi, pandemi veya salgın hastalıklarda ele alınacak sağlık müdahalelerinden hangilerinin faydalı olacağını belirlemek ve bireylerin hastalıklara karşı geliştirdikleri davranışları anlamak için önemlidir. KMT, bireylerin özellikle hastalıklara karşı korunma davranışlarını tahmin etmek ve anlamak için birçok çalışmada kullanılmıştır (Milne vd., 2000: 106).

Bireyin kendini herhangi bir tehlikeden korumak için sahip olduğu motivasyonun tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi olarak tanımlanan iki süreç tarafından belirlendiğini ifade eden KMT temel alınarak yapılan çalışmalarda, modelin boyutlarının (bireylerin hastalığa ilişkin algıladıkları tehdidin -ciddiyet ve yatkınlığın-, cevap etkinliğinin ve öz-yeterliğinin) grip salgınından korunma davranışlarının birer belirleyicisi olduğu görülmüştür (Bish vd., 2011: 6472; Timpka vd., 2014: 6). Ayrıca, KMT modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada, bireylerin bulaşıcı hastalıktan korunmada sosyal mesafe davranış niyetlerinin modelin üç bileşeni (korku, cevap etkinliği ve öz-yeterlik) ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Williams vd., 2015: 5). Bu gibi bulgular ile herhangi bir bulaşıcı hastalık meydana geldiğinde bireylerin tepkilerine yön veren psikolojik faktörler daha iyi anlaşılacak ve salgın sırasında gerçekleştirilmesi gereken müdahalelere daha doğru bir şekilde karar verilebilecektir.

Bu modellerin, halkın sağlıkla ilgili davranışlarının öngörülmesinde ve anlaşılmasında önemli katkısı bulunmaktadır. Bu sayede, halkı eğitmede hangi değişkenlerin etkili olduğu belirlenebilecek, sağlık davranışlarına yön verecek faktörler ortaya koyulmuş olacaktır (Milne vd., 2000: 107). Halkın COVID-19 pandemisinden korunma davranışını belirleyen psikolojik faktörlerin ortaya çıkarılması, devlet müdahalelerine ve insanları korunma davranışlarına teşvik etmek için gerçekleştirilecek halk sağlığı politikalarına katkıda bulunabilir. Bu tür halk sağlığı politikaları pandemi döneminde, özellikle henüz hastalığa karşı herhangi bir aşılamanın mevcut olmadığı zamanlarda büyük öneme sahiptir.

KMT gibi bilişsel modeller, bulaşıcı hastalıklar meydana geldiğinde uygulanabilmektedir. Her ne kadar bu dönemlerde bireylerin söz konusu hastalıklara karşı korunma davranışlarını araştırmak ve veri toplamak zor olsa da, toplumun ilgili hastalığa ilişkin en doğru ve gerçekçi tepkilerini ortaya koyacaktır. Ancak, henüz var olmayan veya mevcut salgın hastalıklar sırasında bireylerin korunma davranışlarını bu tip modellerle araştırırken “senaryo tabanlı bilgisayar oyunları” kullanılabilir. Bu oyunlar, insanların olası salgınlara nasıl tepki verdiğini ölçmenin yararlı bir yolunu temsil etmektedir (Balicer, 2007: 261; Chen vd., 2013: 1). Bu tip simülasyon çalışmalarıyla, hastalık riski söz konusu olduğunda bireylerin sosyal mesafeyi koruma ve kendini izole

etme davranışlarının temelindeki psikolojik faktörler araştırılabilmektedir (Williams vd., 2015: 2).

COVID-19 pandemisi sırasında epidemiyologlar, hastalığın seyrini tahmin etmek için modeller tasarlamış ve çeşitli senaryolar geliştirmişlerdir (Kamran ve Naeim, 2020). Bu senaryolara göre, ülkeler COVID-19'u kontrol etmek için farklı politikalar seçmiştir. Ancak, Bodas ve Peleg (2020) çalışmasında olduğu gibi çoğu çalışmada hastalığa karşı önlemlere tam uyum olduğu varsayılmış, halkın korunma davranışlarına yön veren faktörler herhangi bir hesaplama dahil edilmemiştir. COVID-19'un asemptomatik olan doğası, enfekte olan kişilerin daima etkili veya yeterli bir şekilde tespit ve izole edilememesi, virüsün sürekli ve hızlı değişimi, korunma tavsiyelerine yeterince uyulmaması ve ciddi kısıtlamalara rağmen pandeminin tüm dünyada uzun süre etkisini sürdürdüğü dikkate alındığında, halkın korunma davranışlarının KMT gibi bilişsel modellerle değerlendirilmesinin ve bu değerlendirmeler ışığında kamusal müdahale programlarının gerçekleştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (Kamran ve Naeim, 2020).

Teasdale ve diğerleri (2012) halkın grip salgını sırasında sosyal mesafe ve izolasyon davranışlarını KMT modelini kullanarak inceledikleri çalışmalarında, öz-yeterliğin salgından korunma davranışlarının en güçlü belirleyicisi olduğunu; bireylerin bu gibi korunma davranışlarını sergileme niyetlerini tahmin etmek için KMT modelinin yararlı bir bilişsel model olduğunu ortaya koymuşlardır (Teasdale vd., 2012: 45). Bu gibi araştırmaların sonuçları, halk sağlığı eğitimleri, kamu spotları vb. ile bireylerin salgın hastalığa karşı öz-yeterliğini, korunma davranışlarını ve motivasyonunu artırıcı çalışmaların gerçekleştirilmesi için yetkili kamu organlarına öneriler sunmaktadır (Williams vd., 2015: 2).

2.5. KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİNİ COVID-19 PANDEMİSİ BAĞLAMINDA UYGULAYAN ÇALIŞMALAR

Tüm dünyada büyük bir tehdit oluşturan COVID-19 pandemisinin yarattığı stres ve korku altında bireylerin bu hastalığa karşı tutumlarını ve eylemlerini açıklamak için çeşitli

araştırmalarda KMT teorisi uygulanmıştır. Bu çalışmalar, bireylerin yeni koronavirüse karşı sağlıklarını koruyucu davranış sergileyip sergilemediklerini, korunma davranışlarını sergilerken hangi bilişsel süreçten (tehdit değerlendirme, başa çıkma değerlendirme) beslendiklerini ve bireysel özelliklerine göre bu davranışlarda herhangi bir farklılık olup olmadığını ortaya koymaktadır.

Khazae-Pool ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada, insanların COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri ölçmek için KMT'ye dayanan kapsamlı bir soru havuzu oluşturmuş, ardından bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizlerini gerçekleştirmişlerdir. Söz konusu ölçek (1) algılanan tehdit, (2) korku, (3) algılanan cevap maliyeti, (4) ödüller, (5) algılanan cevap etkinliği, (6) korunma motivasyonu, (7) algılanan öz-yeterlik, (8) davranışsal cevaplar olmak üzere 8 boyuttan oluşturulmuştur. İran'ın Mazenderan şehrinde 720 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmada, ölçeğin mükemmel psikometrik özelliklere sahip olduğu; İran halkının COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek için KMT modeline dayanarak oluşturulan söz konusu ölçeğin uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İran'ın Hamadan şehrinde 761 hastane çalışanı üzerinde yapılan başka bir araştırmada (Bashirian vd., 2020), hastane çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarının neredeyse arzulanan bir seviyede olduğu değerlendirilmiştir. Davranışsal niyet ile KMT modelinin diğer boyutları olan algılanan yatkınlık, ciddiyet, cevap etkinliği, öz-yeterlik ve cevap maliyeti arasında pozitif ve anlamlı korelasyonların olduğu bulunmuştur. Tehdit değerlendirme ve başa çıkma değerlendirmesinin, hastane çalışanlarının önleyici davranışları gerçekleştirmede korunma motivasyonlarının belirleyicileri olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışma sonucunda, personele ilişkin eğitim programlarının tasarlanmasında personelin öz-yeterliğinin ve koruyucu davranışlarının etkililiğine ilişkin bilgilerinin dikkate alınması tavsiye edilmiştir.

Farooq ve diğerleri (2020), 225 Finlandiyalı katılımcı ile yaptıkları çalışmada, bireylerin kendilerini izole etme niyetlerini etkileyebilecek psikolojik faktörleri, algılarını ve davranışlarını araştırmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında internet ve sosyal medyadan elde edilen bilgilerin bireylerin evde kalma niyetine etkisinin KMT çerçevesi kullanılarak

araştırıldığı bu çalışma, COVID-19'a ilişkin algılanan ciddiyetin ve bireylerin öz-yeterliğinin kendilerini izole etme niyetleri üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, COVID-19 sırasında sosyal medyanın sık kullanımının bireylerde aşırı bilgi yüklenmesine ve aşırı endişeye neden olduğunu ortaya koymuştur. Bireylerin kendilerini izole etme gibi koruyucu tedbirleri benimseme motivasyonunu artırmak için yapılacak uygulamalara ve bireylerin algılanan cevap maliyetlerini düşürmenin yanında onları hastalığın ciddiyeti hakkında bilgilendirmeye odaklanılması gerektiğini belirtmiştir.

Prasetyo ve diğerleri (2020), Filipinler'in Luzon şehrinde karantina sırasında halkın COVID-19'u önleyici davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek için KMT ve genişletilmiş Planlı Davranış Teorisi (PDT) ile entegre bir model oluşturmuştur. 2020 küresel salgını sırasında COVID-19'dan korunma önlemlerine ilişkin algılanan etkililiği etkileyen faktörleri analiz eden ilk çalışmalardan olan ve 649 Filipinli'nin katıldığı bu araştırma, COVID-19'un anlaşılmasının, algılanan yatkınlık ve hastalığın algılanan ciddiyeti üzerinde doğrudan etkileri olduğunu göstermiştir. Ayrıca, algılanan yatkınlık ve hastalığın ciddiyetinin korunma niyeti üzerinde önemli etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dikkat çekici bir şekilde, COVID-19'un anlaşılmasının, algılanan cevap etkinliği üzerinde önemli bir dolaylı etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Al-Rasheed (2020) Kuveyt'te yaşamakta olan 679 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada, COVID-19'dan korunma niyetini ortaya koymak için KMT'nin yedi yapısı (ciddiyet, yatkınlık, içsel ve dışsal ödüller, cevap etkinliği, öz-yeterlik ve cevap maliyeti), hükümete güven ve Kuveyt'teki genel nüfusun sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Katılımcıların çevrimiçi anketi tamamlamasıyla gerçekleştirilen çalışma sonucunda, hükümete güven puanlarının ve hastalığın ciddiyeti, hastalığa yatkınlık, cevap etkinliği ve öz-yeterlik boyutlarının koruyucu davranış niyetiyle pozitif yönde ilişkili olduğu; içsel ve dışsal ödül ve cevap maliyeti boyutlarının ise koruyucu davranış niyetiyle negatif yönde ilişkili olduğu; cinsiyet, yaş ve çalışma grubuna göre koruyucu davranış niyeti puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

COVID-19 pandemisi sırasında Japonya’da yaşayan bireylerin evde kalma davranışını tahmin eden psikolojik faktörleri incelemeyi amaçlayan bir çalışmada (Okuhara vd., 2020), toplam 1.980 katılımcıya Mayıs 2020’de çevrimiçi bir anket uygulamıştır. Evde kalma davranışı, KMT’nin hastalığın algılanan ciddiyeti, algılanan yatkınlık, cevap etkinliği ve öz-yeterlik boyutları ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar, algılanan ciddiyetin ve öz-yeterliğin evde kalma davranışını anlamlı bir şekilde etkilediğini, başka bir deyişle, salgın sırasında insanları evde kalmaya teşvik etmenin, COVID-19 hastalığının algılanan ciddiyetini ve bireylerin hastalıktan korunmaya ilişkin öz-yeterliğini artıracığı, böylece insanların korunma motivasyonunun da beraberinde artacağı sonucuna ulaşılmıştır. Dikkat çekici bir şekilde algılanan yatkınlığın ve cevap etkinliğinin ise evde kalma davranışını anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmüştür.

Kim ve Crimmins (2020), ABD’li yetişkinlerin yaş gruplarına (genç yetişkin: 18-34 yaş, yaşlı yetişkin: 65+ yaş) göre tehdit ve başa çıkma mekanizmaları ile korunma davranışları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada, KMT yapıları olarak algılanan ciddiyet ve yatkınlık, cevap etkinliği ve öz-yeterlik ele alınmıştır. Yapılan bu çalışmada koruyucu davranışlara yönelmede genç yetişkinler için başa çıkma değerlendirmesi, yaşlı yetişkinler için ise tehdit değerlendirmesi bilişsel süreci etkili olmuştur. Yani, koruyucu davranışlar sergilerken, genç yetişkinler COVID-19’a verdikleri cevabın etkinliği ve öz-yeterlik ile motive olurken, yaşlı yetişkinler yaşadıkları eyaletteki salgının algılanan ciddiyeti ve hastalığa daha yatkın olmaları ile motive olmaktadır. Yazarlar, bu çalışmanın sonucu olarak, genç ve yaşlı yetişkinleri COVID-19’dan koruyucu davranışları benimsemeye motive etmek için farklı stratejiler gerektiğini vurgulamıştır.

İran’ın Qom şehrinde gerçekleştirilen ve kalabalık kamu kurumlarında çalışanların COVID-19’a karşı koruyucu davranışlarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada (Azadeh vd., 2020), KMT’nin 7 yapısı (algılanan yatkınlık, algılanan ciddiyet, korku, öz-yeterlik, cevap etkinliği, cevap maliyeti ve korunma motivasyonu) ile yapısal eşitlik modellemesi analizi yapılmıştır. Katılımcı kamu çalışanlarının yarısından fazlasının ortalamasının üzerinde koruyucu davranışlar sergilediği görülmüş; başa çıkma değerlendirmesi ile korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. KMT'ye dayalı beklentilerin aksine, tehdit değerlendirmesinin (yatkınlık,

ciddiyet ve korku) hiçbir boyutunun COVID-19'dan korunma motivasyonu ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Ancak, korunma motivasyonu koruyucu davranışların anlamlı bir tahmin edicisi olarak bulunmuştur. Kamu kurumlarında korunma davranışların benimsenmesini sağlamak için KMT'nin eğitim programlarının formüle edilmesinde kullanılması önerilmiştir.

Kowalski ve Black (2021), çalışmalarında COVID-19 hastalığına karşı koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirme istekliliğinde demografik ve psikolojik faktörler ile KMT bileşenlerinin rolünü incelemiştir. Kartopu örnekleme yöntemi kullanılan çalışmada, 1. Dalga'da (Mart 2020) 424 katılımcıya anket uygulanmıştır. Bu katılımcılardan 113'üne, 2. Dalga'da (Mayıs 2020), vakalarının görülme sıklığı arttıkça katılımcılar arasında önerilen davranışlara uyumunda herhangi bir değişiklik meydana gelip gelmediğini tespit edebilmek için aynı anket tekrar uygulanmıştır. SARS üzerine yapılan araştırmalarla tutarlı olarak, bu araştırmada kadınların ve daha yaşlı bireylerin, erkekler ve genç bireylere göre daha fazla koruyucu sağlık davranışı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. KMT'nin bileşenleri, korunma davranışlarındaki varyansın 1. Dalga'da %12'sini ve 2. Dalga'da %16'sını açıklamıştır. Algılanan ciddiyet ve cevap etkinliği arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda, hastalığın ciddiyetine ve sağlık davranışlarının virüsün yayılmasını azaltmadaki etkinliğine göre uyarlanmış halk sağlığı iletişimlerinin faydalı olacağı vurgulanmıştır.

Eberhardt ve Ling (2021), halkın COVID-19 aşısı yaptırma niyetlerini KMT, koronavirüs komplo inançları ve demografik faktörleri kullanarak araştırmışlardır. İngiltere'de yaşayan 382 katılımcıya çevrimiçi anket uygulanmasıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, nihai olarak KMT'nin 5 yapısı (ciddiyet, yatkınlık, uyumsuz cevap maliyetleri, öz-yeterlik ve ödülleri), komplo inançları ve demografik değişkenlerden yalnızca yaş COVID-19 aşısı yaptırma niyetlerinin önemli belirleyicileri olarak ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonucunda, COVID-19 aşısının kabul görmesine yönelik müdahalelerin ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kampanyalarının, COVID-19 hastalığına ilişkin algılanan ciddiyeti ve hastalığa ilişkin algılanan yatkınlığı vurgulayan, bireylerin algılanan aşı olma yeteneğini (öz-yeterliğini) artıran, aynı zamanda aşı olmamanın

algılanan içsel ve dışsal ödülleri azaltan stratejiler benimsemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

İran'ın Hormozgan şehrinde 15 yaş ve üzeri 2.032 katılımcı ile 2 ay boyunca yürütülen bir çalışmada (Ezati Rad vd., 2021), KMT teorisine dayanarak halkın COVID-19'a karşı koruyucu davranışlarının tahmin edilmesi amaçlanmıştır. Uyumsuz davranış ödüllerinin ve korkunun, COVID-19'dan korunma motivasyonunun negatif yönlü tahmin edicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma kapsamındaki Hormozgan şehrinde, kültürel yapı (aile ve arkadaş ziyaretleri, el sıkışma, yanak yanağa öpüşme vb. alışkanlıklar) ve sıcak hava koşulları sebebiyle bu hastalığı kontrol altına almanın zor olduğu vurgulanırsa da, araştırmaya katılan bireylerin COVID-19'u önleyici davranış puanları ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Ayrıca, cevap etkinliği ve öz-yeterliğin ise koruyucu davranışların pozitif yönlü tahmin edicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplumdaki korkuyu yönetmek için uygun sağlık mesajları vererek ve sahte haberlerin yayılmasını önleyerek uygun planlamanın yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca başa çıkma davranışlarının artırılmasını sağlamak için uygun psikolojik tekniklerin kullanılarak politikalar üretilmesi tavsiye edilmiştir.

Lin ve diğerleri (2021) Tayvan'da yaptıkları çalışmalarında sağlık çalışanları ile halkın COVID-19 aşısı olma motivasyonundaki farklılıkları genişletilmiş bir KMT modeli ile karşılaştırmayı amaçlamıştır. Çalışmada, KMT'ye dayanan 7 boyuttan (COVID-19 aşısı olma motivasyonu, algılanan ciddiyet, algılanan yatkınlık, öz-yeterlik, cevap etkinliği, cevap maliyeti, COVID-19 aşısının koruyuculuğu hakkında bilgi sahibi olma) oluşan bir ölçek kullanılmıştır. Çalışmaya 768 Tayvanlı Facebook kullanıcısı halk ile pandemide COVID-19 servislerinde çalışan 279 hekim ve hemşire olmak üzere toplam 1.047 birey katılmıştır. Katılımcı hekim ve hemşirelerin %57,71'i kadın ve yaş ortalamaları $37,73 \pm 8,62$ iken; Tayvanlı bireylerin %59,38'i kadın ve yaş ortalamaları $34,74 \pm 9,82$ olarak belirtilmiştir. Çoklu regresyon analizi yapılan çalışmada, ön saflardaki sağlık çalışanlarının COVID-19 aşısı yaptırmaya motivasyonunun halka göre daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Cevap etkinliği ve aşı hakkında bilgi sahibi olma, hem COVID-19 servislerinde çalışan sağlık çalışanlarında hem de halkta COVID-19 aşısı olma motivasyonu ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Algılanan yatkınlık, algılanan şiddet

ve cevap maliyeti halkın aşı olma motivasyonu ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş, ancak COVID-19 servislerinde çalışmış hekim ve hemşirelerde bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Araştırma sonucunda, COVID-19 aşısı yaptırmaya motivasyonu ile ilgili faktörlerin, hem sağlık çalışanları hem de halk için COVID-19 aşısı yaptırmaya motivasyonunu artırmaya yönelik programlar tasarlanırken dikkate alınması gerektiği önerilmiştir.

Hanson ve diğerleri (2021), yeni koronavirus hastalığında sürdürülebilir azaltmayı sağlamak için bireylerin korunma motivasyonunu ve bunu etkileyen ekolojik etki kaynaklarını (aile sağlığı, medya kullanımı ve çalışma saati kaybı) araştırmışlardır. On sekiz yaş ve üzeri 501 ABD’li katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada, Korunma Motivasyonu Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi ile ilgili yapıların yanı sıra, COVID-19 sırasında sosyal mesafe ve sosyal izolasyona yönelik etki ve niyet kaynakları hakkında veriler toplanmıştır. COVID-19 nedeniyle artan medya kullanımı ve çalışma saati kaybı, artan tehdit değerlendirmesinin önemli göstergeleri olarak ortaya çıkmıştır. Ailenin sağlıklı yaşam tarzı ve aile sağlığıyla ilgili faktörler, başa çıkma değerlendirmesindeki ve davranışsal niyetlerdeki artışla önemli derecede ilişkili bulunmuştur. Aile sağlığı, haber medyası tüketimi ve çalışma saati kaybının da COVID-19’den korunma motivasyonu ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur. Ekolojik etki kaynaklarını etkileyebilecek politikalar ve mesajlar yoluyla halkın COVID-19’den korunma motivasyonunun artırılacağı önerilmiştir.

COVID-19 pandemisi sırasında etkili risk yönetiminin, doğru sağlık iletişiminin ve halkın önerilen önleyici davranışlara uymasının önemini vurgulayan Kıcalı ve Acar (2021), bunun için, halkın COVID-19 ile ilgili güvenilir bilgi kaynaklarını kullanma sıklığı yanı sıra, KMT’ye dayalı olarak COVID-19’den korunma davranışlarına ilişkin tahmin edicileri araştırmışlardır. Bu kesitsel araştırma, Türkiye’deki 458 yetişkinin çevrimiçi yapılan bir ankete katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları, tüm KMT bileşenlerinin (algılanan yatkınlık hariç) korunma motivasyonundaki varyansın %49’unu açıkladığını ve güvenilir bilgi kaynakları ile korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmanın bulguları, genel olarak, daha fazla bilgi sahibi olmanın, öz-yeterlik (önleyici davranışların uygulanabilirliği) ve cevap

etkinliğine güvenmenin özellikle hastalığın yayılmasını yavaşlatmada yardımcı olabileceğini ortaya koymuştur.

1.047 Tayvanlı katılımcı ile yapılan bir çalışmada Chen ve diğerleri (2021), aşı yaptırma ve önleyici davranışları benimseme konusunda KMT'nin bilişsel yapılarının rollerini incelemiştir. Çalışmada tehdit değerlendirmesi (algılanan ciddiyet ve algılanan yatkınlık) ve başa çıkma değerlendirmesi (öz-yeterlik, cevap etkinliği, cevap maliyeti, bilgi ve önceki mevsimsel grip aşılama) bilişsel yapıları ele alınmıştır. Aşılama ve önleyici davranışlara yönelik motivasyonları yüksek olan katılımcıların COVID-19'a ilişkin algıladığı ciddiyet, yatkınlık, aşı olma öz-yeterliği, cevap etkinliği, aşılama hakkındaki bilgisi ve mevsimsel gribe karşı daha önce aşılanmış olma düzeyleri, motivasyonları düşük olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yazarlar, COVID-19'dan koruyucu davranışları benimseme motivasyonunu artırmayı amaçlayan müdahale programlarında, motivasyon teorilerinin, tehdit ve başa çıkma değerlendirmelerinin dikkate alınması gerektiği sonucuna varmıştır.

KMT yapılarının COVID-19'a karşı aşı olma istekliliğine aracılık rolünün araştırıldığı bir çalışmada Gallmeister (2021), cevap etkinliğinin, aşı şüpheciliği ile aşı olma isteği arasındaki ilişkiye aracılık ettiği; aşı şüpheciliği yüksek olan kişilerin cevap etkinliğinin ve aşı olma isteklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ek olarak öz-yeterliğin, bireysel refah (subjective well-being) ile aşı olma isteği arasındaki ilişkiye aracılık ettiği; bireysel refahı düşük olan kişilerin öz-yeterliği daha düşük olduğundan, COVID-19'a karşı aşı olma isteklerinin de düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma, KMT'deki yapıların politika yapıcılar tarafından vatandaşların COVID-19'a karşı aşı olma isteğini artırmak ve daha sonraki salgınlar ve diğer hastalıklarla mücadelede değerli bilgiler sağlamak için kullanılabilmesini ortaya koymuştur.

Li ve Sun (2021) çalışmalarında halkın medyaya güveninin (geleneksel medya, sosyal medya, kişilerarası iletişim) gelecekte COVID-19 aşısı yaptırma motivasyonu üzerindeki etkisini KMT modeli ile araştırmıştır. 2021 yılı Nisan ayında gerçekleştirilen çalışma 2.098 katılımcı ile Çin'de gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada KMT yapılarını tehdit değerlendirmesi, başa çıkma değerlendirmesi ve gelecekte COVID-19 aşısı yaptırma

motivasyonu oluşturmuştur. Bulgular, eğitim düzeyi yüksek, evli ve anket sırasında COVID-19 aşısı yaptırmamış olan katılımcıların geleneksel medyaya daha fazla güven duyduğunu; evli, nispeten yüksek gelire sahip ve aşı yaptırmamış olan katılımcıların sosyal medyaya daha fazla güven duyduğunu; daha yaşlı ve evli katılımcıların ise kişiler arası iletişime daha fazla güven duyduğunu ortaya koymuştur. Geleneksel medya ve sosyal medyaya olan güvenin, COVID-19 aşısı yaptırma motivasyonu üzerindeki etkisi dolaylı pozitif iken, kişiler arası iletişime olan güveninin aşılama motivasyonu üzerindeki etkisi dolaylı negatif bulunmuştur.

Mortada ve diğerleri (2021), Suudi Arabistan'da yürüttükleri çalışmada öncelikle sağlık çalışanlarının COVID-19'dan koruyucu sağlık davranışlarını ölçmeyi, ardından KMT'yi kullanarak bu tür davranışların belirleyicilerini tespit etmeyi amaçlamıştır. 385 sağlık çalışanın katıldığı bu çalışmada, kadın ve hemşire olmak, enfeksiyondan korunma önlemleri konusunda eğitim almış olmak ve çalışma süresi boyunca kişisel koruyucu ekipmana sahip olmak ile COVID-19'dan korunma davranışı niyeti (motivasyonu) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mevcut çalışmada başa çıkma değerlendirmesi, özellikle öz-yeterlik boyutu, COVID-19'dan korunma davranışı niyetinin tehdit değerlendirmesine göre daha güçlü bir tahmin edicisi olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar neticesinde yazarlar, gelecekteki eğitim programlarının sağlık çalışanlarının öz yeterlilik düzeyini dikkate alması gerektiğini önermiştir.

Wang ve diğerleri (2021), Çin'de üniversite öğrencilerinin COVID-19 aşısı olma motivasyonlarını ortaya koymak için genişletilmiş bir KMT modeli kullanarak tehdit ve başa çıkma değerlendirmesini ve çeşitli bilgi kaynaklarının bunlar üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladıkları çalışmalarında 43 üniversiteden 3.145 öğrenci üzerinde çalışmıştır. Çalışmanın KMT yapıları COVID-19 aşısı yaptırmaya motivasyonu, tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesinden oluşmaktadır. COVID-19'un algılanan ciddiyeti, aşı olma motivasyonu ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Tıbbi personelden COVID-19 aşısına ilişkin bilgi almak, öz-yeterlik, cevap etkinliği ve bilgi ile ilişkilendirilirken, okul arkadaşlarından COVID-19 aşısına ilişkin bilgi almak daha az cevap etkinliği ve bilgiyle ilişkilendirilmiştir. COVID-19 aşısına ilişkin çevrimiçi bilgi almak, aşı etkinliğine ilişkin daha yüksek cevap maliyeti ve daha az bilgi ile

ilişkilendirilmiştir. Çalışma, Çin'deki üniversite öğrencilerinin COVID-19 aşısı olma motivasyonu için KMT yapısı olan algılanan ciddiyetin önemini desteklemiştir. Aşı bilgi kaynaklarının, öğrencilerin COVID-19 aşısı ile ilgili olarak başa çıkma değerlendirmeleri üzerinde farklı etkileri vardır.

Lahiri ve diğerleri (2021), COVID-19'u önleyici davranışların yaygınlığını tahmin etmek ve sosyodemografik değişkenlere göre davranışsal niyet ile algılanan tehdit, cevap etkinliği ve öz-yeterlik yapılarının ilişkisini ortaya koymak için Hindistan'daki 2.646 yetişkin sosyal medya kullanıcılarından çevrimiçi yapılan anket ile veri toplamıştır. Katılımcıların maske kullanımı (%93,20), ellerini sık sık sabun ve suyla yıkaması (%84,90), hapşırırken ve öksürürken ağız sıklıkla dirsek kıvrımı ile kapatması (%74,14) ve dışarıda fiziksel mesafeyi koruması (%83,84) gibi önleyici davranışlara uydukları kaydedilmiştir. Önleyici uygulamalara yönelik öz-yeterlik ve COVID-19 hastalığına yönelik tehdit değerlendirmesinin, COVID-19 önleyici davranışların önemli belirleyicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bulguları, tehdit değerlendirmesi ve öz-yeterliğe ilişkin algıları iyileştirmek için risk iletişimi stratejilerinin oluşturulmasının, daha geniş çapta politika yönelimlerine katkıda bulunabileceğini vurgulamıştır. Elde edilen sonuçlar, davranışsal sürü bağışıklığına (behavioral herd immunity) ulaşmak için risk iletişiminin uygulanmasını ve bu uygulamaların yaygınlaştırılmasını teşvik etmiştir.

İran'ın Tahran şehrindeki hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada Toghian ve diğerleri (2022), KMT'yi kullanarak, COVID-19'a ve COVID-19 ile ilişkili faktörlere karşı korunma davranışlarının belirlenmesini amaçlamıştır. Çalışmanın yapıldığı şehirdeki üç farklı hastanenin farklı servislerinde görev yapan 270 sağlık çalışanı çok aşamalı örnekleme yöntemiyle seçilmiş, demografik özelliklerine, COVID-19'a karşı koruyucu davranışlara ve KMT'nin diğer yapılarına ilişkin soruları cevaplamıştır. Koruyucu davranışlara ilişkin puan ortalaması hemşirelerde, kadınlarda, evlilerde ve lisans mezunu olan sağlık çalışanlarında diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanları arasındaki korunma davranışlarının meslek türü, korunma motivasyonu ve öz-yeterlik yapıları tarafından güçlü bir şekilde tahmin edilebildiği ortaya koyulmuştur. Sağlık çalışanlarının COVID-19'a karşı koruyucu

davranışlarının nispeten arzu edilir düzeyde olduğu, KMT'nin bazı boyutlarıyla öngörülebildiği ve bu davranışların birtakım demografik özelliklerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

İngiltere'de 50-64 yaş arası bireylerin aşı olma niyetlerinin genişletilmiş bir KMT modeli ile tahmin edildiği bir çalışmada Griffin ve diğerleri (2022), 438 kişilik katılımcı grubuna KMT yapılarını, demografik özellikleri, COVID-19 deneyimleri ve geçmişteki grip aşısı uygulamalarına ilişkin soruları içeren bir anket uygulamıştır. COVID-19 aşısını yaygınlaştırmaya yönelik müdahalelerin, aşı olmanın faydalarını ve aşı olan bireylerin de teşviklerini vurgulayarak aşı olma niyetlerini artırması gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda, oluşturulacak müdahalelerin insanların COVID-19 aşısıyla ilgili muhtemel endişelerini ve yaygın ön yargılarını da ele alması gerektiği önerilmiştir.

COVID-19 döneminde bireylerin yiyecek alışverişinin ve güvenli yiyecek tüketim davranışlarının nasıl etkilendiğini tahmin etmeyi amaçladıkları çalışmalarında Soon ve diğerleri (2022) de KMT modelini kullanmışlardır. Bu çalışmada, cinsiyet, COVID-19 pandemisi sırasında tüm gıda güvenliği davranışlarında önemli bir belirleyici olarak bulunmuştur. Kadın tüketicilerin koruyucu önlemlere uyma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Cevap etkinliği ve öz-yeterlik, gıda alışverişi davranışının önemli belirleyicileri olarak bulunmuştur. Tüketicilerin algıladığı ciddiyet, alışveriş sonrası el hijyenlerini sağlamalarını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Ayrıca tehdit ve başa çıkma değerlendirmesi, internet üzerinden yemek siparişi hizmetlerini kullanma niyetinin anlamlı düzeyde bir tahmin edicisi olarak bulunmuştur.

Nguyen ve Tang (2022) yaptıkları çalışmada Vietnam ve Tayvanlı üniversite öğrencilerinin COVID-19 pandemisi sırasında derslerine internet üzerinden katılma niyetlerini etkileyen faktörleri araştırmak için KMT ve teknoloji kabul modeliyle (Technology Acceptance Model- TAM) oluşturulan entegre bir model önermiştir. Önerdikleri araştırma modelini değerlendirmek ve hipotezleri test etmek için yapısal eşitlik modellemesi kullanmış ve model değerlendirmesi, veriler ile önerilen araştırma modeli arasında iyi bir uyum olduğunu göstermiştir. Yapılan bu çalışma, iki ülke arasında

algılanan yatkinlık, algılanan ciddiyet ve derslere internet üzerinden katılma niyeti arasındaki farkları da ortaya koymuştur.

Hong Kong'taki kamusal alanlarda 4'ten fazla kişinin bir araya gelmesini yasaklayan sosyal mesafe politikasına uyumun belirleyicilerini (yani algılanan ciddiyet, algılanan yatkinlık, algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz-yeterlik) ortaya koymak için yapılan bir çalışmada (Yu vd., 2022) KMT modeli önerilmiştir. 300 yetişkin katılımcıyla telefon anketi yoluyla yapılan bu çalışmada, sosyal mesafe politikasına uyum oranı yüksek; sosyal mesafe politikasına uyum ile algılanan cevap etkinliğinin ve algılanan öz-yeterliğin arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ayrıca algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz-yeterliğin, algılanan ciddiyet ve algılanan yatkinlıktan daha etkili olduğu sonucu, sağlığın teşviki çalışmalarında başa çıkma değerlendirmesine odaklanılmasının faydalı olabileceğini göstermiştir.

Hedayati ve diğerleri (2023) çalışmalarında 2019 ve 2022 yıllarını kapsayan dönemde KMT'ye ilişkin yapılan çalışmalardan elde edilen bulguların niceliksel sonuçları ve değerlendirilmesi üzerine sistematik bir inceleme ve meta-analiz yapmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, COVID-19'dan korunma davranışlarının hastalığa ilişkin algılanan ciddiyet, algılanan yatkinlık, cevap etkinliği ve öz-yeterlik ile pozitif yönlü; cevap maliyetleri ile negatif yönlü ve zayıf bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmanın diğer önemli bulguları da bireylerin başa çıkma değerlendirmesinin, hastalığa karşı korunma davranışı ve niyetin en güçlü tahmin edicisi olması; ayrıca öz-yeterliğin COVID-19 hastalığına karşı koruyucu davranışlarda en önemli belirleyici olmasıdır.

Liu ve Jiang (2023) korunma motivasyonu teorisi ve hükümetin önerdiği tedbirlere uyumda kültürel sıklık-esneklik teorisinden (cultural tightness-looseness theory) yola çıkan çalışmalarında, Çin'de yaşayan bireylerin hükümetin önerdiği önleyici tedbirlere uyumunu araştırmıştır. Dört yüz kırk üç bireyin çevrimiçi katılımıyla yapılan çalışmanın verileri yapısal eşitlik modellemesi ile analiz edilmiştir. Medyaya maruz kalmak, algılanan ciddiyetin, ödüllerin, öz-yeterliğin, cevap etkinliğinin ve cevap maliyetinin anlamlı bir tahmin edicisi olarak bulunmuş; algılanan ciddiyet, öz-yeterlik ve cevap etkinliği, korunma motivasyonu ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş ve korunma

motivasyonu da bireylerin önerilen tedbirlere uyumuyla pozitif yönde; ödüller ve cevap maliyeti ise korunma motivasyonu ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Korunma motivasyonu, bireylerin tedbirlere uyumunu olumlu yönde etkilemiş, tedbirlere uyumda algılanan kültürel sıkılık-esneklik, korunma motivasyonu ile uygulama niyeti arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde etkilemiştir.

KMT'nin, bireylerin COVID-19'dan koruyucu davranış kurallarına uyumlarındaki farklılıkların anlaşılmasına katkıda bulunabileceğini öne süren Nudelman ve diğerleri (2023), eş zamanlı olarak kültürel farklılık gösteren ülkeler genelinde altı hafta aralıkla iki uygulama gerçekleştirerek (Çalışma 1: İsrail, Almanya, Hindistan; Çalışma 2: İsrail) halkın koruyucu davranışlara uyumunu tahmin etmeyi amaçlamıştır. Yapılan bu her iki uygulamada KMT modelleri mükemmel uyumu ortaya koymuş ve koruyucu davranışlara uyumdaki varyansın yaklaşık %50'sini açıklamayı başarmıştır. Bu çalışma, KMT'nin, COVID-19'dan koruyucu davranış kurallarına uyumdaki farklılıkları daha iyi anlamak için teorik bir çerçeve olabileceğini göstermiştir.

Yalnızca KMT'ye dayanan bir model ile halkın korunma niyeti ve korunma motivasyonu ölçülebileceği gibi, başka teoriler ile de entegre modeller oluşturularak halkın korunma davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörler ölçülebilir. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı (Health Action Process Approach), Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour), Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory) ve Sağlık İnanç Modelini (Health Belief Model) birleştirerek karma bir model oluşturan ve bu modele dayanarak, iki sağlık motivasyonu ölçeği -Fiziksel Aktivitelere Sağlık Motivasyonu Ölçeği (HMS-PA) ve Sağlıklı Beslenmede Sağlık Motivasyonu Ölçeği (HMS-HE)- geliştiren Xu (2009) tarafından yapılmış araştırma buna örnektir.

COVID-19 salgını sonrasında, %67 olan sürü bağışıklığı düzeyine ulaşılmadığı süreç, halk sağlığı aşının kabul edilmesiyle ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, insanlar COVID-19 aşısı olma konusunda tereddüt göstermektedir. Bu nedenle, Xu (2009) çalışmasına benzer şekilde Rahi (2023), COVID-19 aşısı olma niyetini etkileyen faktörleri açıklamak için KMT ve Planlı Davranış Teorisini ele almıştır. Bu çalışmanın istatistiksel analiz sonuçları, kolektif olarak algılanan ciddiyet, yatkınlık, öznel norm ve

algılanan davranışsal kontrolün, vatandaşların COVID-19 aşısını kabul etmeye yönelik tutumundaki değişimin %52,9'unu açıkladığını ortaya çıkarmıştır. Benzer şekilde COVID-19 aşısına ilişkin tutum ve farkındalık, vatandaşların COVID-19 aşısını kabul etme niyetindeki değişimin %54,6'sını açıklamıştır. Bu çalışmada, hükümet ve sağlık yetkililerinin, COVID-19 virüsünün ciddiyetini ve bu hastalığa karşı yatkınlığı vurgulayarak halk arasında pandemi hakkında farkındalık yaratması ve bunun da vatandaşları COVID-19 aşısını zamanında yaptırmaya motive etmesi önerilmiştir.

Rahi (2023) çalışmasındaki sonuçlara benzer şekilde, Ansari-Moghaddam ve diğerleri (2021), Haziran 2020'de 256 yetişkin İranlının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, KMT yapılarının COVID-19 aşısı yaptırma niyetini tahmin etmede yararlı olduğunu ortaya koymuştur. Yazarlar, COVID-19 aşısının bulunmasından sonra aşılama oranını artırmak için tasarlanan programların COVID-19'un ciddiyetine, bireylerin öz-yeterliğine ve aşının enfeksiyonu önlemedeki etkinliğine vurgu yapması gerektiğini öne sürmüştür.

Çeşitli ülkelerde KMT'yi COVID-19 bağlamında uygulayan ve halkın pandemiden korunma davranışlarını araştıran birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Halkın ve özel grupların korunma motivasyonlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinin ve COVID-19'a karşı gerçekleştirdikleri davranışların ortaya koyulmasının, meydana gelebilecek herhangi yeni bir pandemide ve diğer hastalıklarla mücadelede etkili sağlık politikaların geliştirilmesi açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

3. BÖLÜM

SOSYAL DESTEK

COVID-19 pandemisi aniden tüm dünyada acil bir sağlık sorunu haline gelmiş ve bu dönemde ön saflarda görev yapan sağlık çalışanları için büyük bir stres kaynağı olmuştur. Vaka sayılarındaki artış hızla devam ettikçe, sağlık çalışanları psikolojik travma ve risklere karşı daha savunmasız hale gelmiştir (Carmassi vd., 2020). Pandemi sürecinde aileleri ve sevdiklerinden ayrı izolasyon süreci yaşamaları, sosyal olarak büyük ölçüde kısıtlanmaları ve hastalığı yayma konusunda damgalanmaları sebebiyle sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarında büyük ölçüde azalma olmuştur (De Kock vd., 2021). Bu durum, yapılacak araştırmalarda sağlık çalışanlarının pandemiden ve pandeminin olumsuz psikolojik etkilerinden korunmasında sosyal desteğin de ele alınmasını önemli kılmıştır.

Bu bölümde öncelikle sosyal destek kavramına değinilmiştir. Sonrasında sosyal destek kavramı kapsamında algılanan sosyal destek, sosyal destek modelleri ve çok boyutlu algılanan sosyal desteğe değinilmiştir. Ardından COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanları için algılanan sosyal desteğin önemine ve sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarına ilişkin COVID-19 pandemisinde yapılmış bazı çalışmalara yer verilerek bölüm tamamlanmıştır.

3.1. SOSYAL DESTEK KAVRAMI

Sosyal destek, arkadaşlar, aile, önemli diğer kişiler ve tanıdıklar gibi ilişkilerin karışımından meydana gelen bir yardım veya yardım için kolektif bir yapıdır (Cohen ve Wills, 1985). Bireyin diğer bireylere, gruplara ve daha geniş bir topluluğa sosyal bağlar yoluyla erişerek alabildiği destektir (Lin vd., 1979). Bireyler arasında etkileşimin olup olmadığına, ilişkinin yardımsever temel üzerine kurulup kurulmadığına ilişkin yapılan öznel bir değerlendirmedir (Schaefer vd., 1981). Başka bir deyişle sosyal destek, bireyin kendisine değer veren ve onu önemseyen kişilerin varlığına olan inancı ve arzu ettiği zaman çevreden destek alabileceğine ilişkin algısıdır (Sarason vd., 1983; Kitamura vd.,

1999). Bireyin çevresine ve iş hayatına uyumu ve gelişiminde önemli rol oynayan bir faktör olarak değerlendirilir (Kitamura vd., 1999). Sosyal desteğin varlığından söz edebilmek için bireyler arasında belirli bir düzeyde etkileşim ve iletişimin olması beklenir (Yeke, 2020). Bu nedenle sosyal destek, kaynakların başkalarından alındığı sosyal etkileşimi ifade etmektedir (Cohen ve Syme, 1985: 22).

1970’li yıllardan bu yana algılanan sosyal desteğe ilişkin yapılan araştırmalarda hatırı sayılır bir artış görülmüştür. Sosyal desteğin, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerindeki etkilerini içeren çalışmalar da zamanla hız kazanmıştır (Zimet, 1988). Literatürde bireyin algıladığı sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve ruh sağlığı açısından pozitif etkisinin olduğunu, kaygı düzeyini azalttığını ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (Cohen ve Wills 1985; Christenfeld ve ark. 1997; Khan ve Husain, 2010; Matud ve diğ. 2003; Poudel vd., 2020; Sarason ve Sarason, 1982; Ünüvar, 2003). Algılanan destek üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin yüksek düzeyde sosyal destek algıladıklarında daha sağlıklı olduklarını ve stresle daha iyi başa çıktıklarını ortaya koymuştur (Bolger ve Amarel, 2007).

Cohen ve Syme (1985) sosyal desteğin, psikolojik bozuklukların, iş yaşamındaki tükenmişliğin ve motivasyon kayıplarının sebeplerinin araştırılmasında önemli bir rolü olduğunu belirtmiştir. House (1981), çalışanların iş stresinden kaynaklanan sorunları çözebilmesi ve ortadan kaldırmasına yardımcı olan bir faktör olan sosyal desteğin, stresi azaltmakla birlikte bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlık durumlarını iyileştirdiğini ve işlerine olan bağlılıklarını artırdığını vurgulamıştır. Buna göre, çalışanlarına destek olan bir yönetici, bireyler arasında meydana gelebilecek gerginliği azaltabilecek ve çalışanların motivasyonunu artırabilecektir. Bu şekilde sınırlı çalışma süresi daha verimli şekilde geçirilebilecektir (Oğuz ve Özkul, 2016). Bu sebeplerle sosyal destek kavramına olan ilgi özellikle psikoloji alanında artmış olup kavram literatürde farklı bakış açılarıyla incelenmeye devam etmektedir.

3.1.1. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireylerin arkadaşlarından, ailelerinden, hayatlarındaki özel bir insandan veya ihtiyaç duyduklarında kendilerine yardım edecek herhangi bir bireyden destek alabileceklerine inanmalarınıdır (Gottlieb ve Bergen, 2010). Başka bir deyişle algılanan sosyal destek, sosyal etkileşimin algılanan varlığını ve yeterliliğini ifade etmektedir (Haber vd., 2007). Buna göre algılanan sosyal destek temelde iki unsura dayanmaktadır. İlk unsur, ihtiyaç duyulan anda bireyin kendisine destek verebilecek kişilerin olduğuna ve bu kişilerin ulaşılabilir olduğuna yönelik algısının oluşmasıdır. İkinci unsur ise, bireye verilen desteğin birey için yeterli düzeyde olması yani bireyin duyduğu tatmin düzeyidir (Sarason vd., 1983). Bu unsurlara ek olarak, bireyin sosyal desteği algılamasında önemli olan faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörler, bireyin başkaları tarafından sevildiğine, saygı ve değer gördüğüne, belli bir gruba, kuruma veya topluma ait olduğuna, sağlıklı bir iletişimin varlığına ve diğer bireylerle karşılıklı olarak sorumluluklarının bulunduğuna yönelik inancıdır (Cobb, 1976). Sonuç olarak, algılanan sosyal destek, insanın başkalarının gözünde kendini değerli hissetmesi ve aldığı desteği yeterli olarak değerlendirmesi olarak tanımlanabilir (Ardahan, 2006).

3.1.2. Sosyal Destek Modelleri

Algılanan sosyal destek, ölçüm kolaylığı ve diğer ölçümlerden daha iyi bir ruh sağlığı tahmin edicisi olduğuna dair kanıtlar göz önüne alındığında, en yaygın ölçülen sosyal destek endeksidir (Ibarra-Rovillard ve Kuiper, 2011). Sosyal destek ve psikolojik iyilik arasındaki ilişkiyi araştırmak için Cohen ve Wills (1985) tarafından iki model detaylı olarak incelenmiştir. Bu modeller, temel etki modeli ve tampon etki modelidir.

3.1.2.1. Temel Etki Modeli

Temel etki modeline (the main-effect model) göre, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunmakta olup sosyal desteğin, bağışıklık ve nöroendokrin sistemler üzerinde olumlu duygusal ve fiziksel tepkiler yaratarak her koşulda hem fiziksel sağlık hem de kendini iyi hissetme üzerinde olumlu bir etkisi bulunmaktadır (Cohen ve Wills,

1985; House vd., 1988). Düzenli sosyal etkileşimlere sahip olmak aynı zamanda sağlıklı davranışları caydırırken, bireyin refahını korumaya yönelik sağlıklı davranışlarını teşvik eder (Cohen ve Wills, 1985; Uchino, 2009). Temel etki modeli, sosyal desteğin refahı nasıl artırabileceğini ve sağlıklı davranışları nasıl caydırabileceğini açıklasa da, sosyal desteğin işlevsel kullanımını ele almamaktadır (Pilcher ve Bryant, 2016).

3.1.2.2. Tampon Etki Modeli

Tampon etki modeline (the stress-buffering model) göre, sosyal destek, stres altındaki bireylerin psikolojik iyiliği ile ilişkili olup en önemli fonksiyonu stres veren yaşamsal olayların meydana getirdiği olumsuz etkiyi azaltarak bireylerin ruh sağlığını korumasıdır. Bu model, sosyal desteği yaklaşan stresi ertelemek veya azaltmak için bir tepki aracı (Aspinwall ve Taylor, 1997) ve strese karşı koruyucu bir önlem olarak görmektedir. Bireyler herhangi bir stresli olay öncesinde, olay sırasında ve sonrasında saygı desteği, bilgi desteği, arkadaşlık desteği veya araçsal destek gibi birçok farklı mekanizma aracılığıyla desteklenebilir (Cohen ve Wills, 1985; Hefner ve Eisenberg, 2009). Bu alanların her biri, destek grubunun yardımıyla stresi azaltma işlevi görür. Saygı desteği, stresle başa çıkmaya yardımcı olmak için öz-değer ve yararlılık hissi sağlayan sosyal destektir. Bilgi desteği, bir kişinin size tavsiyelerde bulunması veya bir stres faktörü hakkında konuşmasıdır. Arkadaşlık, yakın bireylerin stresten kurtulmak için birlikte boş zaman geçirebilmesidir. Son olarak, araçsal destek, bireyin stres faktörüyle başa çıkmasına yardımcı olmak için erişebileceği maddi destek, ihtiyaç duyulan gereç ve hizmetlerin kullanılmasıdır (Cohen ve Wills, 1985; Wills, 1991; Uchino, 2009). Sosyal desteğin bu unsurları stresi önlemek ve stresle başa çıkmak için farklı seçenekler yaratmaktadır (Pilcher ve Bryant, 2016). Hem temel etki modeli hem de tampon etki modeli ile yetersiz sosyal desteğin veya sosyal destekten yoksunluğun bireyler üzerinde olumsuz etkiler yaratacağı savunulmuştur.

3.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Kavramı

Çok boyutlu algılanan sosyal destek Zimet ve diğerleri (1988) tarafından, bireylerin sosyal desteği üç farklı kaynaktan aldığı ve bu desteğin yeterlilik düzeyinin öznel olarak

değerlendirildiği yönünde ortaya atılmış bir kavramdır. Birçok uzman, topluma dayalı ruh sağlığı bakımı (community based mental health care) yaklaşımının bir sonucu olarak bireylere aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı sosyal desteği araştırmaya yönelmiştir. Çünkü, doğal destek sistemlerinin bireylerin psikolojik sorunlarının çözümünü kolaylaştırmada veya zorlaştırmada önemli etkisinin olduğu düşünülmektedir (Eker vd., 2001). Bu nedenle, çok boyutlu algılanan sosyal destek kavramı ile bireylerin algıladığı sosyal destek aile (family), arkadaş (friend) ve birey için özel bir insandan (significant other) alınan sosyal destek ile çok yönlü olarak ele alınmaktadır.

Sosyal desteğin “özel insan” boyutu, üniversiteli öğrenciler ile yapılan görüşmelerde, ülkemizde özel bir anlamı olduğu ve genel olarak bu kavramın kız/erkek arkadaş olarak anlaşıldığı görülmüştür. Bu terim kültürel olarak yaygın kullanıma uymamakla birlikte, “flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ...” gibi aile ve arkadaşlar dışında sosyal destek sağlayan bir birey olarak tanımlanmıştır. Aile kavramı da farklı kültürlerde farklı anlamlara gelebilen bir tanımdır. Bu nedenle, sosyal desteğin “aile” boyutu, bireyin ebeveyn, eş, çocuk ve kardeşlerden aldığı sosyal destek olarak tanımlanmıştır (Eker vd., 2001).

3.2. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL DESTEK ALGILARININ ÖNEMİ

COVID-19 pandemisinde tüm dünyada insanlar karşılaştıkları zorluklar ile mücadele edebilmek için iş arkadaşlarından, ailelerinden ve dostlarından sosyal destek almaya ihtiyaç duymuştur (Traş ve Arslan, 2013). Sağlık çalışanları da pandemi döneminde hastalarına sağlık bakımı sunarken yaşadıkları zorlukları paylaşma ve bu zorluklarla baş etmede sosyal desteğe en fazla ihtiyaç duyan meslek grubu olmuştur. Sosyal destek, bireylerin yakınları ile problemlerini paylaşabilmesi, çevresiyle uyum içinde olabilmesi ve mental sağlığını koruyabilmesi için temel bir ihtiyaçtır (Özkahraman vd., 2010). Sağlık çalışanları da gerek yöneticileri gerekse de arkadaşları ile birbirlerine sosyal destek sağlayarak zorlu pandemi döneminde çalışma motivasyonlarını artırmaya ve mental sağlıklarını korumaya çalışmışlardır. İnsanların yaşamlarındaki belirsizliği yönetmelerine de yardımcı olan sosyal destek, bireyin hayatı üzerinde kişisel kontrolü olduğuna ve öz-

yeterliğine ilişkin algısını arttıran bir faktördür (Albrecht, 2003; Pilcher ve Bryant, 2016). Bu nedenle sağlık çalışanları başta olmak üzere, pandemide insanların hastalıktan korunma davranışları sergilemelerinde onları motive eden bir faktör olduğu düşünülmektedir. Araştırmalar, sosyal desteğin stresi azaltmada tampon görevi olduğunu ve sağlık ve esenliği teşvik etmede etkili bir kaynak olabileceğini göstermektedir (Cobb, 1976; Pilcher ve Bryant, 2016). Yeterli düzeyde algılanan sosyal desteğin, bireylerde meydana gelen yalnızlık hissini ortadan kaldırarak, önlenebilen hastalıkları, kronik hastalıkları ve ölüm oranlarını azaltmada etkili bir koruyucu olduğu belirtilmiştir (Holt-Lunstad vd., 2015; Kent de Grey vd., 2018).

Sağlık çalışanlarının, COVID-19 pandemisinin etkilerinden kaynaklanan stres, anksiyete, depresyon, duygusal tükenme, madde bağımlılığı ve hatta kriz anlarında yaşanan olaylardan kaynaklanan travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarına karşı daha yatkın olduğu bilinmektedir (Giorgi vd., 2020; El-Hage vd., 2020). Pandeminin ilk dönemlerinde yapılan bazı sistematik derleme çalışmaları da bu hipotezi desteklemektedir. Pappa ve diğerleri (2020), pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak %40'ının uykusuzluk sorunu yaşadığını; Vindegaard ve diğerleri (2020), sağlık çalışanlarının genel nüfusa kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve uyku sorunları yaşadığını ortaya koymuştur. Schug ve diğerleri (2021), daha yüksek algılanan sosyal destek düzeyine sahip sağlık çalışanlarının daha az depresyon ve anksiyete yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Pandemiye sağlık çalışanlarının daha çok maruz kaldığı bu sağlık sorunlarının ve çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili stres faktörlerinin olumsuz etkilerini bertaraf etmede sosyal desteğin koruyucu etkisinin önemi vurgulanmış; yeterli düzeyde algılanan sosyal destek ile depresyon, anksiyete, stres, uykusuzluk ve tükenmişliğin daha az görülmesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Kent de Grey vd., 2018; Zhan vd., 2022; Zhou vd., 2022). Xiao ve diğerleri (2020a), yetersiz düzeyde sosyal desteğin ise sağlık çalışanları arasında stres ve anksiyetenin artmasına neden olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, yetersiz düzeyde sosyal desteğin işle ilgili stresi ve tükenmişliği artırarak sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini artırabileceğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Holt-Lunstad vd., 2010; Mikkola vd., 2018). Hou ve diğerleri (2020) ise yeterli sosyal destek alan sağlık

çalışanlarının daha düşük tükenmişlik düzeylerine sahip olduğu sonucuna ulaşarak bu çalışmaları desteklemiştir.

Sağlık çalışanlarının hem yöneticilerinden ve iş arkadaşlarından hem de ailelerinden aldıkları sosyal desteğin, iş yüklerinin hafiflemesi ve daha iyi sağlık sonuçları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Lindfors vd., 2009; Wang vd., 2010; Wang vd., 2011; Tsai ve Liu, 2012). Ayrıca, sosyal desteğin sağlık çalışanlarında görülen mesleki stresi ve duyarsızlaşma algısını azalttığını ve yaygın görülen bazı psikiyatrik semptomları önleyebildiğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Snyder, 2009; Wu vd., 2009; Assuncao vd., 2013; Rachmayanti vd., 2023). Cobb (1976) da çalışmasında, daha fazla algılanan sosyal desteğe sahip olan bireylerin, sosyal destekten yoksun olanlara kıyasla stresli veya yaşamı aniden değiştiren olaylar ile daha iyi başa çıkabildiğini belirtmiştir. Asya'daki sağlık çalışanları üzerinde yapılan bazı diğer çalışmalar da sosyal desteğin sağlık çalışanları için COVID-19 pandemisi döneminde ruh sağlığı açısından koruyucu bir faktör olduğunu göstermiştir (Hou vd., 2020; Woon vd., 2020; Xiao vd., 2020a). COVID-19 pandemisi sırasında Almanya'daki sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarının incelendiği bir çalışmada ise, sosyal destek gibi psikososyal kaynakların, COVID-19 pandemisi ile başarılı bir şekilde başa çıkmaya katkıda bulunduğu ortaya koyulmuştur (Schug vd., 2021). Benzer şekilde, Yang ve diğeri (2018) ile Xiao ve diğeri (2020a) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da, sağlık çalışanlarına arkadaşları veya aile üyelerince sağlanan sosyal desteğin kaygı ve stres düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olabileceği vurgulanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, iş arkadaşları ve aile üyelerinden alınan yeterli düzeyde sosyal destek ile depresif belirtiler ve uykusuzluğun azalması arasında pozitif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Omichi vd., 2022).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde sosyal desteğin sağlık çalışanlarının fiziksel ve mental sağlıklarını korumalarında, gerek hizmet sunarken gerekse de günlük hayatta yaşadıkları stres ile baş etmelerinde, kişisel kontrol ve öz-yeterliklerini artırmada etkili bir psikososyal faktör olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin sağlık çalışanlarına sağladığı bu katkıların pandemi ile başa çıkmada onlara büyük katkısı olduğu düşünülmektedir.

3.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL DESTEK ALGILARINA İLİŞKİN COVID-19 PANDEMİSİNDE YAPILAN BAZI ÇALIŞMALAR

Sosyal destek, bireysel ruh sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisi sırasında ön saflarda hizmet veren sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve korunma motivasyonları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki ilgili dönemde yapılan çalışmalarda oldukça az ele alınmıştır (Zhan vd., 2022). Ancak, sağlık çalışanlarının, enfekte kişilerle uzun süre aynı ortamı paylaşmaları ve COVID-19 bulaşma riski ile karşı karşıya olmaları neticesinde strese yatkınlıklarını artmaktadır. Dolayısıyla bu durumu bertaraf edecek olan sosyal destek algılarının incelenmesi oldukça önemlidir (Yılmaz vd., 2022).

Yılmaz ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışmada, üçüncü basamak bir hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisindeki sosyal destek algısını ve bu algının stres düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Pandeminin ilk dönemlerinde (18 Nisan-18 Mayıs 2020) gerçekleştirilen bu çalışmada Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kullanmışlardır. Yapılan bu çalışmada, sağlık çalışanlarının akut stres belirtileri puanı ile aile, arkadaş, özel insan boyutları ve algılanan sosyal destek toplam ölçek puanı arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Buna göre, sağlık çalışanlarının akut stres belirti düzeylerinin hafif, sosyal destek algılarının ise görece yüksek olduğu sonucuna varılabileceği belirtilmiştir. COVID-19 pandemisi gibi riskli dönemlerde, sağlık çalışanlarının stres düzeyini en aza indirmek için sosyal destek algılarını artırarak sağlık çalışanlarını motive edecek programların düzenlenmesinin yararlı olabileceğine değinilmiştir.

Zhan ve diğerleri (2022) çalışmalarında, COVID-19 pandemisi sırasında ön saflarda görev yapan sağlık çalışanlarında sosyal destek düzeyi ile depresyon ve anksiyete yaygınlığını araştırmayı ve sosyal destek, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır. Çin’de 201 sağlık çalışanı ile pandeminin ilk dönemlerinde (15 Şubat-31 Mart 2020) çevrimiçi anket ile gerçekleştirilen bu çalışmada, sağlık çalışanlarının medeni durumu sosyal destek puanlarını olumlu yönde

etkilerken, 40 yaş ve üzerinde olmak olumsuz yönde etkilemiştir. Ön saflarda görev yapan sağlık çalışanlarının sosyal destek puanları ile anksiyete ve depresyon puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisi boyunca, sağlık çalışanlarının gerek depresyon ve anksiyete yaşadıkları gerekse yeterli sosyal destek alamadıkları vurgulanmıştır. Bunun için, özellikle ön saflardaki sağlık çalışanlarının sosyal destek düzeylerini güçlendirerek ruh sağlıklarını iyileştirmenin önemli olduğu vurgulanmıştır.

İtalya'da acil servis ve yoğun bakım gibi bölümlerde görev yapan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan 332 kişilik örneklem ile yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir (Amartuvshin, 2021). Bu çalışmada yapılan çoklu regresyon analizi (multiple regression analysis) sonucunda, sosyal desteğin duygusal tükenme ile zayıf, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ile güçlü ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Çalışmada, İtalyan sağlık çalışanları arasında yeterli sosyal desteğin daha az tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunsada, tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının ayrı ayrı sosyal destek araçları üzerinde anlamlı bir nedensel etkisi olmadığı bulunmuştur.

Erdem (2021) sağlık çalışanlarının demografik verileri ile empati düzeyleri, stresle başa çıkma yöntemleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İstanbul İlinden 178 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, yeterli düzeyde sosyal destek alan bireylerin yüksek empati düzeyine sahip olduğu ve yoğun stres altında çalışsa da daha etkin stresle başa çıkma yöntemleri geliştirebileceği varsayılmıştır. Çalışmanın sonuçları bu varsayımı destekler nitelikte bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ve empati düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Buna ilaveten, algılanan sosyal destek ile stresle başa çıkma yöntemlerinin alt boyutlarından güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, etkisiz baş etme yöntemi olarak görülen çaresiz yaklaşımla istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Labrague (2021) COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanları arasında dayanıklılık, başa çıkma davranışları ve sosyal desteği inceleyen 31 makale çalışmasını

anlatı sentezi (narrative synthesis) yöntemiyle sistematik olarak değerlendirmiştir. Araştırma bulguları, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sırasında streslerini hem sorun odaklı (örneğin, sosyal destek ve dini uygulamaların kullanımı) hem de duygu odaklı (örneğin, dikkat dağıtıcı faaliyetlerin kullanımı) başa çıkma stratejileri kullanarak yönettiklerini göstermiştir.

Sağlık çalışanlarının sağlıklarını ve çalışma kabiliyetlerini koruyabilmeleri için depresyon ve yaygın anksiyeteye ilişkin risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, Schug ve diğerleri (2021) Almanya'da 7.765 sağlık çalışanına ilişkin sosyodemografik, mesleki ve COVID-19 ile ilgili değişkenlerin yanı sıra depresyon ve yaygın anksiyete bozukluklarını, sosyal desteği ve genel iyimserliği çevrimiçi bir anket çalışması ile değerlendirmiştir. Analizler, daha yüksek sosyal destek ve iyimserlik düzeylerinin daha düşük depresyon ve yaygın anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlara göre, sosyal destek ve iyimserlik gibi psikososyal kaynakların, COVID-19 pandemisiyle başarılı bir şekilde başa çıkmaya katkıda bulunduğu vurgulanmıştır.

Hou ve diğerleri (2020) COVID-19 salgınının en yoğun olduğu dönemde Çin'in Jiangsu Eyaletinde 1.472 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada, sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki ilişkide dayanıklılığın (resilience) aracılık etkisini (mediation effect) incelemek için yapısal eşitlik modellemesini kullanmıştır. Bulgular, dayanıklılığın sağlık çalışanlarında sosyal desteğin ruh sağlığı üzerindeki etkisine kısmen aracılık edebileceğini göstermiştir. Yaş grubu özelliğinin sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki dolaylı ilişkiyi dayanıklılık üzerinden etki ederek düzenlediği (moderated) bulunmuştur. Buna göre, genç sağlık çalışanlarına kıyasla, orta yaşlı sağlık çalışanlarında dayanıklılık ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin zayıfladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Xiao ve diğerleri (2020b) Ocak ve Şubat 2020'de Çin'in Wuhan şehrinde COVID-19 hastalarını tedavi eden sağlık personelinin uyku kalitesi ve işlevi üzerinde sosyal desteğin etkilerini belirlemek için yapısal eşitlik modellemesini kullanmıştır. Bir aylık kesitsel gözlemsel çalışmaya COVID-19 enfeksiyonu olan hastaları tedavi eden 180 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Çalışma sonunda, sağlık çalışanlarının sosyal destek düzeyi, öz-

yeterlik ve uyku kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkiliyken, anksiyete ve stres derecesi ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının sosyal destek düzeyi anksiyete, öz-yeterlik ve uyku kalitesi düzeylerini negatif yönde etkileyen stres düzeyi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yapısal eşitlik modellemesi sonuçları, Çin'de Ocak ve Şubat 2020'de COVID-19 enfeksiyonu olan hastaları tedavi eden sağlık personelinin anksiyete, stres ve öz-yeterlik düzeylerinin uyku kalitesine ve sosyal desteğe bağlı olduğunu göstermiştir.



4. BÖLÜM

TÜKENMİŞLİK

COVID-19 pandemisinin küresel halk sağlığı krizine neden olduğu dönemde sağlık çalışanları, tedavi kararlarını vermenin zorluğu, hasta ve meslektaşlarını kaybetmenin acısı ve enfeksiyonun kendilerine veya ailelerine bulaşma riski sebebiyle hem fiziksel hem de zihinsel yorgunluğa çok fazla maruz kalmıştır. Bu fiziksel ve zihinsel yorgunluk sebebiyle de yoğun tükenmişlik duygusu yaşamışlardır. Vaka ve ölüm sayılarının çok yüksek olması, hastalığın sonuçlarının ve yayılımının belirsizliği, gelecekteki muhtemel “dalgalar” ve zorlu çalışma koşullarının üstesinden gelenebilmesi için gerekli çözümleri belirlemek amacıyla sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin ele alınması konusundaki farkındalık artmıştır (Leo vd., 2021: 1).

Bu bölümde öncelikle tükenmişlik kavramı açıklanmış, ardından tükenmişlikle ilgili literatürde sıklıkla yer alan bazı kuramsal yaklaşımlar, COVID-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önemi, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişliği üzerine yapılmış bazı çalışmalar ve son olarak da sağlık çalışanlarını kurumsal ve bireysel düzeyde tükenmişlikten koruma önlemleri ele alınmıştır.

4.1. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI

Tükenmişlik, çeşitli faktörlerinden kaynaklanan gerilimi hafifletmek için gerekli olan kaynakların yetersiz kalmasıyla bağlantılı olarak kişisel ve çevresel stres faktörlerine uzun süre maruz kalındığında gelişen ve sürekli hale gelebilen, özellikle bireyin yaptığı iş ile uyumsuzluk yaşamasıyla meydana gelen ve kronikleşebilen bir yorgunluk ve gerilme durumudur (Maslach, 2003, Leiter ve Maslach, 2009). Bu bakımdan tükenmişlik depresyonla benzer klinik semptomlara sahip uç noktalarda bir duygu halini ifade etmektedir (Leiter, 1993: 237). Bir diğer tanıma göre tükenmişlik, bireyin işini etkin olarak yerine getirme ve işine katkı sağlama isteğini ve kapasitesini kaybetmesi halidir (Schaufeli vd., 2009). Tükenmişlik maruziyeti yaşayan bir kişi, hem çalışma hayatına

hem de ilişkilerine yatırım yapmaktan kaçınma eğilimine girer. Tükenmişlik için kısaca bir geri çekilme sendromu da denilebilir (Asevedo vd., 2016).

De-Palpe ve Croce'ye (1986) göre tükenmişlik, kademeli bir enerji ve üretkenlik kaybıyla ilişkilidir. Tükenmişlik zihinsel, duygusal ve fiziksel bir tükenme hali olarak da tanımlanmıştır (Freudenberger ve Richelson, 1981; Maslach, 1982; Pines vd., 1981). Tükenmişliğin belki de en eksiksiz ve kapsamlı tanımı Freudenberger (1985) tarafından yapılmıştır. Freudenberger, tükenmişliği, kişinin başa çıkma mekanizmalarını ve iç kaynaklarını tüketerek enerjisini gitgide azaltan, kendi kendine veya dışarıdan empoze edilen aşırı taleplerin bir sonucu olarak yüksek algılanan stres düzeyinin eşlik ettiği ve sonunda kişinin motivasyonunu, tutumunu ve davranışını olumsuz yönde etkileyen bir duygu durumu olarak tanımlamıştır (Freudenberger, 1985: 9-10). Basit bir ifadeyle tükenmişlik, kişinin bir amaç için kendini çok uzun süre zorlamasından, “beklenen ödülü” ve saygınlığı elde edemeyişinden kaynaklanmaktadır (Freudenberger ve Richelson, 1980: 13). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre ise tükenmişlik, kronik tükenme olarak tanımlanabilecek psikolojik bir sendromdur ve bireyin stresinin uygun şekilde yönetilmediği aşırı stresli çalışma koşullarından kaynaklanabilmektedir (WHO, 2020d).

Tükenmişlik ile ilişkili çeşitli semptomlar bulunmaktadır. Fiziksel semptomlardan bazıları yorgunluk, uyku bozuklukları, kilo kaybı veya alımı, sık hastalanmanın yanı sıra olumsuz benlik kavramı, sinizm, mükemmeliyetçilik, savunmacılık ve kişisel ilişkilerle ilgili sorunlar gibi ruhsal tepkileri içerir (Freudenberger ve Richelson, 1981; Maslach, 1982; Melendez ve DeGuzman, 1983; TPD, 2020). Tükenmişliğin diğer belirtileri arasında artan sinirlilik, takdir görmeme duyguları, psikosomatik şikayetler ve depresyon yer alır (Freudenberger ve Richelson, 1980). Bu tür tükenmişlik belirtileri, insanları diğerlerinden uzaklaşmaya, katı olmaya, işinden uzaklaşmaya ve sadece kendilerine odaklanmaya yöneltebilir. Tükenmişlik belirtileri zamanla kendilerini pekiştirir. Kişi ne kadar cesareti kırılır ve hayal kırıklığına uğrarsa, semptomları hafifletmek için adımlar atmaya kendini motive etmesi o kadar zorlaşır, kendini aniden daha büyük ruhsal problemlerin içinde bulur (Cherniss, 1980).

Tükenmişlik, geçmişte yapılmış ve günümüzde yapılmakta olan çalışmaların hemen hemen tümünde, sıklıkla hizmet sektöründe çalışan ve kronik stres altında uzun süre “insan odaklı” işler yapan bireylerle ilişkilendirilmektedir. Tükenmişliğin gelişimi endişe vericidir, çünkü ortaya çıkması bir dizi farklı düzeyde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Birincisi, “bireysel düzeyde tükenmişlik”, tükenmişlik yaşayan bireyin fiziksel ve psikolojik düzeyde olumsuz etkilenmesidir. İkincisi, “örgütsel düzeyde tükenmişlik”, bireyin yaşadığı tükenmişlik sonucunda işe devamsızlığının artması ve personel devir hızı ile örgütsel bağlılığının azalması gibi sonuçların meydana gelmesidir. Son olarak ve belki de en önemlisi, “hizmet düzeyinde tükenmişlik”, hizmet sunanlar tarafından hizmet alıcılarına sunulan hizmetin kalitesinin düşmesi ve hizmet çıktılarının kötüleşerek üçüncü kişileri olumsuz yönde etkilemesidir (Maslach vd., 1996; WHO, 2020d). Tükenmişliğin insanlar üzerindeki etkileri yanı sıra, kurumlar ve sektörlerdeki etkilerinin azımsanamayacak düzeyde olması sebebiyle, tükenmişliğin ölçümü ve modellenmesine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır.

Literatürde sıklıkla “çok boyutlu tükenmişlik modeli” olarak tanımlanan ve tükenmişliğin günümüze kadar en çok kabul görmüş kavramsal modeli Maslach ve Jackson’ın 1981 yılında ortaya koyduğu üç boyutlu yapıdır. Bu modeldeki boyutlardan duygusal tükenme (emotional exhaustion), kişinin işiyle ilişkili duygusal tükenme ve yorgunluğunu; ikinci boyut olan duyarsızlaşma (depersonalization), kişinin hizmet verdiği kişilere ve işine yönelik olumsuz duygularını; üçüncü boyut olan kişisel başarı (personal accomplishment) ise kişinin işiyle ilgili başarı duygularını değerlendirmektedir. Bazı araştırmacılar tükenmişlik yapısını kavramsallaştırmada “duygusal tükenme” faktörüne daha fazla vurgu yapmışlardır (Koeske ve Koeske, 1989; Um ve Harrison, 1998) ancak, tükenmişlikle ilgili literatürde çoğunluğun üç boyutun hepsini kullanarak bu yapıyı kavramsallaştırdığı görülmektedir.

Freudenberger (1974) ve Maslach ve Jackson (1981) gibi tükenmişliğe ilişkin yapılmış ilk çalışmalardan günümüze kadar yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, farklı mesleklere veya işlere yönelik tükenmişlik düzeylerinin ölçüldüğü görülmektedir (Sağlam Arı ve Çına Bal, 2008: 131). Yaşamlarının büyük çoğunluğunu iş ortamında geçiren sağlık çalışanları, öğretmenler ve bankacılar gibi yoğun iletişim gerektiren işlerde

çalışan bireylerde tükenmişlik çok daha sık görüldüğünden, bu mesleklerin tükenmişlik düzeylerine ilişkin çalışmalara literatürde sıklıkla rastlanmaktadır (Avcı ve Seferoğlu, 2011; Sılığ, 2003; Izgar, 2000). COVID-19 pandemisinin de ortaya çıkmasıyla birlikte, virüsle en ön saflarda mücadele eden sağlık çalışanlarının tükenmişliğine ilişkin yapılan çalışmalarda hatırı sayılır bir artış meydana gelmiştir (Aksu, 2021: 747). Yapılan bu çalışmalarda, sağlık çalışanlarının pandemi sonrası tükenmişlik düzeylerindeki değişim, tükenmişliklerini etkileyen faktörler ve farklı tükenmişlik modelleri incelenmiştir. Tükenmişliğin COVID-19 pandemisi bağlamında özellikle sağlık çalışanları düzeyinde incelenmesi, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluklarının “paralel salgın” olarak ortaya çıkmasını önlemede önem arz etmektedir (Özışık, 2020).

4.2. TÜKENMİŞLİK İLE İLGİLİ BAŞLICA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

İlk defa 1970’li yıllarda psikoloji literatürüne giren tükenmişlik günümüze kadar pek çok araştırmacı tarafından farklı kuramsal görüşler çerçevesinde tartışılmış ve farklı yaklaşımlar ortaya atılmıştır. Tükenmişlikle ilgili literatürde sıklıkla yer alan bazı kuramsal yaklaşımlar tarihsel sırasına göre açıklanmıştır.

4.2.1. Freudenberger ve Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından genel işgücünün şiddetli duygusal stresini tanımlamak için ortaya koyulmuştur. Freudenberger (1974) çalışmasında tükenmişliği hem fiziksel hem de davranışsal göstergeler bakımından ele almış, duygusal ve bilişsel faktörlerin tükenmişlikte etkisinin olduğunu, yatkınlığın kişisel özelliklere göre değişkenlik gösterebileceğini ve bireyleri bu duygudan korumak için farklı koruma önlemlerinin alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Freudenberger (1975) ve (1977) yıllarında yaptığı araştırmalarında tükenmişliğin bireyin yetenekleri ve enerjisi üzerindeki talep nedeniyle enerji kaybı ve duygusal olarak yıpranma, yerine getirilemeyen işler sonucunda ise bireyde başarısızlık hissi olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. Freudenberger’e göre tükenmişlik, içinde bulunduğumuz çağın

toplumsal hayatın ve bireyin hayatı anlamlandırma çabasının bir ürünü olarak ortaya çıkabilen bir durumdur (Sürgevil Dalkılıç, 2014: 6).

Tükenmişlik genellikle bireyin kurumda çalışmaya başlamasından sonra yaklaşık olarak bir yıl içinde ortaya çıkmaktadır. Fiziksel olarak bitkin ve yorgun hissetme, sıklıkla baş ağrıları yaşama, mide ve bağırsak rahatsızlıkları, uykusuzluk ve nefes darlığı gibi belirtileri vardır. Davranışsal belirtileri ise kişinin duygularını kontrol etmekte zorlanması, çabuk sinirlenmesi, aniden öfkelenmesi, ağlama krizleri yaşaması ve en ufak bir baskıda kendini çok büyük bir sorumluluk almış gibi hissetmesidir (Freudenberger, 1975, 1977).

4.2.2. Maslach ve Mesleki Tükenmişlik Modeli

Literatüre göre mesleki tükenmişlik kavramını araştıran ilk araştırmacılardan biri Christina Maslach'tır. Tükenmişliğin belirtilerinin insanlarla birebir iletişimde bulunan mesleklerde daha yoğun olduğunu, bu mesleklerde çalışan bireylerin duygusal yüklerinin arttığını ve zamanla olumlu duygularında, saygı ve sempatilerinde kayıplar olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tükenmişlik hisseden meslek mensuplarının aile yaşamlarında problemlerin, fiziksel yorgunluklarının, saldırgan ve depresif davranışlarının artabileceğini, bu olumsuz duygu durumlarının üstesinden gelebilmek amacıyla da alkol ve madde kullanımını tercih edebileceğini belirtmiştir (Maslach, 1978).

Tükenmişliğe ilişkin yapılan ilk araştırmalar büyük ölçüde görüşmelere, anket araştırmalarına ve gözlemlere dayanmakta olup keşifsel araştırmalardır (Freudenberger 1974, 1975; Maslach, 1976, 1978; Maslach ve Pines, 1977; Maslach ve Jackson, 1978; Jackson ve Maslach, 1982; Pines ve Maslach, 1978, 1980). Bu çalışmalardan ortaya çıkan genel olarak tutarlı bulgular örüntüsü sonucunda Maslach ve Jackson (1981) mesleki tükenmişliği ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmeye yönelmiştir. Leither ve Maslach (1988) tarafından 22 maddeye revize edilen ölçüm aracı duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi olmak üzere toplamda üç faktör ile tutarlı bir çerçevede tanımlanmıştır.

4.2.2.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme boyutu, çalışan bireylerin stres düzeylerini, fiziksel ve duygusal olarak yorgunluğunu ifade etmektedir. Duygusal tükenme, daha fazla duyarsızlaşmaya ve daha sonra da kişisel başarının azalmasına yol açmakta olup tükenmişliğin tanımlanmasında temel boyuttur (Leither ve Maslach, 1988: 297). İşin duygusal stres faktörlerine bir tepki olduğu düşünüldüğünde, tükenmişliğin ilk aşaması olarak düşülebilir (Maslach ve Jackson, 1982).

Duygusal tükenme, bireyin diğer bireylerle sosyal teması sonucunda duygusal olarak çok fazla yıpranmış ve tükenmiş hissetmesi olup tükenmişliğin merkezi, başlangıcı ve en önemli bileşenidir (Sat, Çukurova Üni., 2011: 34). Duygusal olarak çok yoğun bir tempoda çalışan birey, kendini çok fazla zorlamakta ve diğer insanların duygusal istekleri altında zamanla ezilmektedir. Bunun bir sonucu olarak da, birey kendini diğerlerinden soyutlayarak onlara karşı duyarsızlaştırılmış bir tepki geliştirir ve bununla başa çıkmaya çalışır (Leither ve Maslach, 1988: 300).

Maslach ve diğerleri (2001) duygusal tükenmeyi, bireyin duygusal olarak çok fazla gergin hissetmesi ve duygusal kaynaklarını tüketmesi olarak tanımlamıştır. Bunun birincil nedeni, iş ortamındaki rol çatışmaları sebebiyle iş yükünün adaletsiz dağıtımındadır. Bunun sonucunda doğal olarak birey, kendini aldatılmış ve kullanılmış hisseder. Birey zamanla yeni bir günle, herhangi bir kişiyle başa çıkacak enerjisinin olmadığını hissetmeye başlar. Duygusal tükenme, tükenmişliğin stres boyutunu temsil etmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998: 64).

4.2.2.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, bireyin diğer insanlara karşı olumsuz, duygudan yoksun ve ilgisiz bir tutum sergilemesini ifade etmektedir. Duygusal tükenmenin gelişmesinin ardından bireye aşırı yüklenilmesi sonucu gelişen bir tepki olup bireyin kendini korumak için diğer insanlardan uzaklaşması sonucu zamanla hizmet verdiği insanlara karşı duygusuz davranışlar sergilemesidir (Maslach ve Goldberg, 1998: 64). Kendini diğer insanların

sorunlarını çözmede güçsüz hisseden ve duygusal tükenme yaşayan birey duyarsızlaşmayı kaçış yolu olarak seçer. İnsanlarla olan ilişkilerini işini yapabilmesi için gerekli olan asgari düzeyde tutmaya çalışır. Hizmet verdiği kişilerden uzaklaşan ve katı bir tutum içine giren birey, zamanla iletişim kopuklukları yaşamaya başlar ve böylece kurumsal bağlılığı da azalır. Bu durum kurumdaki diğer bireylere de sirayet ederek kuruma ciddi şekilde zarar verir (Jackson ve Schuler, 1983). Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu temsil etmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998: 64).

4.2.2.3. Kişisel Başarı

Düşük kişisel başarı, öz-yeterlik ve üretkenlik duygularındaki düşüşü ifade eder. Bu düşük öz-yeterlik duygusu, yoğun iş talepleri ve depresyon ile başa çıkamama durumu ile bağlantılıdır. Sosyal destek ve profesyonel olarak gelişme fırsatlarının eksikliği ile daha çok kötüleşebilmektedir. Birey insanlara yardım etme yetenekleri konusunda artan ve yoğun bir yetersizlik duygusu yaşamakta ve bu durum, kendi kendine empoze edilen bir başarısızlık hissi ile sonuçlanabilmektedir. Kişisel başarı bileşeni, tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil etmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998: 64).

4.2.3. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik, Cary Cherniss (1980) tarafından yoğun ve uzun süreli iş stresi ile başlayarak belirli bir süreç sonucunda zamanla kendini gösteren bir durum olarak tanımlamıştır. Bu modelde tükenmişlik, işte stres yaratan kaynaklara tepki olarak başlamaktadır. Bireylerin stres kaynaklarıyla başa çıkmak için işleriyle psikolojik olarak ilişkisini kesmesi, istem dışı olarak duygusuz ve alaycı tavırlar sergilemesi ve sonrasında da işinden ayrılması ile sonlanan bir süreçtir.

Tükenmişlik ile ilgili çalışmalarını hem yoğun iş yükü hem de değer çatışmaları temelinde yürütmüş olan Cherniss'e (1980) göre tükenmişlik, hizmet sektöründe çalışan profesyonellerin rollerine ilişkin tutarsızlıktan kaynaklanmaktadır. Cherniss, çalışmalarında günlük çalışma hayatına özgü sorunlar ile romantik düşünceler arasındaki uçuruma dikkat çekmiştir. Ayrıca, tükenmişliğin bireylerin çalışma hayatındaki

beklentileri ile iş hayatında karşılaştıkları gerçekler arasındaki uçurumdan kaynaklandığını ilk defa Cherniss ortaya koymuştur (Örmen, 1993: 6).

4.2.4. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Bu modelde aşırı miktarda iş yükü, fazla mesai süreleri, yeterli takdiri alamama, ücretlerin düşüklüğü, işe yönelik beklentiler ile var olan durum arasındaki farklılıklar, bazı bürokratik zorluklar ve benzeri faktörlerin tükenmişliğe neden olduğu üzerinde durulmuştur (Pines vd., 1981). Edelwich ve Brodsky (1980) tükenmişliği birbirini izleyen dört evre sonrasında oluşan bir süreç olduğunu ortaya koymuştur. Bu evrelerden ilki şevk ve coşku (enthusiasm) evresidir. Bu evrede mesleki hayatta abartılı beklentilerin içine girmek, aşırı enerjik olmak, hizmet sunulan bireyler ve iş arkadaşları ile aşırı empati kurmak, işi hayatının önemli bir parçası olarak görmek, işin kendisine her türlü olanakları ve kariyer basamaklarını sunacağı beklentisine girmek, işle ilgili sorumluluk ve faaliyet alanlarını kestirememek ve kendini adamak bu evrede görülebilen tehlike belirtileridir. İkinci evre olan durağanlaşma (stagnation) evresinde işe dair istek ve umut duyma halinde azalma olur. Kişi daha önce önemsemediği durumlardan, kendini adayışından ve inkâr ettiği olaylardan rahatsızlık duymaya başlar. Kişi neden işten başka bir şey yapmadığını ve ödüllendirilmediğini sorgulamaya başlar. Bu evrede birey, mesleğinin kuramsal ve pratik yönleri ile kendisine manevi tatmin sağlayamadığını fark eder. İlk iki evre birbiriyle tamamen zıttır. Üçüncü evre olan engellenme (frustration) evresinde, birey yaptığı işteki görevlerini, yaptığı işin anlamını ve yaptığı işin sonuçlarını kendi değerleri açısından sorgulamaya başlar. Bu engellenme devam ettiği sürede birey üç yol izleyebilmektedir. İçinde bulunduğu duruma göre bir denge kurarak adaptif savunma mekanizmalarını kullanır; sorunu görmezden gelerek kendini daha fazla çalışmaya adanarak maladaptif savunma mekanizmalarını kullanır; ya da kişi giderek mekanikleşir ve kendini işine vermez. Dördüncü ve son evre olan umursamazlık (apathy) evresinde, duygusuzlaşmanın karakteristik belirtileri olan duygusal kopma, işe dair inancın ve umutların tamamen yitirilmesi, mesai saatlerinde kural tanımama, hizmet sunulan bireylerle görüşme süresini azaltma çabası, hizmet sunulan bireyleri umursamama ve zaman geçtikçe onlara karşı ilgisiz davranma durumu ortaya çıkar (Edelwich ve Brodsky, 1980).

4.2.5. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Pearlman ve Hartman (1982) tükenmişlik modellerini, kronik duygusal strese karşı verilen bir cevap olarak üç boyutlu tanımlamıştır. Bu modele göre tükenmişliğin üç boyutu, stresin üç ana semptom türünü yansıtmaktadır. Bu boyutlar, bireyin fiziksel semptomlarına odaklanmış olan fiziksel tükenme boyutu, bireyin tutum ve duygularına odaklanmış olan duygusal tükenme boyutu ve bireyin semptomatik davranışları üzerine odaklanmış olan duyarsızlaşma ve düşük iş verimi boyutudur (Pearlman ve Hartman, 1982).

Bu model bireylerin kişisel özelliklerinin, iş hayatının ve sosyal çevresinin tükenmişlik ile baş etmede oldukça etkili unsurlar olduğunu vurgulamıştır. Bu tükenmişlik modelinde dört temel evre bulunmaktadır. Bu evrelerden ilki, durumun strese götürme derecesidir. Bireyin hayatında stresin derecesini belirleyen temel unsur, bireyin işinden beklentileri ile elde ettikleri arasında uyumsuzluk olmasıdır. İkinci evre bireyin algıladığı stres düzeyidir. Strese neden olabilecek birçok durum, bireylerin stres altında hissetmesi ile sonuçlanmaz. Stres düzeyine ilişkin algının oluşmasında, rol ve örgüt değişkenleri, bireylerin kişilik ve geçmiş özellikleri etkilidir. Üçüncü evre ise strese verilen tepkidir. Bu evrede algılanan strese tepki olarak fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Hangi tepkinin nasıl ortaya çıkacağı ise kişisel ve örgütsel değişkenlere bağlıdır. Dördüncü ve son evre ise strese verilen tepkinin sonucudur. Bu evrede uzun süreli duygusal strese maruz kalınması sonucu tükenmişlik meydana gelir. Tükenmişliğin sonucunda iş doyumunu ve verimliliğinde azalma, işten uzaklaşma ve sağlık problemleri ortaya çıkabilir (Pearlman ve Hartman, 1982).

4.2.6. Pines Modeli

Pines ve Aranson (1988) tükenmişliği, bireyleri duygusal anlamda sürekli olarak tüketen ortamların bireylerde ortaya çıkardığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu olarak tanımlamıştır. Bu kapsamda model üç boyuttan meydana gelmektedir. Fiziksel tükenme, bireyin enerjisinde azalma olmasını, sürekli yorgun ve güçsüz hissetmesini; duygusal tükenme, bireyin hayal kırıklığı, çaresiz, umutsuz ve aldanmış hissetmesi gibi

duyguları; ruhsal tükenme ise, bireylerin yaptıkları işe ve kendilerine karşı, etkileşimde buldukları diğer insanlara ve hayata karşı negatif tutumlar sergilemesini ifade etmektedir (Sürgevil Dalkılıç, 2014: 43).

Pines'e göre çalışma hayatlarında varoluşlarına dair bir anlam elde etme beklentisine giren idealist bireyler, işlerine öncelikle yüksek düzeyde bir motivasyon ve beklenti ile başlar. İşleriyle ilgili hata yaptıklarında veya varoluşsal anlam elde etme beklediklerine ulaşamayacaklarını anladıklarında umutsuz ve çaresizlik hissetmeye başlayarak en sonunda sonunda tükenmişlik hissetmeye başlarlar (Pines ve Nunes, 2003).

4.2.7. Meier Tükenmişlik Modeli

Bandura'nın geliştirdiği öz-yeterlilik modeli temel alınarak Scott Meier tarafından geliştirilen model, tekrarlayan olumsuz çalışma hayatı deneyimleri sonucunda gerek bireysel gerekse çevresel faktörlerin bir işlevi olarak meydana gelen tükenmişliği tanımlar. Bu modele göre, iş hayatına ilişkin sonuçların birey tarafından kontrol altına alınmaması ve bireyin yaptığı iş karşılığında kurumundan yeteri kadar takdir görmemesi ve olumlu geri bildirim alamaması tükenmişlik hissinde ana sebeplerdir (Meier, 1983).

4.3. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİĞİN ÖNEMİ

COVID-19 pandemisi nedeniyle dünyada sağlık sistemi üzerinde büyük bir küresel halk sağlığı krizi yaşanmıştır. Küresel olarak doğrulanmış çok yüksek sayıda vaka, ölüm ve artan aşı kapsamına rağmen, yeni varyantların ortaya çıkması ve yeni "dalgalar"ın meydana gelmesi sağlık sistemleri üzerinde ciddi etkiler yaratmıştır. Rutin hizmetlerin klinikler arası paylaşılması veya durdurulması, klinik alanların yeniden planlanması, personelin farklı kliniklere rotasyonu, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, kapsamlı sorumluluklar, tıbbi kaynakların ve hizmetlerin maksimum düzeyde olmasına rağmen sürekli ihmal şikâyetlerinin gelmesi (Denning vd., 2021; Elghazally vd., 2021), özellikle acil servislerde benzeri görülmemiş başvuru nedeniyle kapasitenin zorlanması (Tuan vd., 2021). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, sağlık sistemi içerisinde, COVID-19

pandemisinden olumsuz yönde en çok etkilenen grubun sağlık çalışanları olduğu görülmektedir.

COVID-19'un yönetimi, teşhisi ve tedavisinde ön saflarda bulunan sağlık çalışanları bu dönemde ağır iş yükü, hastalarını, meslektaşlarını ve sevdiklerini kaybetmenin derin üzüntüsü, kendileri ve aileleri için enfeksiyon riski endişesi duymaları, hızlı ve optimal bakım protokollerinin desteği olmadan alınması gereken stresli ölüm kalım kararlarının zorluğu ve etik ikilemler nedeniyle görevlerini yerine getirirken fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak çok fazla enerji harcamışlardır (The Lancet, 2020; Søvold vd., 2021). Pandemi gibi kriz süreçlerinde mesai sürelerinin ve iş yükünün artması, tehlikeli çalışma ortamı gibi durumlarda yüksek düzeyde harcanan bu enerji, sağlık çalışanlarının psikolojik ve duygusal refahını büyük ölçüde etkileyerek “tükenmişlik sendromu” için risk oluşturmaktadır (TPD, 2020). Bahsedilen zorlu çalışma koşulları ve risk faktörleri sağlık çalışanlarının tükenmişliği konusuna olan farkındalığı artırmıştır (Leo, 2021).

COVID-19 pandemisine benzer kriz dönemlerinde tükenmişlik gibi yaygın ve önemli bir konuda zamanında tedbir alınmaması, tükenmişliğin çok yönlü ve yaygın etkileri düşünüldüğünde, toplum sağlığını giderek artan bir riskle karşı karşıya bırakmak anlamına gelmektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve ruh sağlığı problemleri arttıkça, halkın koruyucu sağlık hizmeti, acil bakım ve diğer tıbbi prosedürleri alabilme olanakları etkilenecek, bakımın kıt olduğu yerlerde ise sağlık eşitsizlikleri ve maliyetler artacaktır (OSG, 2022). Ayrıca sağlık çalışanlarının tükenmişliği sağlık çalışanları ve çalıştıkları kuruluşlar için ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Bu sonuçların başında tıbbi hatalar, sağlık hizmetleri sunum kalitesinin ve hasta memnuniyetinin düşük olması gelmektedir (Montgomery vd, 2019). Tükenmişliğin sağlık çalışanlarının sağlığını, yaşam kalitesini ve hizmet sunumlarını etkilemesinin yanında, COVID-19 bulaşının artmasına neden olacağı düşünülmüştür. Galletta vd. (2016) pandemi öncesi dönemde yaptıkları araştırmalarında sağlık çalışanlarının tükenmişliğinin artmasının hastane enfeksiyonlarının bulaş riskini de artırdığını ortaya koymuştur.

Pandeminin panik dönemlerinden iyileşmeye doğru geçiş yapılırken, sağlık camiasında uzun süredir devam eden tükenmişlik krizini ele almanın, sağlık çalışanlarını ruhsal ve

fiziksel yükten kurtarabilmek için gerekli önlemlerin alınmasını sağlama konusunda yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Bu sebeple, bu dönemde, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinde tükenmişlik seviyesini ve tükenmişliklerini etkileyen faktörleri ortaya koymak üzerine birçok yeni çalışma yapılmıştır (OSG, 2022).

4.3.1. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişliğine İlişkin COVID-19 Pandemisinde Yapılan Bazı Çalışmalar

Sağlık çalışanları, enfekte olma veya taşıyıcı olma ihtimali yüksek olan kişiler ile aynı ortamda çalışmaları dolayısıyla, diğer insanlara kıyasla daha fazla COVID-19 bulaş riski ve stres maruziyeti ile karşı karşıya kalmıştır (Buckley vd., 2020). Rutin çalışma işleyişinin bozulması, hastalığın belirsizliği, tehlikeli bir alanda çalıştığını düşünmek ve benzeri değerlendirmeler pandeminin sağlık çalışanlarına yalnızca fiziksel değil, psikolojik etkilerinin de olduğunu göstermektedir (Kaya, 2020).

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları psikolojik stresin dikkate alınmaması sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kalitesinde hem bireysel hem de toplumsal seviyede ciddi olumsuz sonuçlara neden olmuştur (Preti vd., 2020). Pandemi döneminde rutin klinik çalışmalarının değişmesi, kontrol kaybı duygusu, sağlık hizmetlerinin istikrarsızlaşması ve benzeri korkular sebebiyle özellikle kadın sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve tükenmişlik gibi problemlerin belirgin şekilde arttığı saptanmıştır (Spoorthy vd., 2020). COVID-19 pandemisinde yapılan testlerde günlük vaka ve ölüm sayılarının artması, tıbbi malzemelerin ve cihazların yetersizliği, yoğun iş temposu ve stres gibi faktörlerin sağlık çalışanlarında tükenmişlik duygusunu tetikleyerek psikolojik sorunları artırdığı vurgulanmıştır (Arpacıoğlu vd., 2021). Türkiye’de yapılan bir araştırmada ise duygusal tükenmişliğin COVID-19 pandemisine ilişkin eğitim eksikliği, kişisel koruyucu ekipman edinme zorluğu, COVID-19 servisinde çalışma durumu ve psikiyatrik hastalığın varlığından tetiklediği ortaya koyulmuştur (Tuna ve Özdin, 2021).

Sağlık çalışanları, COVID-19 virüsünü iş ortamlarından sevdiklerine, ailelerine, ailedeki yaşlı ve çocuklara, kronik hastalığı olanlara bulaştırmaktan oldukça korktuklarını bildirilmiştir. Bu korkunun yanında yoğun bakımdaki yatak ve ekipman yetersizliği ile

mücadele ederken, pandemiden korunma tedbirlerine ve politikalara uymayan kişiler nedeniyle yaşadıkları stres ve anksiyetenin arttığını, kritik durumda olan hastalara bakım verirken oldukça çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Salgının pik yaptığı ve yoğun bakım servislerinin dolu olduğu dönemlerde sağlık çalışanlarının saatler boyunca koruyucu ekipman kullanılmasının solunum, tuvalet ihtiyacı ve su içmeyi kısıtlaması nedeniyle, hem fiziksel hem de zihinsel yorgunlukları ciddi şekilde artmıştır (Chen vd., 2020). Tüm bunlar da sağlık çalışanlarında tükenmişlik hissini ortaya çıkarmış, bunun sonucunda da depresyon ve kronik yorgunluk görülmeye başlamıştır (Çolak, 2021). Salgın dönemi öncesinde sağlık çalışanlarında yaygın görülen tükenmişliğin COVID-19 pandemisi döneminde daha çok arttığı, bu nedenle de sağlık çalışanları arasındaki tükenmişliği azaltmak için acil olarak yeni çözüm önerileri bulunması gerektiği belirtilmiştir (Fessell ve Cherniss, 2020).

Barello vd. (2020) yaptıkları araştırmada, İtalya'da COVID-19'lu hastalarının sağlık sistemi üzerine aşırı yük olmasının, sağlık çalışanlarının refahı için ciddi risk oluşturduğunu, bu sebeple sağlık çalışanlarının işleriyle ilgili psikolojik baskı, duygusal tükenmişlik ve bazı somatik semptomlar yaşadığını belirtmiştir. Luceño-Moreno vd. (2020) İspanya'da sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmada, kişilerin %56.6'sında travma sonrası stres bozukluğu, %58.6'sında anksiyete bozukluğu, %46'sında depresif bozukluk ve %41.1'inde duygusal tükenme olduğunu bildirmiştir.

İran'ın Tahran şehrinde üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %53'ünde tükenmişlik görüldüğü ve sağlık çalışanları arasında yaş, cinsiyet ve COVID-19 servisinde çalışma durumu gibi faktörlerin tükenmişlik seviyesinde etkisi olduğu ortaya koyulmuştur (Jalili vd., 2021). Denning vd. (2021) tarafından yapılan araştırmada, COVID-19 pandemi döneminde hizmet veren İngiltere, Polonya ve Singapur'dan sağlık çalışanları arasında %67 oranında tükenmişliğin görüldüğü, tükenmişliğin COVID-19 testi, korunma önlemleri, cinsiyet, COVID-19 servisinde çalışma durumu ve psikolojik rahatsızlıklar ile bağlantılı olduğu bulunmuştur.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinde artış olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma ve güçlü kanıtlar olsa da farklı sonuçlara sahip çalışmalar da bulunmaktadır. Akalın ve Modanlıoğlu (2021) yoğun bakımda görev yapan sağlık çalışanlarına ilişkin yaptıkları çalışmalarında, COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Hoşgör ve diğerleri (2021) de çalışmalarında COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varmıştır. Hu ve diğerleri (2020) çalışmasında Wuhan şehrinde COVID-19 pandemisinde ön saftaki hemşirelerin tükenmişlik, kaygı, depresyon ve korku düzeylerini -yüksek düzeyde olması beklenirken- orta düzeyde tespit etmiştir.

COVID-19 sürecinde yapılan bazı çalışmalarda, hekimlerin, hemşire ve ebelerin tükenmişlik düzeyleri, diğer sağlık çalışanlarından genel olarak daha yüksek bulunmuştur. Buna neden olan bazı faktörlerin, hekim, hemşire ve ebelerin diğer sağlık çalışanlarına göre, hasta ve hasta yakınları ile daha çok etkileşimde olması, çalışma koşulları ve mesai saatleri olduğu üzerinde durulmuştur (Ay ve İçen, 2021). Literatür incelendiğinde buna benzer ve farklı sonuçların da olduğu görülmektedir. Matsuo ve diğerleri (2020) çalışmasında Japonya'daki kadın sağlık çalışanları ve hemşirelerin daha fazla tükenmişlik hissettiklerini; Hoşgör ve Yaman (2021) ise tükenmişliğin mesleklere göre anlamlı bir fark göstermediğini ortaya koymuştur. Cortina-Rodriguez (2020) Porto Riko'da yaptığı çalışmasında tükenmişliğin üç boyutunun hemşirelerde yüksek düzeyde, hekimlerde ise orta düzeyde olduğunu belirlemiştir.

4.3.2. Tükenmişlikten Kurumsal ve Bireysel Düzeyde Korunma Önlemleri

Tükenmişliğin önlenmesinde çok faktörlü bir yaklaşımın takip edilmesinin oldukça önemli olduğu, bu yaklaşımda, çalışma ortamı, bireyin kişiliği ve çalışma durumuna karşı tutumunun birlikte ele alınması gerektiği bildirilmiştir. Bu, yalnızca profesyonel işverenler ve çalışma ortamı düzeyinde önlemlerin uygulanması değil, aynı zamanda bireysel başa çıkma stratejilerinin de geliştirilmesi ve uygulanması anlamına gelmektedir (De Hert, 2020).

Sağlık çalışanlarının bedensel ve ruhsal durumlarını gözlemleyebilmesi ve ihtiyaçlarını sağlaması tükenmişlikten korunabilmeleri için gereklidir. COVID-19 pandemisinde ön saflarda görev yapan bir sağlık çalışanının, bireysel ihtiyaçlarını gözetmesinin suçluluk hissine yol açması ise tükenmişliğe neden olabilecek önemli bir risk faktörüdür. Tükenmişlik çalışan için kendisine zarar verdiği bir deneyim olmakla birlikte, organizasyon için de çalışanından verim alamadığı bir durumdur. Bu sebeple, sağlık çalışanlarının tükenmişlikten korunması için alınacak önlemler toplumsal sorumluluğun bir parçasıdır (TPD, 2020).

COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanının bireysel ihtiyaçlarını sağlaması bencillik ve şımarıklık olmamakla birlikte, bunun aslında bir görev sorumluluğu olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Sağlık çalışanının mümkünse uyku düzenini, beslenme biçimini, mesai sürelerini ve enerji düzeyini bir günlük tutarak yazmasının yararı olacaktır. Özetle; sağlık çalışanı durumunu organizasyonu ile paylaşmalı ve gerekli durumlarda görev yeri/biçimi değişikliği talep etmeli ya da ara vererek kendini tükenmişlikten korumalı; organizasyon da tükenmişliğe karşı çalışanlarını eğitmeli, takip etmeli ve yardımcı olmalıdır (TPD, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanlarını tükenmişlikten korumak için sağlık kuruluşlarına birtakım önerilerde bulunmuştur. Bunlardan ilki “*iyi iletişim*”in sağlanmasıdır. Düzenli ve güvenli bilgi akışının sağlandığı duygusu, stresi azaltmada oldukça hızlı sonuç veren unsurlardan biridir. COVID-19 pandemisi sağlık çalışanlarını enfeksiyon riskine maruz bıraktığı için, herhangi bir değişiklik veya aksaklık durumunda ekip hızlıca bilgilendirilmeli, bilgiyi söylenti yoluyla edinmemelidir. Bilgilendirilme yapılmasını gerektiren durumlarda birim süpervizörü ekibini bir araya getirip bilgilendirme yapmalı ve ekibinin sorularını cevaplamalıdır. İkincisi “*multidisipliner takım toplantıları*” gerçekleştirerek ekiplerin sorunları paylaşmalarını ve bunların çözümlerine ilişkin beraber hareket etmelerini sağlayarak kurumsal bağlılıklarını artıracak motivasyonu korumalarıdır. Üçüncüsü, sağlık çalışanları arasında hem stres ve tükenmişliği azaltacak hem de onlara sosyal ve psikolojik destek sağlayacak, afet veya kitlesel felakette görev alacak çalışanları birbirleriyle ikişerli biçimde eşleştirme prensibine dayanan “*badi sistemi*”nin (*body system*) uygulanmasıdır. Badi sisteminde

sağlık çalışanları birbirleriyle deneyimlerini ve vaka yüklerini paylaşabilecek, ayrıca birbirlerinin uyku kalitesini, bedensel ve zihinsel zindeliği ile beslenme kalitesini takip edebilecektir. Dördüncü olarak “rotasyon”, yani yoğun stresli kliniklerde görev yapan sağlık çalışanları ile daha az stresli kliniklerde görev yapan sağlık çalışanlarının periyodik olarak görev yerlerinin değiştirilmesi önerilmektedir. Beşinci ve son olarak ise, sağlık kuruluşlarında iletişimde “mizahın ve katılımcı tekniklerin uygulanması” önerilmekte, bu şekilde çalışanlar arasında yaratıcı çözümlerin ve daha olumlu tutumların sağlanabileceği düşünülmektedir (WHO, 2018a,b).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık çalışanlarının COVID-19 ve benzeri bir pandemi ya da afette tükenmişlikten korunmaları için kendilerinin gerçekleştireceği bireysel birtakım önerilerde de bulunmuştur. Bunlardan ilki “monitörizasyon” ile ruhsal ve zihinsel olduğu gibi bedensel olarak da kendi durumlarının farkında olmalarıdır. Sağlık çalışanlarının yalnızca iş yükü ve bunun ruhsal etkilerini değil; uyku kalitesi, düzenli beslenme ve egzersiz, ağrı veya halsizlik gibi bedensel bulgularını takip etmeleri ve kaydetmeleri de önerilmektedir. İkincisi ise “iş ve yaşam dengesi”ni sağlamalarıdır. Pandemi görev alan sağlık çalışanının iş ve yaşam dengelerini sağlamaları zor olsa da, mesai sırasında alışkanlıkları olmasa dahi bulabildikleri her fırsatta dinlenmeye gayret etmeleri, açlık ve susuzluklarını takip ederek gidermeleri önerilir. Üçüncü ve son olarak önerilen ise, gerektiğinde çalışma arkadaşlarından “yardım istemeleri”dir. Genellikle hastalarına öncelik verdikleri için kendileriyle ilgili önlem almada suçluluk duygusu yaşayan sağlık çalışanlarının yardım isteme ve kısa süreli çekilmenin olağan bir durum olduğunu unutmaması gerektiği tavsiye edilmektedir (WHO, 2018a,b).

Sağlık çalışanları tükenmişlik yaşama olasılığı en yüksek çalışan gruplarından biridir (Piko, 2006: 312). Bu nedenle pandemi gibi zorlu dönemler dışında da tükenmişlikten korunmaları için verilecek destek, meydana gelebilecek herhangi bir felâkete karşı psikolojik olarak hazırlıklı olmalarına, daha büyük bir motivasyonla görevlerini yapmalarına ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmalarına yardımcı olacaktır. Bunun için pandemi dönemi dışında da yukarıda bahsedilenlere benzer tedbirlerin alınması ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını ortaya koyacak çalışmaların yapılması önem taşımaktadır.

5. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümünde sırasıyla araştırmanın amacı, araştırmanın modeli ve hipotezler, veri toplama aracı, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması, verilerin analizi ve son olarak araştırmanın varsayımları ve sınırlılıkları anlatılmıştır.

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

COVID-19 pandemisinin yüksek prevalansı ve mortalite hızı nedeniyle yaşanan kaygı, endişe ve korku neticesinde toplumlar zor bir süreçten geçmiş, hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak ciddi şekilde etkilenmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de bu süreçte en fazla etkilenen grup şüphesiz ki sağlık çalışanları olmuştur. Birçok sağlık çalışanı pandemide hem kendisini hem de ailesini hastalıktan korumaya çalışırken, COVID-19 servislerinde hizmet veren veya farklı şehirlere görevlendirilen sağlık çalışanları uzun süre sevdiklerinden ve onların desteğinden mahrum kalmıştır. İş arkadaşlarının, aile üyelerinin ve bakım sağladıkları hastalarının ölümüne şahit olarak büyük bir ruhsal yıkım yaşamışlardır. Bu durumun çoğu sağlık çalışanının tükenmişlik düzeyini, sosyal destek algısını ve dolayısıyla pandemiden korunma davranışlarını etkilediği düşünülmektedir (Dağlı ve Gönen, 2022; Yıldız vd., 2022). Park ve diğerlerinin (2018) çalışmalarında da vurgulandığı üzere, herhangi bir pandemi döneminde sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlık düzeylerini korumak ve güvenliklerini sağlamak için kişisel koruyucu ekipmanların sağlanması ve aşılamanın yanında korunma davranışlarını da anlayarak destek olunması oldukça önemlidir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının COVID-19 gibi pandemilerde korunma davranışlarını anlayarak güvenliğini sağlayacak tedbirlerin alınması, yalnızca onları virüse karşı korumayacak, aynı zamanda virüsün bulaşmasını da önleyecektir. Pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarının özellikle korunma davranışlarını ve bu davranışlarına yön veren diğer faktörleri anlamak oldukça önemlidir (Bashirian vd., 2020). Bu nedenlerle, pandemide ön saflarda görev alan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinden korunma davranışlarının ve bu davranışları sergilemedeki bilişsel süreçlerinin nasıl gerçekleştiği konusunun belirli bir teoriye dayanarak ele alınması önemli hale gelmiştir.

DSÖ tarafından COVID-19 pandemisini önlemede en önemli bileşenlerden birinin “eğitim programları” düzenlemek olduğu belirtilmiştir. Ancak bu eğitim programlarının tam anlamıyla başarıya ulaşmasındaki en büyük engel olarak yeterince analitik çalışmaya yer verilmeden ve bilimsel temelden uzak planlanmalarla gerçekleştiriliyor olması gösterilmiştir (WHO, 2020). Oluşturulacak eğitim programları, koruyucu uygulamalar ve politikaların planlanması sırasında kullanılabilecek bilişsel teoriler arasında yer alan Korunma Motivasyonu Teorisi bireylerin koruyucu davranışlarını tahmin etmede kullanılmaktadır (Rogers ve Prentice-Dunn, 1997).

Daha önceki bölümlerde yer verildiği üzere, COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının tükenmişliği ve sosyal destek algılarının ayrı ayrı ve birlikte incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Ancak literatürde, tükenmişlik ve sosyal desteğin Korunma Motivasyonu Teorisi ile birlikte incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, Korunma Motivasyonu Teorisini tüm bileşenleriyle COVID-19’a uyarlamış olan çalışma sayısı hâlen azdır. Bu çalışmanın başlangıcında ve tamamlandığı tarihte YÖK’ün tez tarama motorundan yapılan inceleme neticesinde de sağlık yönetimi alanında veya herhangi başka bir alanda Korunma Motivasyonu Teorisine ilişkin yapılan bir tez çalışmasına rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın temel amacı, öncelikle sağlık çalışanlarının pandemiden korunma davranışlarını Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT) çerçevesinde algılanan sosyal destek ve tükenmişlik ile değerlendirmektir. Diğer bir amacı ise KMT’yi yeni bir kavramsal model ile uygulayarak sağlık çalışanlarının sağlık tehditlerine karşı kendilerini koruma davranışlarının altında yatan faktörlere yeni bir bakış açısıyla ışık tutmak ve daha önce birlikte incelenmemiş KMT modeli boyutları, algılanan sosyal destek ve tükenmişlik arasındaki ilişkileri inceleyerek literatüre katkı sağlamaktır.

Bu çalışma yapıldığı sırada, Türkçe literatürde Korunma Motivasyonu Teorisine ilişkin geliştirilmiş veya uyarlama çalışması yapılmış herhangi bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu çalışmanın alt amaçlarından biri, Khazae-Pool ve diğerlerinin (2020) İran’da geliştirdiği “COVID-19’dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler (AFPB-CO)” Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilerek Türkçe literatüre kazandırılmasıdır.

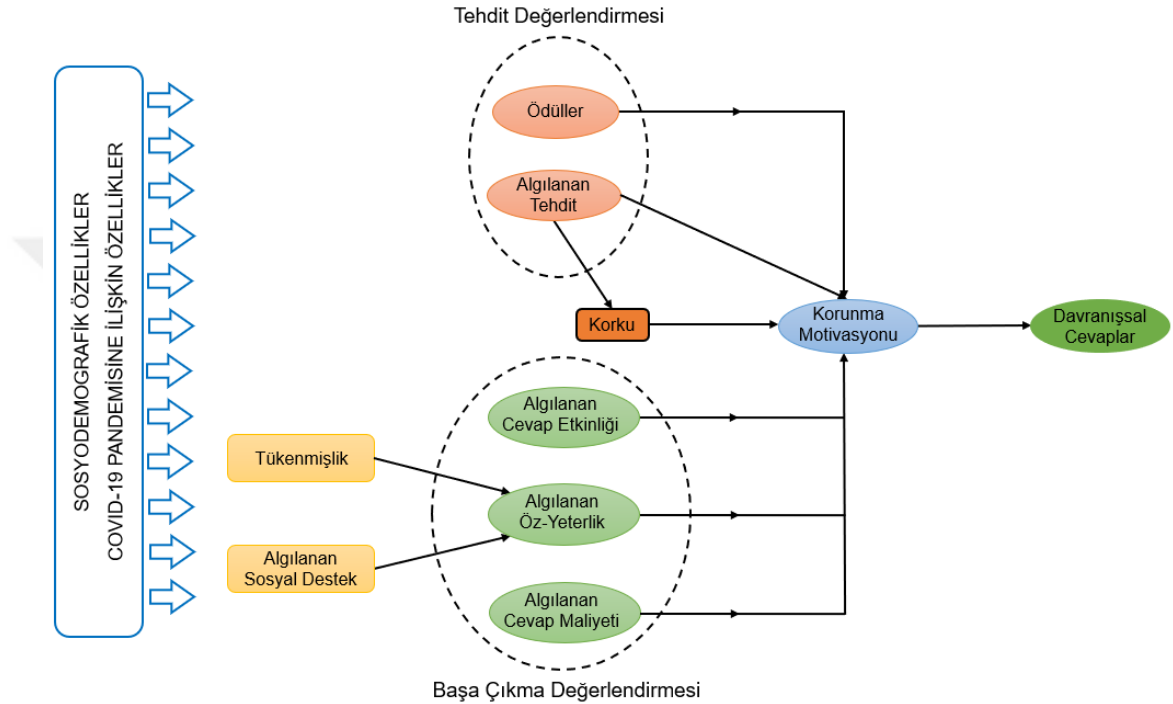
Sosyal destek algısı, tükenmişlik ve korunma motivasyonu sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş ve diğer özelliklerine göre farklılık gösterebilecek değişkenlerdir. Bu çalışmanın başka bir alt amacı ise, araştırma modelinin sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre tahmin edilmesi sonucu sağlık çalışanlarının hastalığa karşı korunma motivasyonlarının ve KMT bileşenlerinin bu özelliklere göre nasıl değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktır. Çalışmanın diğer alt amacı ise, sağlık çalışanlarına pandemiyle başa çıkmada psikososyal destek ve korunma motivasyonu sağlayacak uygulamalara, önlemlere ve politikalara yön verebilecek bazı önerilere yer vermektir. Bu kapsamda, çalışmanın algılanan sosyal destek, tükenmişlik ve KMT ile oluşturulan kavramsal modeline ilişkin teorik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

5.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER

Bu çalışmanın araştırma modeli KMT çerçevesinde algılanan sosyal destek ve tükenmişliğin de dahil edildiği karma bir modelden oluşmaktadır. 1975 yılında Rogers tarafından geliştirilen KMT modelinin Rogers (1983) ve Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) tarafından revizyon çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada, Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) tarafından revize edilmiş ve Korunma Motivasyonu Teorisi bölümünde yer verilmiş olan KMT modeli (Sayfa 31'deki) araştırmanın temel modeli olarak ele alınmıştır.

Yapılan literatür araştırmasına göre araştırmanın temel KMT modeline sosyal destek ve tükenmişlik yapılarının eklenmesiyle araştırma modeli oluşturulmuştur. Bu çalışmanın araştırma modeli oluşturulurken yapılan literatür incelemesinde sosyal destek ve tükenmişliğin öz-yeterlik ile ilişkisini vurgulayan çalışmalara rastlanmıştır (Bellemans vd., 2023; Ozer, 2023; Fontes vd., 2022; Matos vd., 2022; Makara-Studzińska vd., 2021; Hosseingholizadeh vd., 2019; Molero vd., 2018; Shoji vd., 2016; Wang vd., 2015; Dasgupta, 2012; Bolat, 2011; Major vd., 1990; Wills, 1985). Bazı çalışmalar algılanan sosyal destek ve tükenmişliğin, öz-yeterliği doğrudan etkileyebileceğini veya dolaylı olarak öz-yeterliğin artması yoluyla fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarının kalitesini olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmiştir (Bellemans vd., 2023; Major, 1990). Literatürdeki çalışmaların öz-yeterlik ile sosyal destek ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi

desteklemesi sonucunda temel KMT modeline ilgili yapılar eklenmiştir. Böylece, COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını sosyal destek algıları ve tükenmişlik düzeyleri ile birlikte ortaya koyacak araştırma modeli oluşturulmuştur. Araştırma modeli, KMT'nin 8 boyutu, tükenmişlik ve algılanan sosyal destek değişkenleri olmak üzere toplam 10 boyut ile Şekil 6'daki gibi kurgulanmıştır.



Şekil 6. Araştırma Modeli

Şekil 6'da sosyodemografik özellikler ve COVID-19 pandemisine ilişkin özellikler ifade edilmiştir. Bu ifade, sağlık çalışanlarının ilgili özelliklerine göre modelin ayrı ayrı tahmin edileceğini temsil etmektedir.

Mevcut literatür doğrultusunda kurgulanan araştırma modelinin, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını açıklamak için istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı test edilecektir. Bunun için araştırma modelinde yer alan değişkenler arasında ortaya çıkması beklenen etkilere ilişkin kurgulanan hipotezler şunlardır:

H₁ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları cevap etkinliği korunma motivasyonlarını pozitif yönde etkilemektedir.

H₂ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları öz-yeterlik korunma motivasyonlarını pozitif yönde etkilemektedir.

H₃ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları cevap maliyeti korunma motivasyonlarını negatif yönde etkilemektedir.

H₄ : Sağlık çalışanlarının tükenmişliği algıladıkları öz-yeterliği negatif yönde etkilemektedir.

H₄₍₁₎ : Sağlık çalışanlarının tükenmişliği korunma motivasyonlarını negatif yönde (dolaylı) etkilemektedir.

H₅ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal destek algıladıkları öz-yeterliği pozitif yönde etkilemektedir.

H₅₍₁₎ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal destek korunma motivasyonlarını pozitif yönde (dolaylı) etkilemektedir.

H₆ : Ödüller, sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir.

H₇ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit korunma motivasyonlarını pozitif yönde (doğrudan) etkilemektedir.

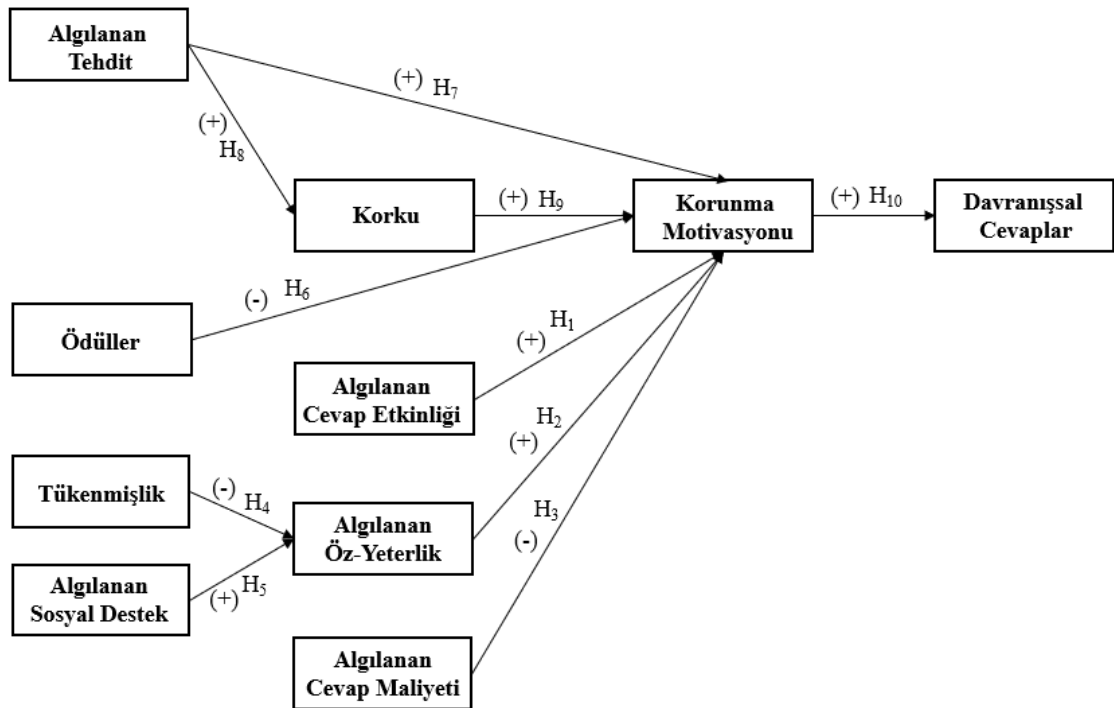
H₇₍₁₎ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit korunma motivasyonlarını pozitif yönde (dolaylı) etkilemektedir.

H₇₍₂₎ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit korunma motivasyonlarını pozitif yönde (toplam) etkilemektedir.

H₈ : Sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit korkularını pozitif yönde etkilemektedir.

H₉ : Korku, sağlık çalışanların korunma motivasyonlarını pozitif yönde etkilemektedir.

H₁₀ : Sağlık çalışanlarının korunma motivasyonları davranışsal cevaplarını pozitif yönde etkilemektedir.



Şekil 7. Araştırma Modeline İlişkin Hipotezler

Şekil 7’de araştırma modeline ilişkin hipotezler ve ilgili hipotezlerde değişkenler arasında beklenen etkilerin yönü araştırma modeli üzerinde gösterilmiştir. Bu hipotezlerin doğrulanması sonucu etkilerin yönü yukarıda görüldüğü gibi olacak ve araştırma modelinin anlamlılığı istatistiksel olarak ortaya koyulmuş olacaktır.

5.3. VERİ TOPLAMA ARACI

Sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarının algılanan sosyal destek ve tükenmişlik düzeyi ile Korunma Motivasyonu Teorisi çerçevesinde değerlendirildiği bu araştırmada, veri toplama aracı olarak 4 bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır (EK 1). Anket formunun ilk bölümünde sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin bazı özelliklerini ölçen “Kişisel Bilgi Formu” bulunmaktadır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma deneyimi, birlikte yaşadığı bireyler ve COVID-19 servisinde çalışıp çalışmadıkları hakkında toplam 17 soru içermektedir. Formda sağlık çalışanlarına kronik hastalıkları olup olmadığı, pandemi sırasında fiziksel sağlıklarını korumaya yönelik davranışlar gerçekleştirip gerçekleştirmedikleri ve pandemide izolasyon süreci yaşayıp yaşamadıkları, kendilerine veya birlikte yaşadıkları bireylere COVID-19 bulaşık bulaşmadığı ve COVID-19 aşısı yaptıırıp yaptıımadıkları da sorulmuştur.

Anket formunun ikinci bölümünde İran’da geliştirilen ve bu araştırmada Türkçeye uyarlama çalışması yapılan COVID-19’den Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeği (AFPB-CO: The Scale for Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19) bulunmaktadır. AFPB-CO Ölçeği, Khazae-Pool ve diğerleri (2020) tarafından İran’ın Mazenderan eyaletinde örneklemini 720 bireyin oluşturduğu çalışmada Rogers’ın (1975) KMT teorisine dayanarak geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin COVID-19’dan korunma motivasyonlarını ve davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirmektedir. Ölçeğin orijinali, 36 madde ve 8 boyuttan oluşmaktadır. AFPB-CO Ölçeğinin boyutları algılanan tehdit (6 madde), korku (4 madde), ödüller (3 madde), algılanan cevap etkinliği (4 madde), algılanan cevap maliyeti (6 madde), algılanan öz-yeterlik (4 madde), korunma motivasyonu (4 madde) ve davranışsal cevaplardan (5 madde) olmak üzere toplam 8 boyuttan oluşmaktadır. Davranışsal cevaplar boyutu hariç tüm boyutlar “1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum”; davranışsal cevaplar boyutu ise “1: hiçbir zaman, 5: her zaman” olacak şekilde puanlandırılmıştır (Khazae-Pool vd., 2020). Khazae-Pool ve diğerleri (2020) çalışmalarında ters kodlanan maddelere ilişkin herhangi bir açıklama yapmamıştır. Ancak, algılanan tehdit boyutunda bulunan 2. ve 4. maddeler, boyuttaki diğer maddelere göre negatif ifadeler içerdiğinden ters kodlanmıştır. Khazae-

Pool ve diğeri (2020) ilgili ölçek için herhangi bir eşik değeri (cut off) belirlememiştir. MacDonell ve diğeri (2013) ile Ezati Rad ve diğeri (2021) KMT'ye dayanan ölçekler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, medyandan yüksek bir puanın daha güçlü bir algı ve inancı yansıttığını kabul etmiştir. İlgili ölçeğin toplanabilirlik özelliği bulunmadığından tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi süreçlerine ilişkin toplam puanları oluşturulamamıştır.

Anket formunun üçüncü bölümünde ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği / Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) Türkçe versiyonu bulunmaktadır. Zimet ve diğeri (1988) tarafından geliştirilen ve toplamda 12 maddeden oluşan ölçek sırasıyla aile (4 madde), arkadaşlar (4 madde) ve özel insan (4 madde) boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Eker ve diğeri (2001) tarafından yapılmış olup orijinal versiyonuyla benzer olarak Türkçe versiyonda da 12-84 puan aralığında 7'li Likert tipi ölçek (1: kesinlikle hayır, 7: kesinlikle evet) kullanılmıştır. Toplam algılanan sosyal destek puanı aile, arkadaşlar ve özel insan puanlarının toplamı alınarak elde edilmiştir. Eker ve Arkar (1995) ölçeğin ilk uyarlama çalışmasında yüksek puanın, "yüksek" sosyal destek algısı anlamına geldiğini belirtmiştir. Herhangi bir eşik (cut-off) değeri belirtilmemiş olan ölçek için medyan değeri eşik olarak kullanılmıştır. Bu bağlamda, algılanan sosyal destek puanları medyanın altında olan sağlık katılımcılar "yetersiz" sosyal desteğe sahip, medyanın üzerinde olan katılımcılar ise "yeterli" sosyal desteğe sahip olarak sınıflandırılabilir.

Anket formunun dördüncü bölümünü MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği / Maslach Burnout Inventory: MBI) Türkçe versiyonu oluşturmaktadır. Toplamda 22 maddeden oluşan ölçek sırasıyla duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde) ve kişisel başarı (8 madde) boyutlarından oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin belirlendiği ölçeğin orijinal versiyonunda (Leither ve Maslach, 2016) tükenmişlik cevapları 7'li Likert tipi ölçek olarak düzenlenmiş olup Ergin (1992) tarafından uyarlanan Türkçe versiyonunda 0-88 puan aralığında 5'li Likert tipi ölçek (0: hiçbir zaman, 4: her zaman) kullanılmıştır. Bu tez çalışmasında ise ölçek puanları "1: hiçbir zaman, 5: her zaman" olacak şekilde puanlandırılmıştır. Toplam tükenmişlik puanı duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve ters kodlanmış kişisel başarı (düşük kişisel başarı)

puanlarının toplamı alınarak elde edilmiştir. Türkçe versiyonda herhangi bir eşik (cut-off) değeri olmadığından medyan değeri eşik olarak kullanılabilir. Bu bağlamda, tükenmişlik puanları medyanın altında olan katılımcılar "düşük" tükenmişliğe sahip olarak, medyanın üzerinde olan katılımcılar ise "yüksek" tükenmişliğe sahip olarak sınıflandırılabilir.

AFPB-CO Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ek olarak, ÇBASD ve MTÖ ölçeklerine ilişkin güvenilirlik analizlerine ilaveten Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA) de gerçekleştirilmiştir. Böylece araştırmanın mevcut örneklemiyle güvenilir istatistiksel sonuçların elde edilebileceği ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

5.3.1. COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler (AFPB-CO) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği

Ölçek uyarlama çalışması, belirli bir dil ve kültüre göre geliştirilmiş olan ölçeklerin başka bir dil ve kültürde kullanılabilmesi için izlenen sistematik yöntemlerden oluşmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002: 10). Yapılan bu çalışmada, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yoğunluğu ve veri toplama işleminin zor olması nedeniyle yeni bir ölçek geliştirme çalışması yerine geliştirilen bir ölçeğin uyarlama çalışması tercih edilmiştir. Uyarlama çalışmalarının avantajları Hambleton ve Patsula (1999) tarafından beş madde ile özetlemiştir:

- ✓ Uyarlama çalışması yeni bir ölçek geliştirmeye göre daha çabuk, kolay ve hızlıdır.
- ✓ Başka kültürler ve ülkeler ile karşılaştırma yapabilmek için bir ölçeğin uyarlama çalışmasını yapmak, başka bir dilde eşdeğer test oluşturmak için etkili bir yoldur.
- ✓ Başka bir dilde yeni bir ölçek geliştirmek için yeterli uzmanlığa sahip olunmayabilir.

- ✓ Psikometrik özelliklerine ilişkin bilgilerin açık olduğu bir ölçeğin uyarlanması, yeni geliştirilecek bir ölçekten daha güvenilirdir.
- ✓ Bir ölçeğin birden fazla dile uyarlanması, farklı kültürlerden bu ölçeğin uygulandığı kişiler için eşitlik sağlar.

Ölçek uyarlama çalışmaları yeni bir ölçeğin geliştirildiği çalışmalara göre daha kolay gibi görünse de, aslında bir ölçeği geliştirirken izlenen süreçlerin birçoğu, hatta neredeyse tamamı ölçek uyarlaması çalışmaları için de gerekli ve zorunludur. Nadiren, geliştirme sürecinde yapılan çalışmalardan daha fazlasının yapılması da gerekebilmektedir. Ölçek uyarlama süreci, ölçekteki ifadelerin uyarlanacak kültüre göre uygun anlamda olup olmadığının kontrolünden, ölçeğin dil yapısının ve psikometrik özelliklerinin incelenmesine kadar bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel değerlendirme aşamalarını içerir. Psikolinguistik (dilsel) geçerlikler ve psikometrik özelliklerin incelenmesi amacıyla, dil ve kapsam geçerliği çalışmaları, geçerlik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilerek, ölçeğin hem anlamsal ve hem de istatistiksel açıdan değerlendirmesi yapılır (Şahin, 1994; Aksayan ve Gözüm 2002).

Bir dilden başka bir dile çeviri yapıldığında kültürler arasındaki psikolinguistik farklar ve kavramlaştırma farkları nedeniyle birtakım değişikliklerin olması doğal bir durumdur. Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında temel olarak amaçlanan şey anlam kaymalarını ve kültürel farkları en aza indirmeye çalışmaktır. Bunun için öncelikle ölçekteki ifadeler dikkatli bir şekilde incelenir, yeni dilde anlaşılır olabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılır ve bu dili kullanan kişilerin kültürel normlarına göre standart bir hale getirilir. Bu süreçte gerekli özenin gösterilmemesi durumunda, ölçeğin psikometrik (geçerlik ve güvenilirlik) sonuçlarının zayıf değerlerden oluşması kaçınılmazdır. Bu nedenle her iki dile ve kültüre hâkim çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniği önemlidir (Çapık vd., 2018; Karaçam, 2019).

5.3.1.1. AFPB-CO Ölçeğinin Dil ve Kapsam Geçerliği

Dil ve kapsam geçerliğinin sağlanması için DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve UTK (Uluslararası Test Komisyonu) tarafından aşağıda verilen dört işlemin sırası ile gerçekleştirilmesi önerilmiştir (ITC, 2018; WHO, 2017). Bunlar:

- ✓ Çeviri (en az iki kişi)
- ✓ Uzman görüşü alınması
- ✓ Geri çeviri (en az iki kişi)
- ✓ Pilot çalışma

5.3.1.1.1. Çeviri

Çeviri uyarlama sürecinin ilk adımı olup çevirmenin tercihen orijinal ölçeğin kültürü hakkında bilgili olması beklenmekte, ancak anadili hedef kültürün (Türkçe) dilinde olmalıdır (ITC, 2018; WHO, 2017). İlk çeviri her zaman birbirinden bağımsız çalışan en az iki kişi tarafından yapılmalı ve biri konu hakkında bilgilendirilmiş, diğeri bilgilendirilmemiş olmalıdır (Coster ve Mancini, 2015).

Bu çalışmada ilk olarak biri konu hakkında bilgilendirilmiş ve diğeri bilgilendirilmemiş olan iki ayrı tercüman tarafından AFPB-CO Ölçeğinin Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Sonrasında bu iki çeviri karşılaştırılarak mevcut anlamsal ve kavramsal farklılıklar tercümanlar tarafından tekrar değerlendirilmiştir. Bu süreçlerin tamamlanmasıyla ölçeğin Türkçeye çevirisi tamamlanmıştır.

5.3.1.1.2. Uzman Görüşü

Bazı kaynaklarda uzman görüşünün geri çeviriden sonra alınması önerilmektedir, ancak DSÖ çeviriden sonra yapılmasını önermiştir (WHO, 2017). Bu adımın amacı, ölçeğin konusunda uzman kişilerce yetersiz ifade ve kavramlarını düzeltmek, iki dil arasındaki tutarsızlıkları tespit etmek ve çözmektir. Uzman görüşü alınacak olan kişi her iki dile de

hâkim olmalı ve ölçek uyarlama süreci hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Jesus ve Valente, 2016; WHO, 2017).

Bu aşamada öncelikle uzman görüşü değerlendirme formu hazırlanır. Uzmanlar bu formu inceleyerek yeterli ya da ilgili görmediği maddeleri değiştirebilir veya tamamen reddedebilir (Jesus ve Valente, 2016; WHO, 2017). Uzmanların uygun bulmadığı maddeler mutlaka gözden geçirilir. Çevirilerin tutarlı olup olmadığını anlamaları için varsa ölçeğin diğer dillere uyarlanmış makaleleri, ölçeğin kullanıldığı çalışmalar, ölçeği tanıtan bir yazı gibi ek kaynaklar da ayrıca sunulmalıdır (WHO, 2017). Genellikle araştırmacı/ lar çeviri aşamalarını açıklayan ve ölçeği tanıtan bir önsöz ile ölçeğin orijinal maddelerini ve Türkçe çevirisini içeren bir değerlendirme formu hazırlayarak uzmanlara göndermektedir. Bu form, en az 3 en fazla 20 uzmana gönderilir ve gelen görüşlerin birbirleriyle uyumları Kapsam Geçerlik İndeksi (CVI: Content Validity Index) ile hesaplanır. Uzmanlar maddelerin her biri için “uygun değil (1)”, “maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2)”, “uygun, ancak küçük değişiklik gerekir (3)” veya “çok uygun (4)” cevaplarından birini seçer. Uzmanlardan gelen cevaplar doğrultusunda her bir maddenin %80’in üzerinde “3 ve 4” puan alması ve genel uygunluğunun “iyi” olması beklenmektedir (Esin, 2014).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarına uygulanacak olan AFPB-CO Ölçeğinin Türkçe çevirisi ve ölçeğin orijinal versiyonunu içeren “Uzman Görüşü- Değerlendirme Formu” (EK 2) Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Aile Hekimliği, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Yoğun Bakım ve Radyoloji olmak üzere 10 farklı branştan İngilizce bilen ve içlerinde eğitimcilerin de olduğu toplam 19 sağlık çalışanın değerlendirilmesine sunulmuş olup *kapsam geçerliği (content validity)* ve *yüz/görünüş geçerliği (face validity)* analizleri tamamlanmıştır. Uzman görüşü veren sağlık çalışanlarından 2 kişi hemşire olup 17 kişi ise hekimdir. Hekimlerden dokuz kişi ve hemşireler COVID-19 yoğun bakımında sağlık bakım hizmeti vermiştir. Uzman görüşü veren sağlık çalışanlarının özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Uzman Görüşü Veren Sağlık Çalışanlarının Branşlarına ve Mesleklerine Göre Dağılımı

Branş	Hekim	Hemşire	Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan
Aile Hekimliği	1		
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	2		2
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	2		1
Genel Cerrahi	1		
Göğüs Hastalıkları	2		2
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1		
Kalp ve Damar Cerrahisi	1		
Radyoloji	1		
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2		
Yoğun Bakım	4	2	6
Toplam Sağlık Çalışanı		19	11
Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan (%)			%57,9
Hemşire (%)			%10,5
Hekim (%)			%89,5

Çalışmaya katılan uzmanlara konuyu ve araştırmayı açıklayan bir önsöz ile ölçeğin orijinali ve Türkçe çevirisini içeren değerlendirme formu elden veya e-posta yolu ile ulaştırılmıştır. Değerlendirme formu 11 uzmana elden, 8 uzmana ise e-posta ile ulaştırılmış olup gerekli açıklamalar yüz yüze veya e-posta aracılığıyla yapılmıştır. Bu değerlendirme formunda, uzmanların maddelerin her birini “Davis (1992) Tekniği”ne göre “Yeterli ve uygun (4 puan)”, “Uygun ancak küçük değişiklik gerekir (3 puan)”, “Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2 puan)”, “Uygun değil (1 puan)” kategorilerine göre değerlendirmesi ve yaptıkları değerlendirmeler hakkında açıklamalar yapmaları istenmiştir.

Uzmanların değerlendirme formlarına verdikleri cevapların incelenmesi neticesinde maddelerin her biri için Kapsam Geçerlik Oranı sıfırdan büyük (1,00–0,68 aralığında) hesaplanmıştır (KGO>0). Kapsam Geçerlik Oranları ile hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) ise 0,909 olarak elde edilmiştir. Değerlendirmeye katılan uzman sayısı 19 olduğundan Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) değeri ilgili kritik değerler tablosundan 0,474 olarak elde edilmiştir ($\alpha=0,05$). Bu değerlere göre, kapsam geçerlik indeksi kapsam geçerlik ölçütünden büyük olduğundan, AFPB-CO ölçeğindeki maddelerin kapsam

geçerliğinin %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sağlandığı söylenebilir ($KG\dot{I} > KG\ddot{O}$). Ayrıca maddelerin her birinin %80 ve üzerinde ‘3 ve 4 puan’ alması $KG\dot{I}$ skorunun iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Esin, 2014). Bu çalışmada her bir maddenin uygunluk yüzdeleri %84,2–%100 aralığında değişkenlik göstermiştir. Ölçeğin genel uygunluk yüzdesi ise %95,5 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak ölçek, uzman görüşleri doğrultusunda tüm maddelerinden uygunluk almıştır.

Değerlendirme formlarında uzmanlar tarafından verilen bazı düzeltme önerileri bulunmaktaydı. Bu düzeltme önerileri dikkate alınarak maddelerde uygun görülen gerekli küçük değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, orijinal ölçekte “Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca sürekli yıkanması zaman alıcı ve zor” olarak ifade edilen 11 inci madde uzman görüşü sonrası “Ev dışında ellerin düzenli olarak en az 20 saniye yıkanması zaman alıcı ve zordur” olarak; “Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (2 metre) korumam Korona bulaşma zincirini kırmaya yardımcı olur” olarak ifade edilen 22 nci madde ise “Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur” olarak değiştirilmiştir. Ölçeğin 25 inci (2 metrelik mesafe ile hem kendimin hem de başkalarının sağlığını korumak istiyorum) maddesindeki “2 metre” ifadesi de sosyal mesafenin ülkeler arasında 1-1,5 metre arasında değişmesi sebebiyle (22 nci maddede de) olduğu gibi uzmanlar tarafından uygun görülmemiştir. İlgili madde “Sosyal mesafemi (en az 1 metre) koruyarak, kendimin ve başkalarının sağlığını korumak istiyorum” olarak revize edilmiştir. 21 inci maddesinde (Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske ve eldiven kullanmak, Korona’yı bulaştırmamı engeller) ve 30 uncu maddesinde (Herhangi bir sorun olmaksızın, evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde temiz maske ve eldiven kullanabilirim) yer alan “eldiven” ifadesi yoğun bakımda görev yapan uzman hekimler tarafından uygun bulunmamıştır. COVID-19’un ilk ortaya çıktığı zamanlar eldiven yaygın olarak kullanılmıştır, ancak uzmanlar eldivenin bireyi koruyabileceğini bununla birlikte COVID-19 bulaşını engellemeyeceğini belirterek “eldiven” ifadesinin ilgili maddelerden çıkarılmasını uygun bulmuştur. Ayrıca uzmanlar 21 inci maddede kişinin yalnızca hastalığı bulaştıran olmadığına, kendisine de bulaşabileceğine ilişkin vurgusunun eksik olmasına eleştiri getirmişlerdir. Bu doğrultuda ilgili madde “Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske kullanmam, koronavirüsün bana bulaşmasını ve başkalarına bulaştırmamı engeller”

olarak revize edilmiştir. Uzmanlar ölçeğin 36 ncı (Eve girmeden önce kıyafetlerimi dışarıda değiştiririm ve dışarıya koyarım) maddesindeki ifadelerin eksik olduğunu belirtmiştir. Bunun sonucunda ilgili madde “Eve girmeden önce, evde belirlediğim bir alanda (örn; kapalı balkon ya da banyo) kıyafetlerimi değiştirir ve orada bırakırım” olarak revize edilmiştir. Katılımcı uzmanların yalnızca biri, ölçeğin birkaç maddesinde yer alan “Korona” ifadesinin eksik ve yanlış olduğu üzerinde durmuştur. Halk arasında kullanılan ancak bilimsel olarak doğru olmayan bu ifade “Koronavirüs” olarak düzeltilmiştir. Bunlara benzer küçük değişiklikler ile maddelere ilişkin düzeltme önerileri gerçekleştirilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin gerçekleştirilmiş diğer düzeltmeler küçük dilsel farklılıkları ve vurguları kapsamaktadır.

5.3.1.1.3. Geri Çeviri

İlk çeviride olduğu gibi, geri çeviride de vurgu, dilsel eşdeğerlik yerine kavramsal ve kültürel eşdeğerlik üzerine olmalıdır (WHO, 2017). Mümkünse, çevirmenlerden en az biri İngilizcenin ana dili olduğu bir kişi olmalıdır. Geri çeviri tamamlandığında, orijinal ölçek ile arasındaki farkları belirlemek için iki versiyon karşılaştırılır. Değerlendirme amacının dil becerisi olduğu durumlar dışında genellikle küçük gramer farklılıkları göz ardı edilebilir. Anlamdaki kaymaları yansıtan tutarsızlıklar daha önemlidir (Coster ve Mancini, 2015; Jesus ve Valente, 2016). Çeviri tatmin edici bir düzeye ulaşıncaya kadar tutarsızlıklar yazar(lar) ve çeviri ekibiyle tartışılmalıdır (WHO, 2017). Geri çevirisi yapılan form orijinal ölçeği geliştiren araştırmacıya gönderilerek anlam kayması olup olmadığı tartışılabilir (Çapık vd., 2018).

Bu çalışmada yapılan geri çeviri işlemi, önceki çeviride yer almayan, biri konu hakkında bilgilendirilmiş birbirinden bağımsız iki tercüman tarafından yapılmıştır. Tercümanlardan biri ana dili İngilizce olan bir ülkede uzun yıllar yaşadığı için tercih edilmiştir. Her iki tercümandan elde edilen iki İngilizce versiyon dil bilgisi açısından karşılaştırılmış, küçük farklılıklar dışında orijinal ölçekle anlam farklılığı, tutarsızlık ve benzeri göstermemiştir. Gereken durumlarda tercümanlara danışılmış, iki çeviri birleştirilerek Türkçe ölçeğin İngilizce’ye geri çevirisi elde edilmiştir.

Ölçeğin İngilizce'ye son geri çevirisinde “anlam kayması olmadığına ve ölçeğin özünden sapma olmadığına” dair ölçeğin geliştirildiği çalışmanın birinci yazarına görüş sorulmuş ve ölçeğin uygun olduğuna dair onay alınmıştır (EK 3). Ayrıca, ölçeğin son hali 3 dil uzmanının (ikisi mütercim tercüman, biri İngiliz Dili ve Edebiyatı bölümünden mezun) nihai görüşüne de sunulmuş, Khazae-Pool ve diğerleri (2020) tarafından geliştirilmiş olan orijinal İngilizce versiyon ile yeni Türkçe versiyon arasında herhangi bir farklılık bulunmadığı kanaatine varılmıştır. Sonuç olarak, AFPB-CO Ölçeğinin Türkçe versiyonu kapsam geçerliğini ve görünüş geçerliğini sağlayarak geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kullanılmak üzere hazır hale gelmiştir.

5.3.1.1.4. Pilot Çalışma

Türkçe versiyonu hazırlanan ölçeğin güvenirlik ve geçerlik özelliklerini incelemeye önce yapılması önerilen son aşamadır. Bu aşama, aynı zamanda bilişsel görüşme/bilgi alma aşaması olarak da adlandırılır. Bu aşamada, genellikle hedef kitleden seçilen bir örneklemin yaklaşık %10-20'sine (n=30-40 kişiye) ölçek uygulanarak, ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ve kabul edilebilirliği hakkında ilgili katılımcıların görüşleri alınır. Bu işlem, araştırmacıların ölçeğin basit, açık, anlaşılabilir ve bağlamsal olarak uygun olup olmadığını anlamasını; çeviride yetkin bir dil ve kültürel açıdan uygun ifadeler kullanıldığına emin olmalarını sağlar (Beaton vd., 2007; WHO, 2017; ITC, 2018).

AFPB-CO ölçeğinin pilot uygulama çalışması başka bir eğitim ve araştırma hastanesinde hâlihazırda görev yapmakta olan ve farklı mesleklerden 37 sağlık çalışanının katılımı gerçekleştirilmiştir. Yapılan uygulamanın sonucunda sağlık çalışanlarından elde edilen geri bildirimler doğrultusunda ölçek maddelerinin hem anlamsal hem de kültürel olarak uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

5.3.1.2. AFPB-CO Ölçeğinin Güvenirliği ve Yapı Geçerliği

İstatistik bilimine dayanarak oluşturulmuş iyi bir ölçekte iki temel özellik aranır. Bu özellikler ölçeğin geçerliği ve güvenirliği olup istatistiksel yöntemler aracılığıyla ortaya

konulan psikometrik özelliklerdir (Özguven, 2004). Geçerlik, ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği başka özelliklerle karıştırmadan ne derecede doğru bir şekilde ölçtüğünün derecesi olup güvenilirlik ise ölçeğin ölçmek istenilen özelliği her zaman aynı şekilde ölçebilmesi, kararlı ve tutarlı olması özelliğidir (Ercan ve Kan, 2004; Karasar, 2014).

Dil ve kapsam geçerliği psikolinguistik geçerlik ile incelenen AFPB-CO Ölçeği Türkçe versiyonunun, KMT modelinde yer alan boyutları ne derece doğru ölçtüğünü değerlendirmek amacıyla yapı geçerliği test edilmiştir. Yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, bilinen grup karşılaştırması, hipotezin test edilmesi gibi farklı yöntemler bulunmaktadır (Alpar, 2016).

Bu çalışmada, AFPB-CO Ölçeğinin psikometrik özelliklerini incelemek için iç tutarlılık katsayılarından Cronbach alfa korelasyon katsayısı, sınıf içi korelasyon katsayısı (intra-class correlation coefficient) ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayısı (corrected item-total correlation) incelenmiştir. Sonrasında, ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

5.3.1.2.1. AFPB-CO Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları

Madde-toplam korelasyon katsayıları, Cronbach alfa korelasyon katsayıları ve sınıf içi korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek için genel Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak elde edilmiştir. Birçok kaynak Cronbach alfa değerinin 0,70'in üzerinde kabul edilebilir, 0,80 veya üzerinde olan değerlerin ise tercih edilir olduğunu ifade etmektedir (Cortina, 1993).

Boyutlar için Cronbach alfa değerleri 0,46 ila 0,83 arasında değişkenlik göstermiştir. Benzer şekilde, ölçeğin genel sınıf içi korelasyon katsayı 0,79 olarak hesaplanmış, bu katsayı boyutlar için 0,41-0,82 aralığında değişkenlik göstermiştir. Ölçeğin bütüncül kararlılığı genel Cronbach alfa katsayısı ve sınıf içi korelasyon katsayısı ile desteklenmiştir. İç tutarlılık için sonuçlar yeterli düzeyde bulunmuştur. Boyutlar ve

maddeler arasındaki ilişkileri analiz etmede madde-toplam korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Tablo 2’de ilgili korelasyon katsayılarına yer verilmiştir.

Tablo 2. AFPB-CO-TR Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Katsayıları

Madde Numarası	Boyut	Madde-toplam korelasyon katsayısı	Cronbach alfa korelasyon katsayısı (madde silindiğinde)	Boyuta ilişkin Cronbach alfa korelasyon katsayısı	Sınıf içi korelasyon katsayısı
1		0,469	0,558		
2		0,423	0,543		
3	Algılanan Tehdit	0,304	0,591	0,618	0,523
4		0,200	0,665		
5		0,392	0,559		
6		0,505	0,529		
7		0,399	0,697		
8	Korku	0,565	0,597	0,705	0,578
9		0,504	0,642		
10		0,533	0,614		
11		0,331	0,723		
12		0,395	0,702		
13	Algılanan Cevap Maliyeti	0,503	0,671	0,723	0,628
14		0,508	0,670		
15		0,499	0,673		
16		0,510	0,669		
17		0,300	0,337		
18	Ödüller	0,389	0,163	0,462	0,413
19		0,200	0,541		
20		0,626	0,808		
21	Algılanan Cevap Etkinliği	0,680	0,783	0,834	0,824
22		0,720	0,767		
23		0,635	0,803		
24		0,535	0,463		
25	Korunma Motivasyonu	0,315	0,627	0,633	0,477
26		0,466	0,525		
27		0,362	0,608		

Tablo 2 (devamı). AFPB-CO-TR Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Katsayıları

Madde Numarası	Boyut	Madde-toplam korelasyon katsayısı	Cronbach alfa korelasyon katsayısı (madde silindiğinde)	Boyuta ilişkin Cronbach alfa korelasyon katsayısı	Sınıf içi korelasyon katsayısı
28		0,547	0,724		
29	Algılanan Öz-Yeterlik	0,622	0,686	0,765	0,744
30		0,640	0,682		
31		0,500	0,754		
32		0,643	0,719		
33	Davranışsal Cevaplar	0,573	0,742	0,781	0,746
34		0,665	0,702		
35		0,599	0,733		
36		0,443	0,814		

Madde-toplam korelasyon katsayılarına ilişkin eşik değeri 0,30 olarak kabul edilmiştir. Dördüncü ve 19. maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,20'ye eşit bulunmuş, ancak tek başına bu değere göre ilgili maddeler için ölçekten çıkarılma kararı alınmamıştır. Bu maddelerin ölçekten çıkarılıp çıkarılmamasına ilişkin 5 uzman psikoloğun (bilişsel psikoloji alanında çalışan kişilerin de olduğu) görüşü alınmıştır. Alınan bu görüşler sonucunda ölçekteki 4. ve 19. maddelerin uygunluğuna ve ölçekte kalması gerektiğine karar verilmiştir. Ek olarak, ilgili maddeler silinerek yapılan madde analizinde, Cronbach alfa değerinde herhangi bir değişiklik ya da iyileşme görülmemiştir ($\alpha=0,846$). Literatürde madde-toplam korelasyon katsayısı 0,30'dan düşük olan maddeler genellikle kabul edilmemekle birlikte, daha öncesinde üzerinde derinlemesine çalışılma yapılmamış olan konulara ilişkin ölçeklerde ve keşif çalışmalarında 0,20 değeri, maddeler arası ve madde-toplam korelasyon katsayıları için kabul edilebilir bir değer olarak belirtilmiştir (Kline, 1986; Clark ve Watson, 1995; Şencan, 2005; Cristobal vd., 2007; Streiner vd., 2015; Alpar, 2016). Yapılan madde analizleri ve tüm değerlendirmeler sonrasında, ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

5.3.1.2.2. AFPB-CO Ölçeği Yapı Geçerliği Analizi Sonuçları

Ölçeğin yapısı ve verilerin birbirleriyle uyumunu değerlendirmek için AFPB-CO Ölçeğine AMOS 26.0 paket programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek verileri çoklu normal dağılım (multivariate normality) varsayımını sağlamamaktadır, ancak maddelere ilişkin basıklık ve çarpıklık katsayıları incelendiğinde bu katsayıların (-3,+3 aralığında) tek değişkenli normal dağılım (univariate normality) varsayımını sağladığı görülmüştür. Ek olarak örneklemin yeterince büyük olması (n=360) nedeniyle, AFPB-CO Ölçeğinin faktör yapısını incelemek için Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood) tahmin yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin maddelerinin orijinal versiyonunda olduğu gibi aynı faktörler altında toplandığı varsayılarak ilgili analizler yapılmıştır.

Ölçeğin yapısının uyumlu olup olmadığı belirlenirken Ki-kare testi ve model uyum indekslerinden yararlanılır. Model uyum indekslerinin kabul edilen sınırlar içerisinde olması istenir (Brown, 2006). Bir modelin genel uygunluğunu test etmek için kullanılan en temel ölçüm Ki-Kare değeridir. Uygun bir modelin Ki-kare değerinin p-değerinin 0,005'ten küçük sonuçlar vermesi beklenmektedir (Barrett, 2007). Ki-kare (χ^2) örneklem büyüklüğüne çok duyarlı olduğundan, göreceli ki-kare olarak adlandırılan Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) kullanılarak örnekleme daha az bağımlı hale gelir (Hoelter, 1983).

Bu çalışmada kullanılan uyum indeksleri ise göreceli ki-kare (χ^2/sd), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI), uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) ve standartlaştırılmış hata karelerinin ortalamasının kareköküdür (Standardized Root Mean Square Residual, S-RMR).

AFPB-CO Ölçeğinin 8 boyut ve 36 maddeden oluşan yapısı (birinci model) DFA ile incelendiğinde uyum kriterleri elde edilmiştir (CMIN(χ^2)=1.793,13; sd=566; p<0,01; CMIN(χ^2)/sd=3,17; RMSEA=0,08; CFI=0,74; GFI=0,72 ve S-RMR=0,12). Elde edilen model uyum kriterleri istenilen sınırlarda olmayıp zayıf uyuma işaret ettiğinden

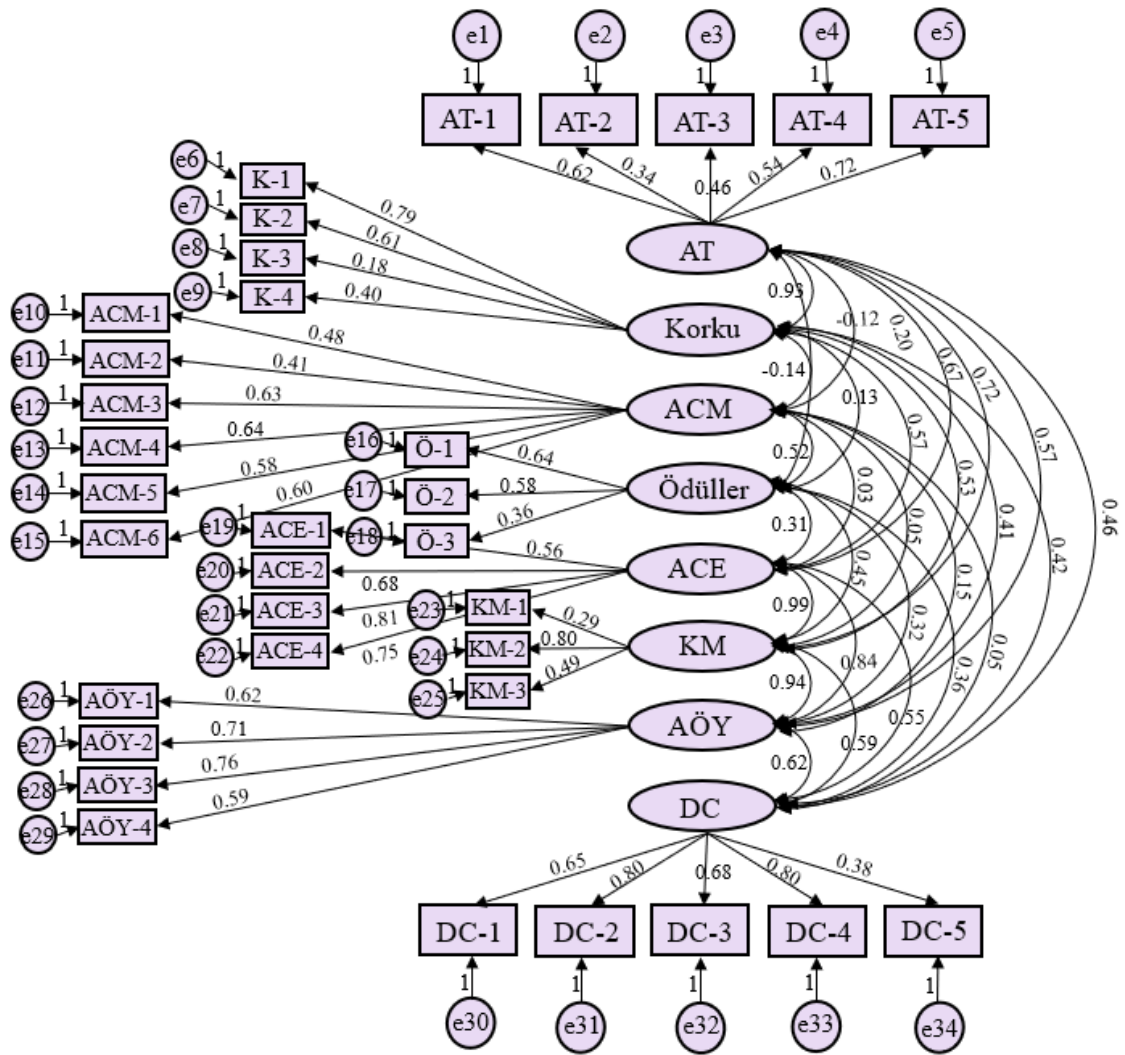
iyileştirme (modifikasyon) indeksleri incelenmiştir. Bu indekslerin incelemesi sonucunda gerekli modifikasyonlar yapılmıştır. Algılanan Tehdit boyutunda yer alan 4. maddenin (“Sağlıklı kalmam veya Koronavirüs hastalığına yakalanmam şansıma ve kaderime bağlıdır”) ve Korunma Motivasyonu boyutunda yer alan 27. maddenin (“Yiyecekleri ve ekmeği, yemeden önce iyice ısıtıyorum”) diğer boyutlar altında yer alan maddeler ile kovaryans bağlantısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre 4. ve 27. maddeler ölçekten çıkarıldığında yapılan yeni tahmin sonucunda elde edilen 8 boyut ve 34 maddelik modelin (nihai model) uyum indeksleri Tablo 3’te görüldüğü gibi istenilen sınırlar içerisinde veya sınırlara yakın bulunmuştur.

Tablo 3. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonu İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri

İncelenen Uyum İndeksi	Mükemmel Uyum İçin Kriterler	Kabul Edilebilir-İyi Uyum İçin Kriterler	Elde Edilen Uyum İndeksi	Karar
CMIN/sd (χ^2/sd) ^a	$0 < \chi^2/sd \leq 2$ ^b	$2 < \chi^2/sd \leq 3$ ^b	2,458	Kabul Edilebilir-İyi
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$ ^c	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$ ^c	0,064	Kabul Edilebilir-İyi
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq CFI < 0,95$ ^d	0,850	Kabul Edilebilir ^e
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq GFI < 0,95$ ^d	0,829	Kabul Edilebilir ^e
S-RMR	$0 \leq S-RMR \leq 0,05$ ^c	$0,05 \leq S-RMR \leq 0,10$ ^c	0,100	Kabul Edilebilir ^e

^a CMIN=1151.52, sd=469, p-değeri=0.0001, ^b (Kline, 2011), ^c (Browne & Cudeck, 1993), ^d (Baumgartner & Homburg, 1996; Marsh vd., 2006), ^e Uyum indeksinin kabul edilebilir-iyi uyum için kriterinin alt sınır değerine oldukça yakın/eşit olduğu için “Kabul Edilebilir” ifadesi kullanılmıştır.

AFPB-CO ölçeğinin uyum indeksleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde veya bu sınırlara yakın bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre AFPB-CO Ölçeğinin orijinal faktör yapısının Türkçe versiyonunda da yeterli bir model uyumu sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin uygulamaya hazır olduğu düşünülen Türkçe versiyonu AFPB-CO-TR elde edilmiştir. AFPB-CO-TR ölçeğinin DFA model tahminine ilişkin AMOS 26.0 diyagramı ise Şekil 8’de görülmektedir.



CMIN(χ^2)=1151.52, sd=469, $p < 0.005$, $\chi^2/sd=2.46$, RMSEA=0.06, CFI=0.85, GFI=0.83 ve S-RMR=0.10

AT: Algılanan Tehdit, ACM: Algılanan Cevap Maliyeti, ACE: Algılanan Cevap Etkinliği, KM: Korunma Motivasyonu, AÖY: Algılanan Öz-Yeterlik, DC: Davranışsal Cevaplar

Şekil 8. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonunun Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörler için uygulanan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin standartlaştırılmış regresyon katsayıları (standardized regression coefficients) Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonu DFA Regresyon Değerleri

Madde	Yol (Path)	Boyut	β_0^*	β_1^{**}	Standart hata	t-değeri	p-değeri
AFPB-CO(1)	←	AT	0,622	1			
AFPB-CO(2)	←	AT	0,339	1,076	0,186	5,792	<0,001
AFPB-CO(3)	←	AT	0,463	1,116	0,148	7,553	<0,001
AFPB-CO(5)	←	AT	0,541	1,289	0,161	7,988	<0,001
AFPB-CO(6)	←	AT	0,718	1,459	0,144	10,127	<0,001
AFPB-CO(7)	←	Korku	0,793	1,304	0,196	6,657	<0,001
AFPB-CO(8)	←	Korku	0,612	1,336	0,193	6,928	<0,001
AFPB-CO(9)	←	Korku	0,182	0,495	0,159	3,112	0,002
AFPB-CO(10)	←	Korku	0,403	1			
AFPB-CO(11)	←	ACM	0,479	1			
AFPB-CO(12)	←	ACM	0,408	0,744	0,137	5,437	<0,001
AFPB-CO(13)	←	ACM	0,632	1,364	0,243	5,618	<0,001
AFPB-CO(14)	←	ACM	0,643	1,307	0,235	5,560	<0,001
AFPB-CO(15)	←	ACM	0,577	1,136	0,209	5,437	<0,001
AFPB-CO(16)	←	ACM	0,604	1,279	0,239	5,342	<0,001
AFPB-CO(17)	←	Ödüller	0,636	1			
AFPB-CO(18)	←	Ödüller	0,581	0,943	0,148	6,360	<0,001
AFPB-CO(19)	←	Ödüller	0,355	0,553	0,125	4,423	<0,001
AFPB-CO(20)	←	ACE	0,559	0,782	0,074	10,508	<0,001
AFPB-CO(21)	←	ACE	0,680	0,896	0,075	11,982	<0,001
AFPB-CO(22)	←	ACE	0,810	1	0,069	14,433	<0,001
AFPB-CO(23)	←	ACE	0,745	1			
AFPB-CO(24)	←	KM	0,290	1			
AFPB-CO(25)	←	KM	0,801	1,796	0,333	5,390	<0,001
AFPB-CO(26)	←	KM	0,488	1,480	0,261	5,674	<0,001
AFPB-CO(28)	←	AÖY	0,624	1,023	0,111	9,243	<0,001
AFPB-CO(29)	←	AÖY	0,711	0,941	0,095	9,928	<0,001
AFPB-CO(30)	←	AÖY	0,757	0,950	0,092	10,353	<0,001
AFPB-CO(31)	←	AÖY	0,591	1			
AFPB-CO(32)	←	DC	0,649	1,062	0,168	6,331	<0,001
AFPB-CO(33)	←	DC	0,799	1,210	0,203	5,950	<0,001
AFPB-CO(34)	←	DC	0,682	1,396	0,226	6,185	<0,001
AFPB-CO(35)	←	DC	0,795	1,278	0,213	6,015	<0,001
AFPB-CO(36)	←	DC	0,378	1			

AT: Algılanan Tehdit, ACM: Algılanan Cevap Maliyeti, ACE: Algılanan Cevap Etkinliği, KM: Korunma Motivasyonu, AÖY: Algılanan Öz-Yeterlik, DC: Davranışsal Cevaplar

* β_0 : Standart regresyon katsayısı, ** β_1 : Regresyon katsayısı

Tablo 4’teki standartlaştırılmış regresyon katsayıları incelendiğinde, boyutlar üzerinde en fazla etkiye sahip maddelerin belirtildiği görülmektedir. Algılanan tehdit boyutu üzerinde en fazla etkisi olan madde, 6. maddedir ($\beta_0=0,718$). Sırasıyla korku boyutunda 7. madde ($\beta_0=0,793$), algılanan cevap maliyeti boyutunda 14. madde ($\beta_0=0,643$), ödüller boyutunda 17. madde ($\beta_0=0,636$), algılanan cevap etkinliği boyutunda 22. madde ($\beta_0=0,810$), korunma motivasyonu boyutunda 25. madde ($\beta_0=0,801$), algılanan öz-yeterlik boyutunda 30. madde ($\beta_0=0,757$) ve davranışsal cevaplar boyutunda 33. madde ($\beta_0=0,799$) en fazla etkiye sahiptir. Standartlaştırılmış regresyon katsayıları (faktör yükü tahminleri) 0,182 ile 0,810 arasında değişkenlik göstermiştir. Sonuç olarak, tüm maddelere ilişkin regresyon katsayıları istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

DFA analizleri sonucunda ölçekten iki maddenin çıkarılması sebebiyle güvenilirliğe ilişkin analizler tekrar yapılmıştır. Yapılan nihai güvenilirlik analizinin sonucunda, ölçeğe ilişkin genel Cronbach alfa korelasyon katsayısı 0,85; toplam sınıf içi korelasyon katsayısı 0,79 olarak elde edilmiştir. Bu değerler, DFA analizi öncesinde yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarıyla aynı bulunmuştur.

Literatürde Cronbach alfa korelasyon katsayısının yanı sıra model uygunluğunun test edilmesinde yakınsak geçerlik katsayılarından Birleşik Güvenirlik (CR: Composite Reliability) ve Çıkarılan Ortalama Varyans (AVE: Average Variance Extracted) değerlerinin hesaplanması da önerilmektedir (Hair vd., 2009). Nihai modele ilişkin güvenilirlik katsayıları ve yakınsak geçerlik ölçütleri ise Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Güvenirlik ve Yakınsak Geçerlik Ölçüm Sonuçları

Boyutlar	Cronbach alfa katsayısı	Sınıf içi korelasyon katsayısı (%95 güven aralığı)	AVE *	CR *
Algılanan Tehdit	0,665	0,644 (0,582–0,699)	0,30	0,70
Korku	0,705	0,578 (0,502–0,645)	0,30	0,59
Algılanan Cevap Maliyeti	0,723	0,628 (0,565–0,684)	0,32	0,73
Ödüller	0,462	0,413 (0,300–0,511)	0,29	0,54

* Yakınsak geçerlik AVE $\geq 0,50$ ve CR $\geq 0,70$ koşulları ile sağlanmakta olup CR “Composite Reliability (Birleşik Güvenirlik)” ve AVE “Average Variance Extracted (Çıkarılan Ortalama Varyans)”ı ifade etmektedir.

Tablo 5 (devamı). AFPB-CO-TR Ölçeğinin Güvenirlik ve Yakınsak Geçerlik Ölçüm Sonuçları

Boyutlar	Cronbach alfa katsayısı	Sınıf içi korelasyon katsayısı (%95 güven aralığı)	AVE *	CR *
Algılanan Cevap Etkinliği	0,834	0,824 (0,792–0,852)	0,50	0,79
Korunma Motivasyonu	0,608	0,494 (0,396–0,578)	0,32	0,55
Algılanan Öz-Yeterlik	0,765	0,744 (0,698–0,785)	0,50	0,77
Davranışsal Cevaplar	0,781	0,746 (0,702–0,785)	0,50	0,80
Toplam	0,849	0,788 (0,755–0,818)	-	-

* Yakınsak geçerlik $AVE \geq 0,50$ ve $CR \geq 0,70$ koşulları ile sağlanmakta olup CR “Composite Reliability (Birleşik Güvenirlik)” ve AVE “Average Variance Extracted (Çıkarılan Ortalama Varyans)”ı ifade etmektedir.

Tablo 5’te görülen değerlere göre, yakınsak geçerlik korku, ödüller ve korunma motivasyonu boyutlarında hem AVE hem de CR değerleri bakımından; algılanan tehdit ve algılanan cevap maliyeti boyutlarında yalnızca AVE değeri bakımından sağlanamamıştır. Algılanan cevap etkinliği, algılanan öz-yeterlik ve davranışsal cevaplar boyutlarında ise her iki ölçü bakımından yakınsak geçerlik sağlanmıştır. Yakınsak geçerliğin sağlanmasında bir diğer kriter ölçeğe ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olmasıdır (Shrestha, 2021). Bu kriterin her bir boyut tarafından karşılandığı da Tablo 5’te görülmektedir. Tüm bu kriterler göz önünde bulundurulduğunda AFPB-CO-TR Ölçeğinin yapı geçerliğinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

5.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASD) Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği

Bu çalışmada, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ÇBASD Ölçeğinin geneli için 0,96; özel insan boyutu için 0,94; aile boyutu için 0,95 ve arkadaş boyutu için 0,96 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin genel sınıf içi korelasyon katsayısı 0,96 olup boyutlar için 0,93 ila 0,96 aralığında değişkenlik göstermiştir. Genel Cronbach alfa ve sınıf içi korelasyon katsayıları ölçeğin genel kararlılığını desteklemiş, sonuçların iç tutarlılık için oldukça yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

için uygulanan DFA analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri

İncelenen Uyum İndeksi	Mükemmel Uyum İçin Kriterler	Kabul Edilebilir-İyi Uyum İçin Kriterler	Elde Edilen Uyum İndeksi	Karar
CMIN/sd (χ^2/sd) ^a	$0 < \chi^2/sd \leq 2$ ^b	$2 < \chi^2/sd \leq 3$ ^b	1,219	Mükemmel
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$ ^c	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$ ^c	0,025	Mükemmel
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq CFI < 0,95$ ^d	0,999	Mükemmel
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq GFI < 0,95$ ^d	0,988	Mükemmel
S-RMR	$0 \leq S-RMR \leq 0,05$ ^c	$0,05 \leq S-RMR \leq 0,10$ ^c	0,094	Kabul Edilebilir-İyi

^a CMIN=47.54, sd=39, p-değeri=0.0001, ^b (Kline, 2011), ^c (Browne & Cudeck, 1993), ^d (Baumgartner & Homburg, 1996; Marsh vd., 2006)

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, model uyum değerlerinin kabul edilebilen sınırlar içerisinde bulunduğu görülmektedir. Dolayısıyla söz konusu ölçeğin, çalışmanın örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerini ölçmek için kullanılabileceği söylenebilir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları (standardized regression coefficients) Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği DFA Regresyon Değerleri

Madde	Yol (Path)	Boyut	β_0^*	β_1^{**}	Standart hata	t-değeri	p-değeri
ÇBASD_1	←	Özel İnsan	0,853	1			
ÇBASD_2	←	Özel İnsan	0,879	0,985	0,038	25,755	<0,001
ÇBASD_5	←	Özel İnsan	0,936	1,007	0,041	24,499	<0,001
ÇBASD_10	←	Özel İnsan	0,965	0,971	0,034	24,712	<0,001
ÇBASD_3	←	Aile	0,883	1			
ÇBASD_4	←	Aile	0,877	1,004	0,032	30,923	<0,001
ÇBASD_8	←	Aile	0,937	0,995	0,041	24,531	<0,001
ÇBASD_11	←	Aile	0,928	0,989	0,039	25,324	<0,001

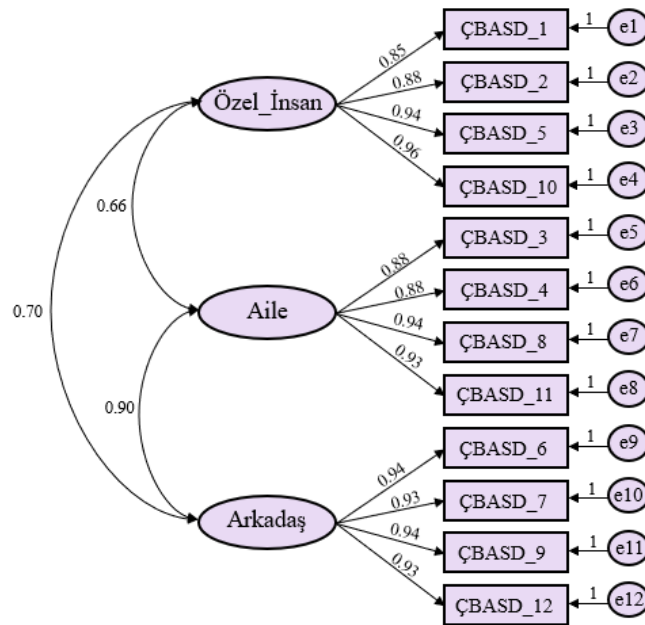
* β_0 : Standart regresyon katsayısı, ** β_1 : Regresyon katsayısı

Tablo 7 (devamı). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği DFA Regresyon Değerleri

Madde	Yol (Path)	Boyut	β_0^*	β_1^{**}	Standart hata	t-değeri	p-değeri
ÇBASD_6	←	Arkadaş	0,936	1			
ÇBASD_7	←	Arkadaş	0,926	0,984	0,027	36,029	<0,001
ÇBASD_9	←	Arkadaş	0,943	1,030	0,035	29,067	<0,001
ÇBASD_12	←	Arkadaş	0,929	0,986	0,036	27,718	<0,001

* β_0 : Standart regresyon katsayısı, ** β_1 : Regresyon katsayısı

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, standartlaştırılmış regresyon katsayıları 0,85 ile 0,97 arasında değişkenlik göstermiştir. Sonuç olarak, ÇBASD Ölçeğindeki tüm maddelere ait regresyon katsayıları %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen birincil düzey çok faktörlü modelin AMOS 26.0 diyagramı ise Şekil 9'da verilmiştir.

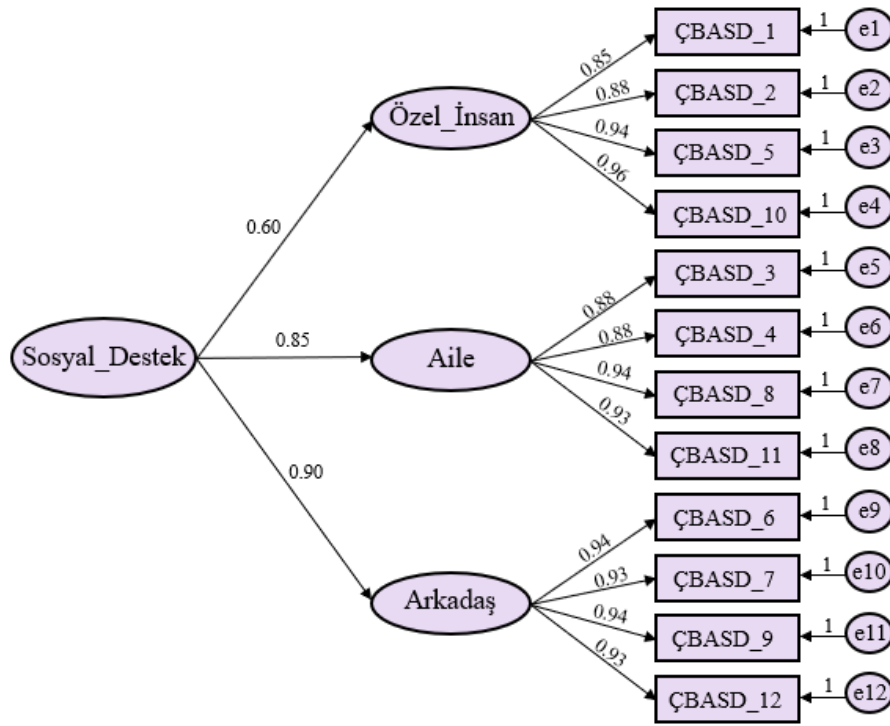


CMIN(χ^2)=47.54, sd=39, $p < 0.005$, χ^2 /sd=1.22, RMSEA=0.03, CFI=0.99, GFI=0.98 ve S-RMR=0.09

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

Şekil 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Birincil Düzey Çok Faktörlü Modeli

Şekil 9'daki gizil değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde özel insan sosyal desteği ile aile sosyal desteği arasında 0,66; aile sosyal desteği ile arkadaş sosyal desteği arasında 0,90; özel insan sosyal desteği ile arkadaş sosyal desteği arasında ise 0,70 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ($p < 0,001$).



CMIN(χ^2)=57.72, sd=39, $p < 0.005$, χ^2 /sd=1.48, RMSEA=0.07, CFI=0.95, GFI=0.86 ve S-RMR=0.07

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

Şekil 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İkincil Düzey Çok Faktörlü Modeli

Şekil 10'daki Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ikincil düzey DFA analizi sonuçları incelendiğinde uyum kriterlerinin istenilen sınırlar içerisinde olduğu bulunmuştur ve bu sonuçlara göre model yeterli uyumu sağlamıştır (CMIN(χ^2)/df=1,48; $p < 0,01$; RMSEA=0,07; CFI=0,95; GFI=0,86 ve S-RMR=0,07).

5.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin (MTÖ) Geçerlik ve Güvenirliği

Bu çalışmada, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı duygusal tükenme boyutu için 0,94; duyarsızlaşma boyutu için 0,85 ve kişisel başarı boyutu için 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,89 olarak elde edilmiştir. Benzer olarak, ölçeğin genel sınıf içi korelasyon katsayısı 0,89 olup boyutlar için bu değer 0,85 ile 0,94 aralığında değişkenlik göstermiştir. Genel Cronbach alfa korelasyon katsayısı ve sınıf içi korelasyon katsayıları da ölçeğin kararlılığını desteklemekte olup sonuçlar iç tutarlılık bakımından oldukça yeterli düzeyde bulunmuştur. Tükenmişlik ölçeği için yapılan DFA analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İçin Elde Edilen DFA Uyum İndeksleri

İncelenen Uyum İndeksi	Mükemmel Uyum İçin Kriterler	Kabul Edilebilir-İyi Uyum İçin Kriterler	Elde Edilen Uyum İndeksi	Karar
CMIN/sd (χ^2/sd) ^a	$0 < \chi^2/sd \leq 2$ ^b	$2 < \chi^2/sd \leq 3$ ^b	2,570	Kabul Edilebilir-İyi
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$ ^c	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$ ^c	0,066	Kabul Edilebilir-İyi
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq CFI < 0,95$ ^d	0,947	Mükemmel
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$ ^d	$0,90 \leq GFI < 0,95$ ^d	0,905	Kabul Edilebilir-İyi
S-RMR	$0 \leq S-RMR \leq 0,05$ ^c	$0,05 \leq S-RMR \leq 0,10$ ^c	0,001	Mükemmel

^a CMIN=537.13, sd=209, p-değeri=0.0001, ^b (Kline, 2011), ^c (Browne & Cudeck, 1993), ^d (Baumgartner & Homburg, 1996; Baumert & Peschar, 2006)

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, model uyum değerlerinin kabul edilebilen sınırlar içerisinde bulunduğu görülmektedir. Dolayısıyla söz konusu ölçeğin, çalışmanın örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ölçmek için kullanılabileceği söylenebilir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları (standardized regression coefficients) Tablo 9’da verilmiştir.

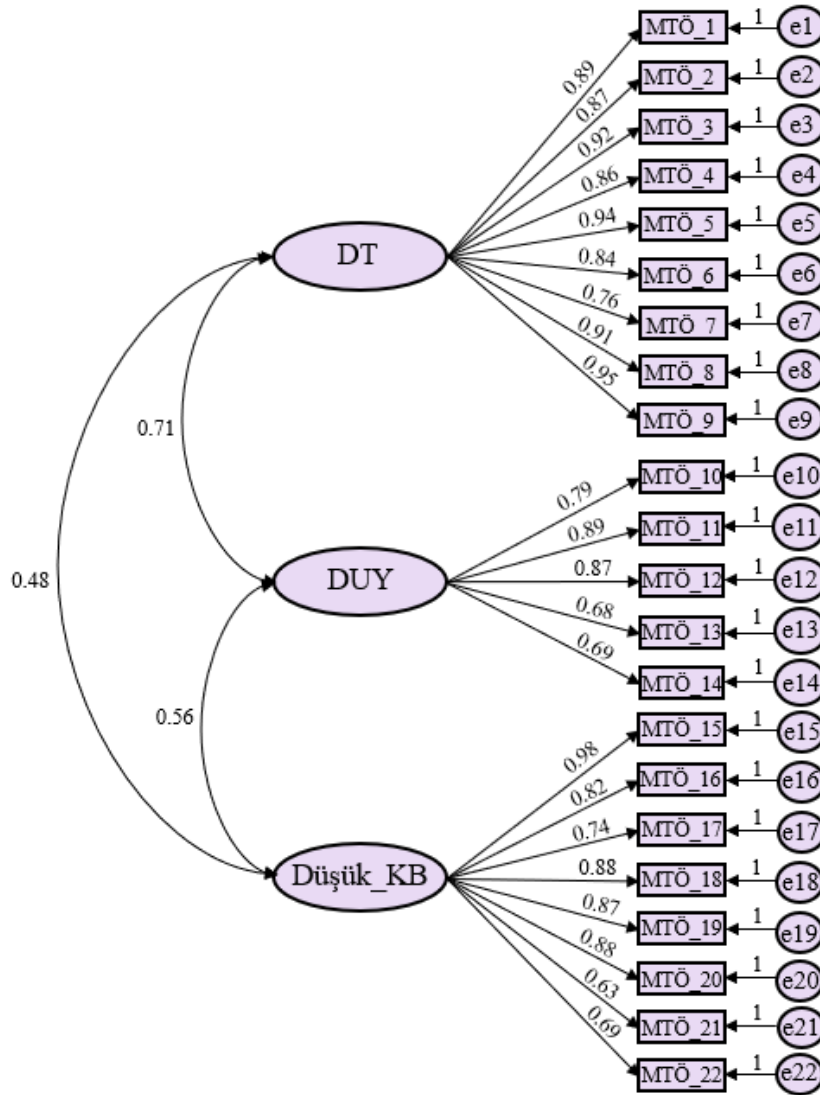
Tablo 9. Maslach Tükenmişlik Ölçeği DFA Regresyon Değerleri

Madde	Yol (Path)	Boyut	β_0^*	β_1^{**}	Standart hata	t-değeri	p-değeri
MTÖ_1	←	DT	0,885	1			
MTÖ_2	←	DT	0,873	0,940	0,030	31,546	<0,001
MTÖ_3	←	DT	0,922	1,031	0,040	25,778	<0,001
MTÖ_4	←	DT	0,856	0,883	0,039	22,652	<0,001
MTÖ_5	←	DT	0,942	0,996	0,033	30,516	<0,001
MTÖ_6	←	DT	0,844	0,908	0,040	22,799	<0,001
MTÖ_7	←	DT	0,755	0,770	0,041	18,752	<0,001
MTÖ_8	←	DT	0,909	0,889	0,047	18,936	<0,001
MTÖ_9	←	DT	0,949	0,968	0,045	18,763	<0,001
MTÖ_10	←	DUY	0,787	1			
MTÖ_11	←	DUY	0,892	1,140	0,055	20,574	<0,001
MTÖ_12	←	DUY	0,872	1,187	0,067	17,748	<0,001
MTÖ_13	←	DUY	0,680	0,835	0,054	15,400	<0,001
MTÖ_14	←	DUY	0,692	0,872	0,061	14,375	<0,001
MTÖ_15	←	Düşük_KB	0,978	1			
MTÖ_16	←	Düşük_KB	0,824	0,621	0,039	16,053	<0,001
MTÖ_17	←	Düşük_KB	0,744	0,562	0,040	13,944	<0,001
MTÖ_18	←	Düşük_KB	0,875	0,722	0,047	15,290	<0,001
MTÖ_19	←	Düşük_KB	0,874	0,676	0,044	15,385	<0,001
MTÖ_20	←	Düşük_KB	0,883	0,705	0,051	13,901	<0,001
MTÖ_21	←	Düşük_KB	0,630	0,435	0,039	11,103	<0,001
MTÖ_22	←	Düşük_KB	0,693	0,503	0,042	12,062	<0,001

DT: Duyusal Tükenmişlik, DUY: Duyarsızlaşma, Düşük_KB: Düşük Kişisel Başarı

* β_0 : Standart regresyon katsayısı, ** β_1 : Regresyon katsayısı

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, standartlaştırılmış regresyon katsayıları 0,63 ila 0,98 arasında değişkenlik göstermiştir. Sonuç olarak, MTÖ Ölçeğindeki tüm maddelere ait regresyon katsayıları %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği için uygulanan DFA analizi sonucunda elde edilen birincil düzey çok faktörlü modelin AMOS 26.0 diyagramı ise Şekil 11'de verilmiştir.

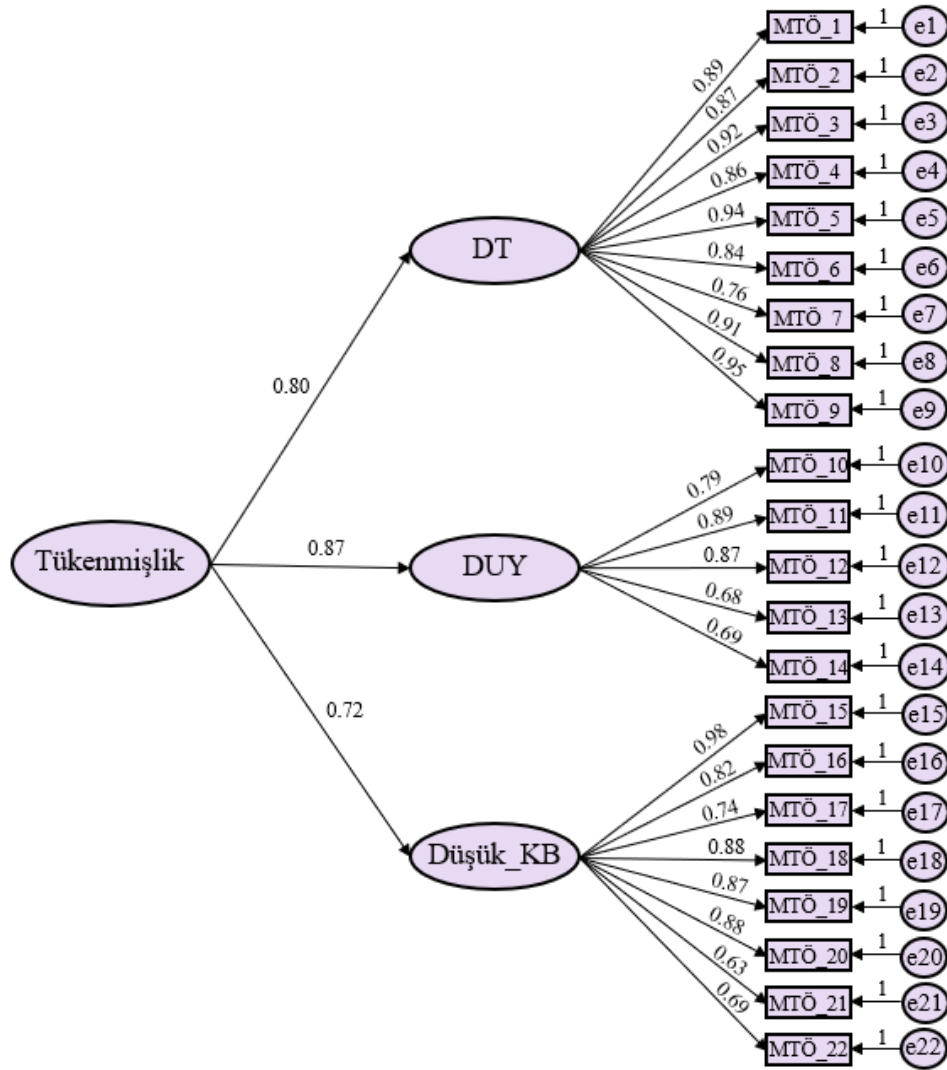


CMIN(χ^2)=537.13, sd=209, $p < 0.005$, $\chi^2/sd=2.57$, RMSEA=0.07, CFI=0.95, GFI=0.91 ve S-RMR=0.00

DT: Duygusal Tükenmişlik, DUY: Duyarsızlaşma, Düşük_KB: Düşük Kişisel Başarı

Şekil 11. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Birincil Düzey Çok Faktörlü Modeli

Şekil 11'deki gizil değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde duygusal tükenmişlik ile duyarsızlaşma arasında 0,71; duyarsızlaşma ile düşük kişisel başarı arasında 0,56; duygusal tükenme ile düşük kişisel başarı arasında ise 0,48 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$).



CMIN(χ^2)=401.28, sd=209, $p < 0.005$, $\chi^2/sd=1.92$, RMSEA=0.07, CFI=0.94, GFI=0.89 ve S-RMR=0.03

DT: Duyusal Tükenmişlik, DUY: Duyarsızlaşma, Düşük_KB: Düşük Kişisel Başarı

Şekil 12. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İkincil Düzey Çok Faktörlü Modeli

Şekil 12’de verilen Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ikincil düzey DFA analizi sonuçları incelendiğinde, modelin uyum kriterlerinin istenilen sınırlar içerisinde olduğu ve modelin yeterli uyumu sağladığına karar verilmiştir (CMIN(χ^2)/df=1,92; $p < 0,01$; RMSEA=0,07; CFI=0,94; GFI=0,89 ve S-RMR=0,03).

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini, Ankara’da bulunan ve salgın sırasında pandemi hastanesi olarak hizmet vermiş olan bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan yaklaşık 7.000 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarını, Resmî Gazetede yayınlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik kapsamındaki çalışanlar oluşturmaktadır (Sağlık Meslek Mensupları, 2014). İlgili Yönetmelik kapsamında bulunan hekimler, hemşireler, eczacılar, tekniker ve teknisyenler, sağlık memurları, psikologlar ve fizyoterapistler çalışmaya dahil edilebilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı hastane birkaç binadan oluşmaktaydı. Bu binaların dördünde COVID-19’lu hastalara sağlık bakım hizmeti sunulmaktaydı. Bu hastanede görev yapan sağlık çalışanları, çalışma gerçekleştirildiği sırada pandemi nedeniyle binalar arasında rotasyon yapmakta, bir kısmı da gerek fiyasyon ekiplerinde gerekse şehir içinde veya şehir dışına görevlendirilmekteydi. Bu sebeple, bu binalarda görev yapan sağlık çalışanlarının tam sayısını vermek, bir listesini oluşturmak, rastgele örnekleme yöntemiyle seçmek veya onlara ulaşmak mümkün olmayacak kadar zordu. Bu nedenle, yapılan bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi (purposive sampling method) tercih edilmiştir.

Amaçlı örnekleme yöntemi bazı özel durumlar için kabul edilebilir rastgele olmayan bir örnekleme yöntemidir. Bu yöntem, sınırlı kaynakların en etkili şekilde kullanılması amacıyla bilgi açısından zengin örneklem birimlerinin belirlenmesi ve seçilmesi için nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Nicel araştırmalarda da sıklıkla kullanılan amaçlı örnekleme, en çok ulaşılması zor bir popülasyona ilişkin özelliklerin ölçülmesi gerektiğinde kullanılmaktadır. Bu yöntemde örnekleme seçerken belirli bir amaç doğrultusunda belirli özelliklere göre seçim yapılır (Robinson, 2014; Palinkas vd., 2015). Bu nedenle, bu çalışmada örneklem birimlerinin sabit bir yerde çalışmaması ve hem COVID-19 kliniklerinde çalışan hem de COVID-19 kliniklerinde çalışmayan sağlık çalışanlarını çalışmaya dahil edebilmek için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Bu çalışma, bir ölçek uyarlama çalışmasını içermektedir. Literatürde ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarındaki örneklem sayısının belirlenmesi ile ilgili çeşitli görüşler bulunmaktadır. Gorsuch (1983) ve Kline (1994) ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında yapılan DFA analizi için gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünün 100 olması gerektiğini belirtmiştir. Ancak literatürde bazı araştırmacılar minimum örneklem büyüklüğünün ölçekte aracında yer alan madde sayısına göre değişeceğini savunmaktadır. Örneğin, Catell (1978) minimum örneklem büyüklüğünün ölçekte yer alan toplam madde sayısının 3 ila 6 katı civarında olması gerektiğini belirtirken, Hair ve diğerleri (2010) en az 5 katı olması gerektiğini ortaya koymuştur. Everitt (1975) ve Nunnally (1978) ise her bir madde için mümkün olduğunca çok sayıda katılımcıya ulaşılması gerektiğini, ancak madde sayısı başına en az 10 katılımcıya ulaşılması gerektiğini ifade etmiştir. Alpar (2016) ise ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarındaki örneklem büyüklüğünün, ölçek madde sayısının en az 5 katı, ideal olarak 10 katı olması gerektiği belirtmiştir. Uluslararası Test Komisyonu, bu çalışmalar için örneklem büyüklüğünün 200'ün altında olmasının geçerlik ve güvenirlik çalışmaları için yeterli olmayabileceğini, bir ölçeğin faktör yapısı ve psikometrik özelliklerini ortaya çıkarmak için 300 ila 500 arasında örneklem büyüklüğü olması gerektiğini vurgulamıştır (ITC, 2018). Bu çalışmada Türkçeye uyarlaması yapılan AFPB-CO ölçeğinde 36 madde bulunmakta olup yukarıdaki tüm bu bilgilere göre çalışmanın ideal örneklem büyüklüğü 360 olarak belirlenmiştir.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Metodolojik çalışmaları da içeren bu araştırma, Mayıs ve Ağustos 2021 tarihleri arasında sağlık çalışanlarının gönüllü katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada toplam 360 sağlık çalışanına ulaşılması hedeflenerek anket dağıtılmıştır. Pandemi döneminde çalışmanın evrenine ilişkin gerekli bilgilere ulaşılamadığından, örneklem sağlık çalışanlarının özelliklerine göre olabildiğince dengeli alınmaya çalışılmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için toplam 450 sağlık çalışanına anket dağıtılmış, eksik veya tutarsız cevapları içeren anket formları veri girişi esnasında hariç tutulmuştur. Sonuç olarak, %80.0 geri dönüş oranı ile ideal örneklem büyüklüğü olan 360 sağlık çalışanına

ulaşılması ve elde edilen veriler analizde kullanılmıştır. Anket formu anonim olup fiziksel formlar elden dağıtılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeğini geliştiren yazarlardan; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Maslach Tükenmişlik Ölçeklerini Türkçeye Uyarlama çalışmalarını yapan yazarlardan ölçeklerin kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (EK 4, EK 5, EK 6). Ardından, T.C. Sağlık Bakanlığının COVID-19 Bilimsel Araştırma Çalışmaları platformuna başvuruda bulunulmuş, bu başvuru sonucunda çalışmanın “uygunluk onayı” alınmıştır (EK 7). Sonrasında, Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan araştırmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair “etik onay” alınmıştır (EK 8). Son olarak, çalışmanın T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilecek olması nedeniyle Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden 03.02.2021 tarihinde çalışmanın yapılabileceği hususunda gerekli izin alınmıştır.

Gönüllülük esasına dayanan bu çalışmanın anket formunun dağıtılması aşamasında her bir katılımcıya anket formunun ilk sayfasında yer alan “Gönüllü Katılım Formu” verilmiş (EK 1), araştırmaya ilişkin gerekli açıklamalar yapılmış, elde edilen verilerin gizli kalacağı güvencesi yazılı ve sözlü olarak bildirilmiş ve katılımcıların izni alınmıştır.

Kapsam geçerliği çalışmalarına katılarak uzman görüşü alınmak istenen sağlık çalışanlarına sosyal medya ve e-posta aracılığı ile ulaşılmış ve çalışmaya katkı sağlamak isteyip istemediklerine ilişkin fikirleri sorulmuş, katılım sağlamayı kabul eden sağlık çalışanlarına “Uzman Görüşü- Değerlendirme Formu” ya e-posta aracılığı ile gönderilmiş ya da çalışma yüz yüze anlatılarak form elden verilmiştir.

5.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin analizi Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 28.0, SPSS Analysis of Moment Structures (SPSS AMOS) 26.0 ve Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP) 0.17.1.0 programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesinde SPSS paket programında bulunan güvenilirlik analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayılarından Cronbach alfa korelasyon katsayıları ve sınıf içi korelasyon katsayıları ile düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları incelenerek güvenilirlik düzeyleri değerlendirilmiştir. Ardından, ölçeklerin yapı geçerliğini test etmek amacıyla SPSS AMOS 26.0 paket programında doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) yapılmıştır. Ölçek verileri çoklu normallik (multivariate normality) varsayımını sağlamamıştır, ancak her bir madde için çarpıklık ve basıklık katsayı değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin (-3,+3 aralığında) tek değişkenli normal dağılımı (univariate normality) sağladığı tespit edilmiştir. Örneklem büyüklüğü de yeterince büyük (n=360) olduğu için Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood) tahmin yöntemi kullanılmıştır. Modellerin uyumu göreceli ki-kare (χ^2/sd), RMSEA, CFI, GFI ve S-RMR uyum indeksleri, yol katsayıları ve bu katsayılarla ilişkin t-değerleri ile incelenmiştir. Modeller yeterli uyum sağlamadığında programın önerdiği ve uygun olduğu düşünülen modifikasyonlar yapılmış, çıkarılması gereken maddeler tespit edilerek ilgili ölçekten çıkarılmıştır. Böylece ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır.

Katılımcı sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre dağılımlarına ve tanımlayıcı istatistiklerine (frekans, yüzde değerleri, ortalama, medyan ve standart sapma); ölçek maddelerinin dağılımlarına ve ölçek maddeleri ile boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklere ve boyutlarına ilişkin dağılımlar Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk test istatistikleri ile incelenmiş, aralarındaki korelasyonlar ise Spearman Korelasyon Katsayısı ile hesaplanmıştır.

Kurgulanan araştırma modelinin uygunluğunun ve araştırma modeline ilişkin hipotezlerin test edilmesi amacıyla gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) (Structural Equation Modelling, SEM) yol analizi (path analysis) çoklu normal dağılımın sağlanmadığı durumlar için AMOS programından daha fazla alternatif sunan JASP programı kullanılarak yapılmıştır. JASP programında yapılan yol analizlerinde çoklu normal dağılım varsayımı sağlanmadığı için Diyagonal Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler (Diagonally Weighted Least Squares: DWLS) yöntemi ile tahmin yapılmıştır.

Güçlü (robust) ağırlıklandırılmış en küçük kareler yöntemi olarak da bilinen bu yöntemde diyagonal ağırlık matrisi (W) ve robust standart hatalar, ortalama ve varyansla ayarlanmış Ki-kare (χ^2) test istatistiklerini kullanarak ağırlıklandırılmış en küçük kareler parametrelerinin tahmin edilmesi amaçlanır (Muthén, 1978). Bu yöntemde modelin uygunluğunun değerlendirildiği temel ölçüt robust Ki-kare (χ^2) test istatistiği, diğer adıyla Satorra-Bentler Ki-kare (SB- χ^2) test istatistiğidir (Doğan, 2015: 33). JASP programında yapılan analizlerde tahmin edilen modelin uygunluğu SB- χ^2 test istatistiği ve RMSEA, CFI, GFI ve S-RMR uyum indeksleri ile incelenmiştir. Ardından modelde yer alan yollar üzerindeki regresyon katsayılarının (etki değerlerinin) anlamlılığı incelenmiştir. Modelde açıklanan (bağımlı) değişkenlere ilişkin determinasyon katsayılarına (R^2) yer verilmiş ve yorumlanmıştır. Araştırma modeli hem tüm örneklem için tahmin edilmiş hem de sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre tahmin edilmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Sağlık çalışanlarının yoğun ve zorlu bir iş temposunun olduğu pandemi döneminde yapılan bu çalışmada, katılımcıların anket formlarında yer alan ifadeleri doğru bir şekilde anlayıp objektif bir değerlendirme yaparak en uygun şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışmaya ilişkin sınırlılıkları ortaya koymak, yapılan analizlere ilişkin bulguları etkileyebileceği düşünüldüğünde önemlidir. Birinci sınırlılık, bu çalışmada tutarsız cevaplar içeren anket formları çalışmaya dahil edilmemiş olsa da, anket yöntemi cevap vermede yanlılığına müdahale edilebilecek bir veri toplama yöntemi değildir. İkinci sınırlılık, bu çalışmada rastgele örnekleme yöntemi yerine amaçlı örnekleme (rastgele olmayan) yönteminin kullanılmış olması ve çalışmanın örnekleme her ne kadar sağlık çalışanlarının ele alınan özelliklerine göre dengeli oluşturulmaya çalışılsa da pandemi nedeniyle her bir özellik için bu dengenin sağlanamamış olması bulguların evrene genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ancak, mevcut çalışma bir pandemi hastanesinde

görev yapan sağlık çalışanlarının COVID-19 ile başa çıkmada izledikleri yolu ortaya koymaya odaklanmıştır. Üçüncü sınırlılık, COVID-19 pandemisi sırasında özellikle sağlık çalışanlarından veri toplamanın zorluğu nedeniyle, bu kesitsel araştırmanın verilerinin dört ayda toplanabilmesidir. Bu nedenle de bulguların, örneklemin aynı zaman noktasındaki durumunu yansıtmıyor olmasıdır.

Araştırmanın sınırlılıkları olmakla birlikte güçlü yönleri de bulunmaktadır. YÖK Ulusal Tez Merkezi, Google ve Google Akademik arama motorlarından çalışmanın başladığı ve tamamlandığı (Mayıs 2021 - Ocak 2024) tarih aralığında yapılan taramalara göre çalışmanın bazı bakımlardan ilk olma özelliğine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın güçlü yönlerini oluşturan bu özelliklerden ilki, sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını değerlendirmek amacıyla KMT teorisine dayanarak geliştirilmiş bir ölçeğin Türkçeye uyarlanmasına ilişkin ilk çalışma olmasıdır. Güçlü yönlerden ikincisi, bu çalışmada Türkiye'deki bir eğitim ve araştırma hastanesindeki sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarının KMT teorisi çerçevesinde ilk kez değerlendirilmiş olmasıdır. Üçüncüsü, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve sosyal destek algılarının ilk kez KMT modeli ile entegre bir model kurularak incelenmiş olmasıdır. Son olarak, diğer bir güçlü yön ise çalışmanın Türkiye'deki büyük bir hastane kompleksinde, zorlu COVID-19 pandemisi döneminde, veri toplamanın çok güç olduğu bir zamanda gerçekleştirilmiş olmasıdır.

6. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmanın örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine ait frekans dağılımlarına, ölçeklerin maddelerine ilişkin frekans dağılımlarına, ölçeklerin maddelerine ve boyutlarına ilişkin bazı tanımlayıcı istatistiklere, ölçek puanlarının geldiği kitlenin dağılımına ve ölçeklerin toplam ve boyut puanları arasındaki korelasyon katsayılarına yer verilmiştir. Sonrasında, araştırma hipotezlerini test etmek üzere araştırma modeli YEM yol analizi ile tahmin edilmiş, algılanan sosyal destek, tükenmişlik ve KMT boyutlarından oluşan modelin korunma motivasyonuna ve koruyucu davranışlara etkisi bulunmuştur. Son olarak, araştırma modelinin sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre ayrı ayrı tahmin edilmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

6.1. TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu kısımda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının özelliklerine ve araştırmada kullanılan ölçeklerin puanlarına ilişkin frekans dağılımlarına ve bazı tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Ardından ölçeklerin toplam ve boyut puanlarına ilişkin dağılımlarına ve aralarındaki ilişki katsayılarına yer verilmiştir.

6.1.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve COVID-19 Pandemisine İlişkin Özellikleri

Araştırmada kullanılan veri toplama aracının ilk bölümünde yer alan soruların bir kısmı sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin olup bir kısmı da sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemi dönemi ile ilgili bazı özelliklerine ilişkindir. Katılımcıların; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma deneyimi (yıl), birlikte yaşadığı bireyler ve çocuk sayısı gibi özelliklerine yer verilmiştir. Tablo 10'da sağlık çalışanlarının bu özellikler bakımından frekans dağılımı görülmektedir.

Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı

Özellikler	Toplam		Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Çalışanları*	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Toplam	360	100,0	127	35,3	174	48,3	59	16,4
Cinsiyet								
Kadın	238	66,1	61	48,0	140	80,5	37	62,7
Erkek	122	33,9	66	52,0	34	19,5	22	37,3
Yaş (yıl)								
< 30	191	53,1	65	51,2	105	60,3	21	35,6
30-39	86	23,9	40	31,5	29	16,7	17	28,8
≥ 40	83	23,1	22	17,3	40	23,0	21	35,6
Medeni durum								
Evli	158	43,9	69	54,3	70	40,2	19	32,2
Bekâr	188	52,2	58	45,7	97	55,7	33	55,9
Ayrı Yaşıyor	14	3,9	0	0,0	7	4,0	7	11,9
Eğitim düzeyi								
Lise	18	5,0	-	-	15	8,6	3	5,1
Ön Lisans	30	8,3	-	-	16	9,2	14	23,7
Lisans	159	44,2	-	-	128	73,6	31	52,5
Yüksek Lisans	58	16,1	34	26,8	14	8,0	10	16,9
Doktora**	84	23,3	82	64,6	1	0,6	1	1,7
Post-doktora**	11	3,1	11	8,7	0	0,0	0,0	0,0
Çalışma deneyimi (yıl)								
< 10	252	70,0	96	75,6	125	71,8	31	52,5
≥ 10	108	30,0	31	24,4	49	28,2	28	47,5
Birlikte yaşadığı bireyler								
Yalnız	96	26,7	34	26,8	47	27,0	15	25,4
Çekirdek Aile	181	50,3	72	56,7	81	46,6	28	47,5
Geniş Aile	21	5,8	9	7,1	8	4,6	4	6,8
Akraba, arkadaş vd.	62	17,2	12	9,4	38	21,8	12	20,3
Çocuk sayısı								
0	232	64,4	85	66,9	111	63,8	36	61,0
1-2	112	31,1	39	30,7	56	32,2	17	28,8
≥ 3	16	4,4	3	2,4	7	4,0	6	10,2

* Diğer sağlık çalışanlarının %49,2'si eczacı, %27,1'i sağlık memuru ve %23,7'si ise teknisyen/tekniker, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

** Hekimler için doktora uzmanlık eğitimini, post-doktora ise yan dal uzmanlık eğitimini ifade etmektedir.

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının (%66,1) kadın sağlık çalışanı, yaklaşık olarak yarısının (%48,3) hemşire ve 30 yaş altı (%53,1) olduğu gözlenmiştir. 30 yaş altı sağlık çalışanı en fazla hemşirelerde (%60,3) bulunmaktadır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumları (evli - bekâr/ayrı) hem genel dağılımda (%43,9 - %56,1) hem de meslekler düzeyindeki dağılımda birbirine yakın frekanslara sahiptir. Katılımcı sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%44,2) lisans, hekimlerin

büyük çoğunluğunu (%73,3) doktora ve post doktora yapmış olan ana dal ve yan dal uzman hekimleri oluşturmaktadır. Ayrıca, hemşirelerin (%73,6) ve diğer sağlık çalışanlarının (%52,5) çoğunluğu lisans mezunudur. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%70) 10 yıldan az çalışma deneyimine sahiptir. Meslek grupları içinde yüzde (%) olarak en fazla çalışma deneyimine sahip olan sağlık çalışanı grubu (%47,5) diğer sağlık çalışanlarıdır. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%26,7) yalnız yaşamakta, diğerleri aile, arkadaş veya akrabalarıyla yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%64,4) çocuğu bulunmamaktadır.

Katılımcı sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisine ilişkin bazı özellikleri olarak COVID-19 servislerinde çalışma durumları, genel sağlık durumları, kendilerinde veya birlikte yaşadıkları bireylerde kronik hastalık olup olmaması, kendilerine veya birlikte yaşadıkları bireylere COVID-19 bulaşıp bulaşmaması, pandemiye fiziksel sağlıklarını koruma davranışları gerçekleştirip gerçekleştirmedikleri, işe gidememe durumlarının olup olmadığı, izolasyon süreci yaşayıp yaşamadıkları ve COVID-19 aşısı yaptırap yaptırmadıklarına ilişkin özelliklere yer verilmiştir. Tablo 11’de sağlık çalışanlarının bu özellikleri bakımından frekans dağılımı görülmektedir.

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisine İlişkin Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı

Özellikler	Toplam		Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Çalışanları*	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Toplam	360	100,0	127	35,28	174	48,33	59	16,39
COVID-19 servisinde çalıştı mı?								
Evet	257	71,4	109	85,8	128	73,6	20	33,9
Hayır	103	28,6	18	14,2	46	26,4	39	66,1
Hâlen COVID-19 servisinde çalışıyor mu?								
Evet	174	48,3	59	46,5	91	52,3	24	40,7
Hayır	186	51,7	68	53,5	83	47,7	35	59,3
Pandemi öncesine göre genel sağlık durumu nasıl?								
Çok Kötü	9	2,5	1	0,8	6	3,4	2	3,4
Kötü	58	16,1	23	18,1	31	17,8	4	6,8
Orta	148	41,1	54	42,5	68	39,1	26	44,1
İyi	118	32,8	42	33,1	54	31,0	22	37,3
Çok İyi	27	7,5	7	5,5	15	8,6	5	8,5

* Diğer sağlık çalışanları; teknisyen ve tekniker, eczacı, sağlık memuru, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Tablo 11 (devamı). Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Pandemisine İlişkin Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı

Özellikler	Toplam		Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Çalışanları*	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kronik hastalığı var mı?								
Evet	60	16,7	25	19,7	30	17,2	5	8,5
Hayır	300	83,3	102	80,3	144	82,8	54	91,5
Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık var mı?								
Evet	94	26,1	28	22,0	51	29,3	15	25,4
Hayır	266	73,9	99	78,0	123	70,7	44	74,6
Kendine COVID-19 bulaştı mı?								
Evet	85	23,6	29	22,8	45	25,9	11	18,6
Hayır	275	76,4	98	77,2	129	74,1	48	81,4
Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaştı mı?								
Evet	96	26,7	32	25,2	47	27,0	17	28,8
Hayır	264	73,3	95	74,8	127	73,0	42	71,2
Fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştirdi mi?								
Evet	346	96,1	121	95,3	166	95,4	59	100,0
Hayır	14	3,9	6	4,7	8	4,6	-	-
Pandemide işe gidemediği oldu mu?								
Evet	217	60,3	73	57,5	101	58,0	43	72,9
Hayır	143	39,7	54	42,5	73	42,0	16	27,1
Pandemide izolasyon süreci yaşadı mı?								
Evet	144	40,0	57	44,9	71	40,8	16	27,1
Hayır	216	60,0	70	55,1	103	59,2	43	72,9
COVID-19 aşısı yaptırdı mı?								
Evet	296	82,2	122	96,1	128	73,6	46	78,0
Hayır	64	17,8	5	3,9	46	26,4	13	22,0

* Diğer sağlık çalışanları; teknisyen ve tekniker, eczacı, sağlık memuru, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Katılımcı sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%71,4) COVID-19 servislerinde çalışmıştır. Çalışma yapıldığı sırada katılımcıların yaklaşık olarak yarısı (%48,3) COVID-19 servislerinde görev yapmaya devam etmektedir. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%85,8) COVID-19 servislerinde görev yapmıştır. Pandemi öncesiyle karşılaştığında, katılımcıların çoğunluğu sağlık durumunu (%41,1) orta, yaklaşık beşte biri ise (%18,6) kötü ve çok kötü olarak derecelendirmiştir. Meslekler içerisinde sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak tanımlayanların yüzdesi en fazla (%21,3) hemşirelerdedir. Sağlık çalışanlarında kronik hastalığa sahip olma yüzdesi %16,7 olup bu yüzdesi en fazla (%19,7) hekimlerdedir. Katılımcı sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte birinin (%26,1) birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık bulunmakta olup birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olma yüzdesi en fazla (%29,3) hemşirelerdedir.

Katılımcıların hemen hemen tümü (%96,1) sağlıklı beslenme, takviye gıda, yeterli uyku, egzersiz, yeterli su tüketimi gibi fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştirmiştir. Sağlık çalışanlarının pandemide işe gidememe yüzdesi %60,3 olup işe en fazla devamsızlık yapan grup (%72,9) diğer sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının %40'ı pandemi döneminde izolasyon süreci geçirmiş, izolasyon süreci geçirme yüzdesi en fazla (%44,9) hekimlerdedir. Katılımcıların çoğunluğu (%82,2) COVID-19 aşısı yaptırmış olup aşı yaptırmama yüzdesinin en fazla olduğu meslek grubu (%26,4) hemşireler, en düşük olduğu grup (%3,9) hekimlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşı, çalışma deneyimi, çocuk sayısı ve pandemi öncesine göre genel sağlık durumuna ilişkin bazı tanımlayıcı istatistikler Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarına İlişkin Bazı Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı İstatistikler	Tanımlayıcı İstatistikler	Toplam	Hekim	Hemşire	Diğer Sağlık Çalışanları *
Yaş (yıl)	$\bar{X}^{**} \pm SS^{**}$	32,02 ± 8,12	32,13 ± 7,17	30,94 ± 8,37	35 ± 8,66
	M**	29,00	29,00	27,00	33,00
	Min-Maks**	20 - 57	24 - 57	20 - 57	20 - 55
Çalışma deneyimi (yıl)	$\bar{X}^{**} \pm SS^{**}$	8,27 ± 8,48	7,04 ± 6,96	8,08 ± 9,18	11,47 ± 8,62
	M**	4,63	5,00	3,00	8,42
	Min-Maks**	0,17 - 37,0	0,33 - 32,00	0,17 - 37,00	0,92 - 32,67
Çocuk sayısı	$\bar{X}^{**} \pm SS^{**}$	0,63 ± 0,99	0,50 ± 0,81	0,67 ± 0,99	0,78 ± 1,29
	M**	0,00	0,00	0,00	0,00
	Min-Maks**	0 - 7	0 - 3	0 - 5	0 - 7
Pandemi öncesine göre genel sağlık durumu***	$\bar{X}^{**} \pm SS^{**}$	3,27 ± 0,91	3,24 ± 0,84	3,24 ± 0,96	3,41 ± 0,87
	M**	3,00	3,00	3,00	3,00
	Min-Maks**	1 - 5	1 - 5	1 - 5	1 - 5

* Diğer sağlık çalışanları; teknisyen ve tekniker, eczacı, sağlık memuru, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

** \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, M: Medyan, Min-Maks: Minimum değer-Maksimum değer

*** Genel sağlık durumu derecelendirmesi: 1: Çok Kötü, 2: Kötü, 3: Orta, 4: İyi, 5: Çok İyi

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 32'dir. Katılımcı sağlık çalışanlarından yaşı en büyük olan 57, en küçük olan 20 yaşındadır. Yaş ortalaması en düşük olan meslek grubu hemşirelerdir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları yaklaşık olarak 8 yıllık çalışma deneyimine sahiptir ve sağlık çalışanlarının çalışma deneyimi en fazla 37 yıldır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları yaklaşık olarak (0,63 ± 0,99) 1 çocuk

sahibidir. Sağlık çalışanlarının sahip olduğu çocuk sayısı en fazla 7'dir. Çalışmaya katılan 360 sağlık çalışanının pandemi öncesine göre genel sağlık durumu ortalaması 3,27 olup sağlık durumlarının “orta-iyi” düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

6.1.2. AFPB-CO Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri ortaya koyan AFPB-CO Ölçeğinin madde ve boyutlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. AFPB-CO Ölçeğinin maddelerine ilişkin frekans dağılımlarına ilişkin edilen bulgular Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları

Madde No	Boyutlar / Maddeler						Frekans (n) Yüzde (%)
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	
Algılanan Tehdit							
1	Dünyadaki herkes gibi, bana da koronavirüs bulaşabilir.	246 68,3	105 29,2	5 1,4	2 0,56	2 0,56	n %
2	Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar koronavirüsten etkilenir.	18 5,0	35 9,7	16 4,4	99 27,5	192 53,3	n %
3	Alışveriş merkezi, market, iş yeri gibi dış mekanlarda bulunan yüzeylere temas sonucunda bana koronavirüs bulaşabilir.	174 48,3	129 35,8	36 10,0	17 4,7	4 1,1	n %
4	Korona hastalığı ölümlerle sonuçlanabilir, çünkü henüz kesin bir tedavisi yoktur.	165 45,8	138 38,3	37 10,3	16 4,4	4 1,1	n %
5	Korona hastalığı sonucunda akciğerlerim hayatımı sekteye uğratabilecek şekilde ciddi zarar görebilir.	182 50,6	140 38,9	28 7,8	9 2,5	1 0,3	n %
Korku							
6	Her şeyden önemlisi, ailemin korona enfeksiyonuna yakalanmasından endişeleniyorum.	211 58,6	119 33,1	23 6,4	3 0,8	4 1,1	n %
7	Herkesin el temasının olduğu yüzeylere temas ettiğimde endişeleniyorum.	147 40,8	136 37,8	44 12,2	26 7,2	7 1,9	n %
8	Gerekli işler için bile olsa evden çıkarken korkuyorum.	61 16,9	99 27,5	76 21,1	91 25,3	33 9,2	n %
9	Korona hastalığına yakalanırsam, hastanede/evde kaygı dolu günler geçirmek zorunda kalırım.	116 32,2	139 38,6	47 13,1	43 11,9	15 4,2	n %
Algılanan Cevap Maliyeti							
10	Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca kesintisiz yıkanması zaman alıcı ve zordur.	33 9,2	78 21,7	40 11,1	114 31,7	95 26,4	n %
11	İnsanlarla el sıkışmazsam veya onlarla iletişim kurarken aramıza mesafe koyarsam, bana kızabilirler.	20 5,6	29 8,1	55 15,3	123 34,2	133 36,9	n %
12	Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor.	65 18,1	114 31,7	47 13,1	77 21,4	57 15,8	n %
13	Maske takarken nefes almak zordur.	103 28,6	124 34,4	41 11,4	62 17,2	30 8,3	n %

Tablo 13 (devamı 1). AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları

Madde No	Boyutlar / Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Frekans (n) Yüzde (%)
Algılanan Cevap Maliyeti							
14	Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkamam cildimi daha hassas bir hale getiriyor ve tahriş ediyor.	134 37,2	120 33,3	41 11,4	38 10,6	27 7,5	n %
15	Evde kalır ve karantinaya girersem, bunalıma girer ve sıkılırım.	63 17,5	99 27,5	65 18,1	78 21,7	55 15,3	n %
Ödüller							
16	Koronavirüs salgının olduğu bugünlerde seyahat etmek veya evden çıkmak beni mutlu ediyor.	58 16,1	91 25,3	66 18,3	100 27,8	45 12,5	n %
17	İnsanlarla el sıkıştığımda ya da onları öptüğümde daha samimi hissedirim.	41 11,4	90 25,0	59 16,4	92 25,6	78 21,7	n %
18	Soğuk gıda ve ekmek arası yemek, sıcak yemek ve ısıtılmış ekmek yemekten daha zevklidir.	32 8,9	44 12,2	56 15,6	114 31,7	114 31,7	n %
Algılanan Cevap Etkinliği							
19	Ellerimi sabun ve suyla en az 20 saniye yıkamam, beni korona hastalığından yüksek oranda korur.	116 32,2	168 46,7	47 13,1	25 6,9	4 1,1	n %
20	Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske kullanmam, koronavirüsü başkalarına bulaştırmamı engeller.	184 51,1	120 33,3	43 11,9	9 2,5	4 1,1	n %
21	Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur.	181 50,3	137 38,1	28 7,8	12 3,3	2 0,6	n %
22	Evimde ve işyerimdeki yüzeyleri dezenfekte etmem, koronavirüsten korunmama yardımcı olur.	149 41,4	145 40,3	49 13,6	13 3,6	4 1,1	n %
Korunma Motivasyonu							
23	Satın aldığım ve dışarıdan getirdiğim her şeyi dezenfekte ederim.	86 23,9	99 27,5	93 25,8	56 15,6	26 7,2	n %
24	Sosyal mesafemi (en az 1 metre) koruyarak, kendimin ve başkalarının sağlığını korumak istiyorum.	181 50,3	137 38,1	29 8,1	12 3,3	1 0,3	n %
25	Koronavirüs bulaşma riski olduğu sürece, ailem ve arkadaşlarımla internet üzerinden (online) görüşme yapmayı düşünüyorum.	98 27,2	132 36,7	78 21,7	42 11,7	10 2,8	n %
Algılanan Öz-Yeterlik							
26	Dış mekanlardaki yüzeylere temas ettikten sonra ve yüzüme dokunmadan önce ellerimi yıkamak benim için kolaydır.	128 35,6	139 38,6	50 13,9	31 8,6	12 3,3	n %
27	Korona hastalığı belirtilerim (ateş, nefes darlığı, halsizlik, öksürük, tat kaybı, ishal ve kusma vb.) olursa, hemen bir hastaneye başvurabilir veya bir doktorla görüşebilirim.	191 53,1	119 33,1	33 9,2	14 3,9	3 0,8	n %
28	Evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde herhangi bir sorun yaşamadan temiz maske kullanabilirim.	173 48,1	138 38,3	34 9,4	14 3,9	1 0,3	n %
29	Koronaya yakalanma ihtimalim olduğu sürece, üzgün ve engellenmiş hissetsem bile evde kalabilirim.	130 36,1	135 37,5	51 14,2	28 7,8	16 4,4	n %

Tablo 13 (devamı 2). AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları

Madde No	Boyut / Maddeler	Her Zaman	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Frekans (n) Yüzde (%)
Davranışsal Cevaplar							
30	Dış yüzeylere temas ettiğimde, ellerimi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkar ya da dezenfekte ederim.	163	153	38	5	1	n
		45,3	42,5	10,6	1,4	0,3	%
31	Koronavirüs bulaş zincirini kırmak için, kullanmış olduğum maskeleri uygun şekilde çöp kutusuna atarım.	185	143	28	4	0	n
		51,4	39,7	7,8	1,1	0,0	%
32	Farklı temas yüzeylerini düzenli olarak dezenfekte ederim (ev ve araba anahtarlarımı, iş ve kredi kartlarımı, cep telefonumu, vb.)	130	144	63	19	4	n
		36,1	40,0	17,5	5,3	1,1	%
33	Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağzıma ve burnuma ellerimle dokunmamaya gayret ederim.	184	132	40	4	0	n
		51,1	36,7	11,1	1,1	0,0	%
34	Eve girmeden önce, evde belirlediğim bir alanda (örn; kapalı balkon ya da banyo) kıyafetlerimi değiştirir ve orada bırakırım.	118	128	52	40	22	n
		32,8	35,6	14,4	11,1	6,1	%

Tablo 13 incelendiğinde bazı sonuçlar dikkat çekicidir. Sağlık çalışanlarının %84,2 - %97,5'inin algılanan tehdit boyutundaki tüm maddelere (2. maddenin ters kodlandığı durumda) “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum”; %44,4 - %91,7'sinin ise korku boyutundaki maddelere “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum” cevabı verdiği anlaşılmaktadır. Buna rağmen algılanan cevap maliyeti boyutunda sağlık çalışanlarının %30,9'u dışarıda el yıkamanın gücüne “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum”; ödülleri boyutunda ise %36,4'si insanlarla yakın temasın samimi hissettirdiğine “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum” cevabı vermiştir. Algılanan cevap etkinliği boyutunda sağlık çalışanlarının %88,4'ü sosyal mesafenin Koronavirüs bulaş zincirini kırmada önemli bir faktör olduğuna ilişkin “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum”; korunma motivasyonu boyutunda da yine %88,4'ü sosyal mesafesini korumak istediğine ilişkin “Kesinlikle Katılıyorum-Katılıyorum” cevabı vermiştir. AFPB-CO Ölçeğinin maddelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Madde No	Boyutlar / Maddeler	\bar{X}^*	M*	Min-Maks*	SS*
Algılanan Tehdit					
1	Dünyadaki herkes gibi, bana da koronavirüs bulaşabilir.	4,64	5,00	(1,00-5,00)	0,60
2**	Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar koronavirüsten etkilenir.	1,86	1,00	(1,00-5,00)	1,18
3	Alışveriş merkezi, market, iş yeri gibi dış mekanlarda bulunan yüzeylere temas sonucunda bana koronavirüs bulaşabilir.	4,26	4,00	(1,00-5,00)	0,90
4	Korona hastalığı ölümlerle sonuçlanabilir, çünkü henüz kesin bir tedavisi yoktur.	4,23	4,00	(1,00-5,00)	0,89
5	Korona hastalığı sonucunda akciğerlerim hayatımı sekteye uğratabilir.	4,37	5,00	(1,00-5,00)	0,76
Korku					
6	Her şeyden önemlisi, ailemin korona enfeksiyonuna yakalanmasından endişeleniyorum.	4,47	5,00	(1,00-5,00)	0,75
7	Herkesin el temasının olduğu yüzeylere temas ettiğimde endişeleniyorum.	4,08	4,00	(1,00-5,00)	1,00
8	Gerekli işler için bile olsa evden çıkarken korkuyorum.	3,18	3,00	(1,00-5,00)	1,24
9	Korona hastalığına yakalanırsam, hastanede/evde kaygı dolu günler geçirmek zorunda kalırım.	3,83	4,00	(1,00-5,00)	1,13
Algılanan Cevap Maliyeti					
10	Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca kesintisiz yıkanması zaman alıcı ve zordur.	2,56	2,00	(1,00-5,00)	1,33
11	İnsanlarla el sıkışmazsam veya onlarla iletişim kurarken aramıza mesafe koyarsam, bana kızabilirler.	2,11	2,00	(1,00-5,00)	1,16
12	Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor.	3,15	3,00	(1,00-5,00)	1,37
13	Maske takarken nefes almak zordur.	3,58	4,00	(1,00-5,00)	1,29
14	Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkamam cildimi daha hassas bir hale getiriyor ve tahriş ediyor.	3,82	4,00	(1,00-5,00)	1,25
15	Evde kalır ve karantinaya girersem, bunalıma girer ve sıkılırım.	3,10	3,00	(1,00-5,00)	1,34
Ödüller					
16	Koronavirüs salgının olduğu bugünlerde seyahat etmek veya evden çıkmak beni mutlu ediyor.	3,05	3,00	(1,00-5,00)	1,30
17	İnsanlarla el sıkıştığımda ya da onları öptüğümde daha samimi hissederim.	2,79	3,00	(1,00-5,00)	1,34
18	Soğuk gıda ve ekmeğin arasına yemek, sıcak yemek ve ısıtılmış ekmeğin yemekten daha zevklidir.	2,35	2,00	(1,00-5,00)	1,28
Algılanan Cevap Etkinliği					
19	Ellerimi sabun ve suyla en az 20 saniye yıkamam, beni korona hastalığından yüksek oranda korur.	4,02	4,00	(1,00-5,00)	0,91
20	Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske kullanmam, koronavirüsü başkalarına bulaştırmamı engeller.	4,31	5,00	(1,00-5,00)	0,86
21	Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur.	4,34	5,00	(1,00-5,00)	0,81
22	Evimde ve işyerimdeki yüzeyleri dezenfekte etmem, koronavirüsten korunmama yardımcı olur.	4,17	4,00	(1,00-5,00)	0,88

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Ters kodlama yapılmadan hesaplanmıştır.

Tablo 14 (devamı). AFPB-CO Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Madde No	Boyutlar / Maddeler	\bar{X} *	M*	Min-Maks*	SS*
Korunma Motivasyonu					
23	Satın aldığım ve dışarıdan getirdiğim her şeyi dezenfekte ederim.	3,45	4,00	(1,00-5,00)	1,21
24	Sosyal mesafemi (en az 1 metre) koruyarak, kendimin ve başkalarının sağlığını korumak istiyorum.	4,35	5,00	(1,00-5,00)	0,79
25	Koronavirüs bulaşma riski olduğu sürece, ailem ve arkadaşlarımla internet üzerinden (online) görüşme yapmayı düşünüyorum.	3,74	4,00	(1,00-5,00)	1,07
Algılanan Öz-Yeterlik					
26	Dış mekanlardaki yüzeylere temas ettikten sonra ve yüzüme dokunmadan önce ellerimi yıkamak benim için kolaydır.	3,94	4,00	(1,00-5,00)	1,07
27	Korona hastalığı belirtilerim (ateş, nefes darlığı, halsizlik, öksürük, tat kaybı, ishal ve kusma vb.) olursa, hemen bir hastaneye başvurabilir veya bir doktorla görüşebilirim.	4,34	5,00	(1,00-5,00)	0,86
28	Evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde herhangi bir sorun yaşamadan temiz maske kullanabilirim.	4,30	4,00	(1,00-5,00)	0,82
29	Koronaya yakalanma ihtimalim olduğu sürece, üzgün ve engellenmiş hissetsem bile evde kalabilirim.	3,93	4,00	(1,00-5,00)	1,10
Davranışsal Cevaplar					
30	Dış yüzeylere temas ettiğimde, ellerimi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkar ya da dezenfekte ederim.	4,31	4,00	(1,00-5,00)	0,74
31	Koronavirüs bulaş zincirini kırmak için, kullanmış olduğum maskeleri uygun şekilde çöp kutusuna atarım.	4,41	5,00	(1,00-5,00)	0,68
32	Farklı temas yüzeylerini düzenli olarak dezenfekte ederim (ev ve araba anahtarlarımı, iş ve kredi kartlarımı, cep telefonumu, vb.)	4,05	4,00	(1,00-5,00)	0,92
33	Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağzıma ve burnuma ellerimle dokunmamaya gayret ederim.	4,38	5,00	(1,00-5,00)	0,72
34	Eve girmeden önce, evde belirlediğim bir alanda (örn; kapalı balkon ya da banyo) kıyafetlerimi değiştirir ve orada bırakırım.	3,78	4,00	(1,00-5,00)	1,19

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Ters kodlama yapılmadan hesaplanmıştır.

Tablo 14'te yer alan tüm maddelere ilişkin standart sapmalar incelendiğinde verilen cevapların en az değişkenlik gösterdiği maddenin algılanan tehdit boyutundaki "Dünyadaki herkes gibi, bana da koronavirüs bulaşabilir" (SS: 0,60) maddesi olduğu; en fazla değişkenlik gösterdiği maddenin ise algılanan cevap maliyeti boyutunda yer alan "Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor" (SS: 1,37) maddesi olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarına ilişkin maddelerden en yüksek yüzdeyle "Kesinlikle Katılıyorum" cevabı verdikleri madde "Dünyadaki herkes gibi, bana da koronavirüs bulaşabilir" olup ortalama puanı $4,64 \pm 0,60$ 'tır. İkinci en yüksek yüzdeyle "Kesinlikle Katılıyorum" cevabı verdikleri "Her şeyden önemlisi, ailemin korona enfeksiyonuna yakalanmasından endişeleniyorum" maddesinin ortalama puanı

4,47±0,75'tir. Bu maddeleri sırasıyla “Koronavirüs bulaş zincirini kırmak için, kullanmış olduğum maskeleri uygun şekilde çöp kutusuna atarım” (4,41±0,68), “Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağzıma ve burnuma ellerimle dokunmamaya gayret ederim” (4,38±0,72) ve “Korona hastalığı sonucunda akciğerlerim hayatımı sekteye uğratabilecek şekilde ciddi zarar görebilir” (4,37±0,76) maddeleri takip etmektedir.

Sağlık çalışanlarının en az katıldıkları madde olan “Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar koronavirüsten etkilenir” ortalama puanı 1,86±1,18'dir. Bunu sırasıyla “İnsanlarla el sıkışmazsam veya onlarla iletişim kurarken aramıza mesafe koyarsam, bana kızabilirler” (2,11±1,16), “Soğuk gıda ve ekmek arası yemek, sıcak yemek ve ısıtılmış ekmek yemekten daha zevklidir” (2,35±1,28) ve “Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca kesintisiz yıkanması zaman alıcı ve zordur” (2,56±1,33) maddeleri takip etmektedir. AFPB-CO Ölçeğinin boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15 incelendiğinde, AFPB-CO Ölçeğinde tüm katılımcı sağlık çalışanlarının en yüksek puan (4,33±0,58) verdikleri boyutun algılanan tehdit boyutu olduğu görülmektedir. Bu boyutu ikinci yüksek ortalama puan (4,21±0,71) ile algılanan cevap etkinliği boyutu takip etmektedir. En düşük ortalama puana (2,73±0,91) sahip olan boyut ise ödülleri olmuştur.

COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeğinin oluşturduğu modelin sonuç değişkenlerini temsil eden korunma motivasyonu ve davranışsal cevaplar boyutlarının ortalama puanları kadınlarda 3,91±0,79 ve 4,26±0,64 olup erkeklerde 3,71±0,74 ve 4,03±0,61 olarak hesaplanmıştır. Boyutlara ilişkin ortalama puan istatistikleri yaşa göre incelendiğinde 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ortalama puanının 4,25±0,59, algılanan cevap maliyeti ortalama puanının 2,80±0,84 ve ödülleri ortalama puanının 2,46±0,83 olduğu anlaşılmaktadır. Medeni duruma göre incelendiğinde, evli olan sağlık çalışanlarının ödülleri ortalama puanı 2,59±0,78 olup bekâr/ayrı sağlık çalışanlarının ise ödülleri ortalama puanının 2,83±0,99 olması dikkat çekmektedir.

Tablo 15. AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit**	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Toplam		\bar{X}	4,33	3,89	3,05	2,73	4,21	3,85	4,13	4,19
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,76	0,84	0,91	0,71	0,78	0,74	0,64
Cinsiyet	Kadın	\bar{X}	4,34	3,93	3,04	2,65	4,28	3,91	4,18	4,26
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	4,00	4,25	4,20
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,79	0,81	0,90	0,71	0,79	0,76	0,64
	Erkek	\bar{X}	4,31	3,82	3,08	2,88	4,07	3,71	4,03	4,03
		M	4,40	4,00	3,33	3,00	4,00	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(2,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,25-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,20-5,00)
		SS	0,59	0,70	0,89	0,90	0,69	0,74	0,70	0,61
Yaş	< 30	\bar{X}	4,33	3,89	3,15	2,85	4,15	3,81	4,08	4,13
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,00	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,59	0,79	0,79	0,92	0,71	0,80	0,75	0,67
	30-39	\bar{X}	4,40	3,88	3,08	2,72	4,23	3,82	4,14	4,14
		M	4,40	4,00	3,23	2,67	4,25	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(2,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(2,33-5,00)	(2,00-5,00)	(3,00-5,00)
		SS	0,54	0,70	0,88	0,90	0,65	0,69	0,71	0,58
	≥ 40	\bar{X}	4,25	3,89	2,80	2,46	4,33	3,95	4,22	4,37
		M	4,20	4,00	2,83	2,33	4,50	4,00	4,25	4,60
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,59	0,76	0,84	0,83	0,74	0,82	0,75	0,59

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 15 (devamı 1). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit**	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Medeni Durum	Evli	\bar{X}	4,35	3,90	2,81	2,59	4,26	3,89	4,16	4,19
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	4,00	4,13	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,57	0,73	0,83	0,78	0,65	0,72	0,69	0,64
	Bekâr / Ayrı	\bar{X}	4,31	3,89	3,17	2,83	4,17	3,82	4,10	4,18
		M	4,40	4,00	3,25	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,20-5,00)
		SS	0,59	0,79	0,82	0,99	0,75	0,82	0,78	0,64
Eğitim Düzeyi	Lise ve Ön lisans	\bar{X}	4,31	4,10	2,96	2,63	4,15	4,06	4,32	4,32
		M	4,50	4,00	3,00	2,67	4,25	4,33	4,50	4,40
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(2,00-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,50-5,00)	(3,00-5,00)
		SS	0,60	0,74	0,83	1,09	0,85	0,84	0,74	0,65
	Lisans ve Lisansüstü	\bar{X}	4,33	3,86	3,07	2,74	4,22	3,81	4,10	4,16
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	3,83	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,50-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,75-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(3,00-5,00)
		SS	0,58	0,76	0,84	0,87	0,68	0,76	0,74	0,63
Meslek	Hekim	\bar{X}	4,34	3,71	2,92	2,89	4,12	3,54	4,06	3,94
		M	4,40	3,75	3,00	3,00	4,00	3,33	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(2,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(2,00-5,00)	(2,25-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,58	0,64	0,84	0,85	0,61	0,62	0,61	0,55
	Hemşire	\bar{X}	4,33	3,98	3,08	2,62	4,25	4,06	4,22	4,37
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,25	4,60
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,25-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,82	0,84	0,90	0,72	0,76	0,78	0,64
	Diğer Sağlık Çalışanları***	\bar{X}	4,29	4,00	3,25	2,71	4,28	3,88	4,00	4,15
		M	4,20	4,00	3,33	2,67	4,50	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(2,50-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,57	0,75	0,77	1,00	0,83	0,91	0,86	0,64

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Mak: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır. *** Diğer sağlık çalışanları eczacı, sağlık memuru, teknisyen/tekniker, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Tablo 15 (devamı 2). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit**	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Çalışma Deneyimi (Yıl)	< 10	\bar{X}	4,37	3,88	3,11	2,80	4,20	3,84	4,13	4,13
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,79	0,82	0,91	0,71	0,78	0,74	0,66
	≥ 10	\bar{X}	4,24	3,91	2,92	2,57	4,25	3,87	4,13	4,31
		M	4,20	4,00	3,00	2,33	4,25	3,83	4,00	4,40
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,75-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,58	0,70	0,85	0,87	0,70	0,76	0,76	0,57
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Aile-Akraba-Arkadaş	\bar{X}	4,33	3,90	3,01	2,66	4,24	3,87	4,14	4,21
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	4,00	4,25	4,20
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,20-5,00)
		SS	0,59	0,77	0,85	0,89	0,71	0,78	0,74	0,64
	Yalnız	\bar{X}	4,33	3,87	3,18	2,91	4,14	3,78	4,09	4,12
		M	4,40	3,75	3,25	3,00	4,00	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,50-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,57	0,74	0,80	0,93	0,69	0,77	0,75	0,63
Çocuk Sahibi Olma	Evet	\bar{X}	4,35	3,93	2,93	2,54	4,33	3,98	4,22	4,30
		M	4,40	4,00	3,00	2,23	4,50	4,00	4,13	4,30
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,55	0,73	0,85	0,83	0,63	0,72	0,70	0,59
	Hayır	\bar{X}	4,32	3,87	3,12	2,83	4,15	3,77	4,08	4,12
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,13	3,83	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,59	0,78	0,82	0,93	0,74	0,80	0,76	0,65

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır. *** Diğer sağlık çalışanları eczacı, sağlık memuru, teknisyen/tekniker, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Tablo 15 (devamı 3). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit**	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	\bar{X}	4,36	3,87	3,06	2,80	4,22	3,84	4,13	4,16
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,25-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
	Hayır	SS	0,54	0,77	0,86	0,91	0,67	0,76	0,74	0,64
		\bar{X}	4,24	3,93	3,03	2,55	4,20	3,87	4,13	4,24
		M	4,20	4,00	3,17	2,33	4,25	4,00	4,25	4,20
Hayır	Min-Maks	(2,40-5,00)	(2,25-5,00)	(1,50-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,80-5,00)	
	SS	0,65	0,75	0,76	0,88	0,79	0,82	0,76	0,63	
	\bar{X}	4,33	3,95	3,11	2,72	4,19	3,93	4,17	4,21	
Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,13	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,25-5,00)	(1,67-5,00)	(2,50-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,80	0,87	0,91	0,69	0,81	0,71	0,62
	Hayır	\bar{X}	4,33	3,84	3,00	2,74	4,23	3,76	4,09	4,17
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,75-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,20-5,00)
Hayır	SS	0,58	0,72	0,80	0,90	0,72	0,74	0,77	0,65	
	\bar{X}	4,35	3,87	3,06	2,72	4,25	3,86	4,19	4,21	
	M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,25	4,20	
Pandemi Öncesine Göre Genel Sağlık	Çok İyi-İyi-Orta	Min-Maks	(3,00-5,00)	(1,50-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,56	0,74	0,82	0,91	0,70	0,77	0,70	0,62
		\bar{X}	4,25	3,99	3,01	2,78	4,03	3,77	3,85	4,08
	Kötü-Çok Kötü	M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,00	3,67	3,75	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,66	0,84	0,92	0,90	0,72	0,80	0,88	0,69

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 15 (devamı 4). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit**	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Kendinde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	4,30	3,76	2,92	2,61	4,27	3,80	4,14	4,18
		M	4,30	3,88	3,00	2,67	4,25	3,67	4,13	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,25-5,00)	(1,83-5,00)	(1,67-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,58	0,85	0,73	0,81	0,76	0,86	0,81	0,62
	Hayır	\bar{X}	4,34	3,92	3,08	2,75	4,20	3,86	4,13	4,19
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,50-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,74	0,85	0,92	0,70	0,76	0,73	0,64
Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	4,39	3,91	2,97	2,75	4,43	3,97	4,33	4,35
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,50	4,00	4,50	4,50
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,25-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,51	0,81	0,82	0,98	0,60	0,77	0,68	0,63
	Hayır	\bar{X}	4,31	3,88	3,08	2,72	4,13	3,80	4,06	4,13
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,00	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(3,00-5,00)	(1,50-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,60	0,75	0,84	0,88	0,72	0,78	0,75	0,63
Kendine COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	4,38	3,84	3,08	2,83	4,19	3,77	4,12	4,16
		M	4,40	3,75	3,00	2,67	4,25	3,67	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,20-5,00)
		SS	0,58	0,81	0,81	0,95	0,74	0,78	0,71	0,61
	Hayır	\bar{X}	4,31	3,91	3,04	2,70	4,22	3,87	4,13	4,19
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(2,25-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,75	0,84	0,89	0,69	0,78	0,75	0,65

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 15 (devamı 5). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit*	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	4,39	4,04	3,11	2,57	4,30	3,92	4,10	4,24
		M	4,60	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,60-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,52	0,79	0,83	0,92	0,60	0,75	0,74	0,61
	Hayır	\bar{X}	4,31	3,84	3,03	2,79	4,18	3,82	4,14	4,17
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,50-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,60	0,74	0,84	0,89	0,74	0,79	0,74	0,65
Fiziksel Sağlığını Koruma Davranışları Gerçekleştirme	Evet	\bar{X}	4,32	3,88	3,04	2,72	4,21	3,85	4,12	4,18
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,76	0,82	0,91	0,71	0,78	0,74	0,64
	Hayır	\bar{X}	4,66	4,25	3,35	2,98	4,23	3,86	4,29	4,26
		M	4,80	4,25	3,50	2,83	4,00	4,00	4,63	4,30
		Min-Maks	(3,80-5,00)	(3,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(3,25-5,00)	(2,67-5,00)	(2,50-5,00)	(3,00-5,00)
		SS	0,40	0,63	1,10	0,91	0,62	0,65	0,84	0,68
Pandemide İşe Gidememe	Evet	\bar{X}	4,30	3,91	3,05	2,73	4,16	3,85	4,06	4,16
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	4,00	4,00	4,00
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,60	0,76	0,87	0,93	0,74	0,76	0,79	0,65
	Hayır	\bar{X}	4,38	3,86	3,06	2,73	4,29	3,84	4,23	4,22
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,50	4,00	4,25	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,75-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,50-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,55	0,77	0,78	0,88	0,64	0,80	0,65	0,61

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 15 (devamı 6). AFPB-CO Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	AFPB-CO Ölçeğinin Boyutları							
			Algılanan Tehdit*	Korku	Algılanan Cevap Maliyeti	Ödüller	Algılanan Cevap Etkinliği	Korunma Motivasyonu	Algılanan Öz-Yeterlik	Davranışsal Cevaplar
Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama	Evet	\bar{X}	4,32	3,97	3,08	2,75	4,25	3,92	4,15	4,23
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,38	4,00	4,25	4,10
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,80-5,00)
		SS	0,62	0,81	0,90	0,95	0,70	0,79	0,71	0,61
	Hayır	\bar{X}	4,34	3,84	3,04	2,72	4,18	3,80	4,11	4,16
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,50-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,55	0,72	0,79	0,88	0,71	0,77	0,76	0,66
COVID-19 Aşısı Yaptırma	Evet	\bar{X}	4,34	3,91	3,06	2,75	4,21	3,84	4,13	4,19
		M	4,40	4,00	3,17	2,67	4,25	4,00	4,00	4,10
		Min-Maks	(2,40-5,00)	(1,25-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(2,00-5,00)
		SS	0,58	0,73	0,85	0,92	0,70	0,77	0,72	0,63
	Hayır	\bar{X}	4,30	3,78	3,01	2,61	4,22	3,89	4,12	4,18
		M	4,40	4,00	3,00	2,67	4,25	4,00	4,13	4,20
		Min-Maks	(2,80-5,00)	(1,00-5,00)	(1,17-5,00)	(1,00-5,00)	(2,50-5,00)	(1,67-5,00)	(2,00-5,00)	(2,20-5,00)
		SS	0,59	0,89	0,77	0,85	0,74	0,80	0,84	0,68

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir. ** 2. madde ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının korku boyutu ortalama puanı $4,10 \pm 0,74$ olup lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının ortalama puanı ise $3,86 \pm 0,76$ 'dır. Lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindeki sağlık çalışanlarının hastalığa ilişkin algılanan tehdit ortalama puanı $4,33 \pm 0,58$ olup algılanan cevap etkinliği ortalama puanlarının $4,22 \pm 0,68$ olması da dikkat çekmektedir. Hekimlerin hastalığa ilişkin korku ortalama puanı $3,71 \pm 0,64$ olmakla birlikte, hastalıktan korunma motivasyonu ve hastalığa karşı davranışsal cevaplarına ilişkin ortalama puanlarının $3,54 \pm 0,62$ ve $3,94 \pm 0,55$ olduğu görülmektedir. Hemşirelerin ödülleri ortalama puanı $2,62 \pm 0,90$ olup algılanan öz-yeterlik ortalama puanının $4,22 \pm 0,78$, korunma motivasyonu ortalama puanının $4,06 \pm 0,76$ ve davranışsal cevaplar ortalama puanının $4,37 \pm 0,64$ olması dikkat çekmektedir.

On yıldan az çalışma deneyimine sahip sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ortalama puanı $4,37 \pm 0,58$ olup hastalıktan korunma motivasyonlarına ve hastalığa karşı davranışsal cevaplarına ilişkin ortalama puanları sırasıyla $3,84 \pm 0,78$ ve $4,13 \pm 0,66$ 'dır. Tablo 15'te dikkat çeken diğer sonuçlardan biri aile, akraba veya arkadaşı ile yaşayan sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplar ortalama puanının $4,21 \pm 0,64$, yalnız yaşayanların ise $4,12 \pm 0,63$ olmasıdır. Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplar ortalama puanı $4,30 \pm 0,59$ olup çocuk sahibi olmayanlarda bu ortalama puan $4,12 \pm 0,65$ 'tir.

COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ortalama puanı $4,36 \pm 0,54$ olup COVID-19 servisinde çalışmayanların ise $4,24 \pm 0,65$ 'tir. COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının ödülleri ortalama puanı $2,80 \pm 0,91$ olup COVID-19 servisinde çalışmayanların ise $2,55 \pm 0,88$ 'dir. COVID-19 servisinde çalışmayanların davranışsal cevaplar ortalama puanlarının $4,24 \pm 0,63$ olması dikkat çekmektedir. Çalışma yapıldığı sırada hâlen COVID-19 servisinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu ortalama puanı $3,93 \pm 0,81$ olup hâlen COVID-19 servisinde çalışmayanların ortalama puanı $3,76 \pm 0,74$ 'tür.

Pandemi öncesine göre genel sağlık durumunu "iyi: çok iyi-iyi-orta" kategorisinde tanımlayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu, algılanan öz-yeterlik ve davranışsal cevaplar ortalama puanları sırasıyla $3,86 \pm 0,77$, $4,19 \pm 0,70$ ve $4,21 \pm 0,62$ 'dir. Pandemi öncesine göre genel sağlık durumunu "kötü: kötü-çok kötü" kategorisinde

tanımlayan sağlık çalışanlarında ise bu ortalama puanlarının ise sırasıyla $3,77\pm 0,80$, $3,85\pm 0,88$ ve $4,08\pm 0,69$ olması da dikkat çeken bir bulgudur.

Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ve korku ortalama puanları $4,39\pm 0,51$ ve $3,91\pm 0,81$; kendinde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ve korku ortalama puanları ise $4,30\pm 0,58$ ve $3,76\pm 0,85$ olarak elde edilmiştir. Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarının ödülleri ortalama puanı $2,75\pm 0,98$ olup kendinde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarının ödülleri ortalama puanı ise $2,61\pm 0,81$ 'dir. Ayrıca yaşadığı bireylerde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu ortalama puanı $3,97\pm 0,77$ olup kendinde kronik hastalık bulunan sağlık çalışanlarında ise $3,80\pm 0,86$ 'dir.

Fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştiren sağlık çalışanlarının algılanan tehdit ve korku ortalama puanları sırasıyla $4,32\pm 0,58$ ve $3,88\pm 0,76$ olup fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştirilmeyenlerde bu puanların sırasıyla $4,66\pm 0,40$ ve $4,25\pm 0,63$ olması dikkat çekmektedir. COVID-19 aşısı olmayanların korku ortalama puanı $3,78\pm 0,89$ olup aşı olanlarda $3,91\pm 0,73$ olması da dikkat çeken bulgulardandır.

6.1.3. ÇBASD Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarını ortaya koyan ÇBASD Ölçeğinin madde ve boyutlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. ÇBASD Ölçeğinin maddelerine ilişkin frekans dağılımları edilen bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının %70,0 - %71,9'unun aile sosyal desteği boyutundaki maddelere "Evet-Kesinlikle Evet" cevabı verdiği anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının en yüksek yüzdede "Kesinlikle Evet" cevabı verdiği ilk dört madde sırasıyla "Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır" (%35,8), "İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım" (%33,3), "Sorunlarımı ailemle konuşabilirim" (%30,0) ve "Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir" (%29,7) olup bu maddeler de yine aile sosyal desteği boyutuna aittir.

Tablo 16. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları

Madde No	Boyutlar / Maddeler								Frekans (n) Yüzde (%)
		Kesinlikle Katılmıyorum	Kıyvetle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Evet	Kıyvetle Evet	Kesinlikle Evet	
Özel İnsan Sosyal Desteği									
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	68	27	42	31	69	41	82	n
		18,89	7,50	11,67	8,61	19,17	11,39	22,78	%
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	58	23	45	26	82	40	86	n
		16,11	6,39	12,50	7,22	22,78	11,11	23,89	%
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	56	31	40	34	80	48	71	n
		15,56	8,61	11,11	9,44	22,22	13,33	19,72	%
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	51	19	36	42	85	42	85	n
		14,17	5,28	10,00	11,67	23,61	11,67	23,61	%
Aile Sosyal Desteği									
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	36	18	25	22	71	59	129	n
		10,00	5,00	6,94	6,11	19,72	16,39	35,83	%
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	38	20	29	21	74	58	120	n
		10,56	5,56	8,06	5,83	20,56	16,11	33,33	%
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	27	22	28	30	92	53	108	n
		7,50	6,11	7,78	8,33	25,56	14,72	30,00	%
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	30	17	30	30	90	56	107	n
		8,33	4,72	8,33	8,33	25,00	15,56	29,72	%
Arkadaş Sosyal Desteği									
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	31	20	24	45	104	60	76	n
		8,61	5,56	6,67	12,50	28,89	16,67	21,11	%
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	33	20	27	44	119	48	69	n
		9,20	5,60	7,50	12,20	33,10	13,30	19,20	%
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	30	22	19	34	104	57	94	n
		8,33	6,11	5,28	9,44	28,89	15,83	26,11	%
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	30	18	19	39	116	51	87	n
		8,33	5,00	5,28	10,83	32,22	14,17	24,17	%

Sağlık çalışanlarının %65,6 - %70,8'i arkadaş sosyal desteği boyutundaki maddelere, %58,9 - %53,3'ü özel insan sosyal desteği boyutundaki maddelere "Evet-Kesinlikle Evet" cevabı verdiği anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının en düşük yüzdede "Kesinlikle Evet" cevabı verdiği ilk iki madde sırasıyla "İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma

güvenebilirim” (%19,2) ve “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var” (%19,7) maddeleridir. ÇBASD Ölçeğinin maddelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Madde No	Boyutlar / Maddeler	\bar{X}^*	M*	Min-Maks*	SS*
Özel İnsan Sosyal Desteği					
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	4,27	5,00	(1,00-7,00)	2,18
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	4,43	5,00	(1,00-7,00)	2,12
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	4,33	5,00	(1,00-7,00)	2,07
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	4,55	5,00	(1,00-7,00)	2,03
Aile Sosyal Desteği					
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	5,13	6,00	(1,00-7,00)	2,00
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	5,02	5,00	(1,00-7,00)	2,02
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	5,03	5,00	(1,00-7,00)	1,87
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	5,03	5,00	(1,00-7,00)	1,88
Arkadaş Sosyal Desteği					
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	4,82	5,00	(1,00-7,00)	1,81
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	4,71	5,00	(1,00-7,00)	1,79
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	4,96	5,00	(1,00-7,00)	1,84
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	4,93	5,00	(1,00-7,00)	1,79

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 17’de yer alan tüm maddelere ilişkin standart sapmalar incelendiğinde verilen cevapların en az değişkenlik gösterdiği iki madde arkadaş sosyal desteği boyutundaki “İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim” (SS: 1,79) ve “Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim” (SS: 1,79) maddeleridir. Verilen cevapların en fazla değişkenlik gösterdiği maddenin ise özel insan sosyal desteği boyutunda yer alan “Ailem

ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var” (SS: 2,18) maddesi olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarına ilişkin maddelerden en yüksek ortalama puana sahip olan “Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır” (5,13±2,0) maddesidir. En yüksek puana sahip diğer 3 madde de aile sosyal desteği boyutuna aittir. En düşük ortalama puana sahip olan madde özel insan sosyal desteği boyutunda yer alan “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var” (4,27±2,18) maddesidir. Özel insan sosyal desteği boyutundaki maddeler tüm maddeler içerisinde en düşük ortalama puana sahiptir. ÇBASD Ölçeğinin boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Sosyal Destek
			Özel İnsan Sosyal Desteği	Aile Sosyal Desteği	Arkadaş Sosyal Desteği	
Toplam		\bar{X}	4,39	5,05	4,86	4,77
		M	4,75	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,81	1,72	1,64
Cinsiyet	Kadın	\bar{X}	4,49	5,21	4,97	4,89
		M	5,00	5,63	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,98	1,80	1,75	1,66
	Erkek	\bar{X}	4,20	4,74	4,63	4,52
		M	4,50	5,00	5,00	4,83
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,79	1,81	1,63	1,57
Yaş	< 30	\bar{X}	4,42	5,05	4,89	4,79
		M	4,75	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	2,03	1,88	1,75	1,70
	30-39	\bar{X}	4,20	4,91	4,76	4,62
		M	4,50	5,00	5,00	4,79
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,79	1,82	1,61	1,57
	≥ 40	\bar{X}	4,54	5,19	4,87	4,87
		M	5,00	5,25	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,79	1,65	1,75	1,59
Medeni Durum	Evli	\bar{X}	4,44	5,16	4,86	4,82
		M	5,00	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,77	1,73	1,64	1,57
	Bekâr / Ayrı	\bar{X}	4,36	4,96	4,85	4,72
		M	4,75	5,38	5,00	4,96
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	2,03	1,87	1,78	1,69

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 18 (devamı 1). ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Sosyal Destek	
			Özel İnsan Sosyal Desteği	Aile Sosyal Desteği	Arkadaş Sosyal Desteği		
Eğitim Düzeyi	Lise ve Ön lisans	\bar{X}	4,51	5,07	4,82	4,80	
		M	4,88	5,63	5,00	5,08	
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
	Lisans ve Lisansüstü	SS	2,20	2,08	2,03	1,94	
		\bar{X}	4,38	5,05	4,86	4,76	
		M	4,75	5,38	5,00	5,00	
Meslek	Hekim	Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
		SS	1,88	1,77	1,67	1,59	
		\bar{X}	4,64	5,21	4,99	4,95	
	Hemşire	M	4,75	5,50	5,00	5,00	
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
		SS	1,68	1,54	1,42	1,39	
	Diğer Sağlık Çalışanları**	\bar{X}	4,27	4,88	4,78	4,64	
		M	4,75	5,25	5,00	5,00	
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
	Çalışma Deneyimi (Yıl)	< 10	SS	2,02	1,96	1,92	1,82
			\bar{X}	4,23	5,20	4,79	4,74
			M	5,00	6,00	5,00	4,92
		≥ 10	Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
			SS	2,09	1,90	1,66	1,59
			\bar{X}	4,40	5,08	4,91	4,80
	Birlikte Yaşadığı Bireyler	Aile-Akraba-Arkadaş	M	4,75	5,50	5,00	5,00
			Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
			SS	1,85	1,81	1,71	1,64
Yalnız		\bar{X}	4,42	5,10	4,94	4,82	
		M	4,75	5,88	5,25	4,92	
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	SS	2,10	1,83	1,75	1,65	
		\bar{X}	4,32	5,10	4,79	4,74	
		M	5,00	5,25	5,00	5,00	
	Hayır	Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	
		SS	1,82	1,74	1,71	1,59	
		\bar{X}	4,44	5,02	4,89	4,78	
	M	4,75	5,50	5,00	5,00		
	Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)		
	SS	1,98	1,85	1,72	1,67		

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Diğer sağlık çalışanları eczacı, sağlık memuru, teknisyen/tekniker, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Tablo 18 (devamı 2). ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Sosyal Destek
			Özel İnsan Sosyal Desteği	Aile Sosyal Desteği	Arkadaş Sosyal Desteği	
COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	\bar{X}	4,47	5,04	4,85	4,79
		M	5	5,5	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,83	1,71	1,66
	Hayır	\bar{X}	4,20	5,08	4,86	4,71
		M	4,5	5,25	5	4,92
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,91	1,77	1,73	1,59
Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	\bar{X}	4,45	5,06	4,84	4,78
		M	4,75	5,5	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,93	1,81	1,73	1,64
	Hayır	\bar{X}	4,34	5,04	4,87	4,75
		M	4,75	5,25	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,82	1,7	1,65
Pandemi Öncesine Göre Genel Sağlık	Çok İyi-İyi-Orta	\bar{X}	4,46	5,12	4,95	4,84
		M	5	5,5	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,83	1,7	1,64
	Kötü-Çok Kötü	\bar{X}	4,12	4,74	4,43	4,43
		M	4,5	5	4,75	4,75
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,9	1,72	1,73	1,59
Kendinde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	4,48	5,3	4,9	4,89
		M	4,75	5,38	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,25-7,00)
		SS	1,84	1,56	1,52	1,45
	Hayır	\bar{X}	4,38	5	4,85	4,74
		M	4,75	5,5	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,94	1,86	1,75	1,68
Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	4,47	4,96	4,8	4,74
		M	5	5,25	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,84	1,81	1,73
	Hayır	\bar{X}	4,37	5,08	4,88	4,78
		M	4,75	5,5	5	5
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,8	1,68	1,61
Kendine COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	4,66	5,17	5,00	4,94
		M	5,00	5,50	5,00	5,08
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,91	1,69	1,62	1,55
	Hayır	\bar{X}	4,31	5,01	4,81	4,71
		M	4,50	5,25	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,85	1,74	1,67

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 18 (devamı 3). ÇBASD Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Sosyal Destek
			Özel İnsan Sosyal Desteği	Aile Sosyal Desteği	Arkadaş Sosyal Desteği	
Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	4,20	4,62	4,55	4,46
		M	4,50	5,00	5,00	4,83
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,88	1,90	1,84	1,75
	Hayır	\bar{X}	4,47	5,21	4,97	4,88
		M	5,00	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,93	1,76	1,66	1,59
Fiziksel Sağlığını Koruma Davranışları Gerçekleştirme	Evet	\bar{X}	4,42	5,11	4,91	4,81
		M	4,75	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,92	1,78	1,68	1,61
	Hayır	\bar{X}	3,75	3,68	3,52	3,65
		M	4,38	4,50	4,13	4,38
		Min-Maks	(1,00-6,00)	(1,00-6,00)	(1,00-7,00)	(1,00-6,00)
		SS	1,89	2,08	2,13	1,97
Pandemide İşe Gidememe	Evet	\bar{X}	4,27	4,90	4,69	4,62
		M	4,75	5,25	5,00	4,92
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,95	1,83	1,69	1,65
	Hayır	\bar{X} Ort.	4,58	5,27	5,10	4,98
		Medyan	5,00	5,75	5,25	5,33
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,87	1,76	1,74	1,61
Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama	Evet	\bar{X}	4,29	4,87	4,65	4,60
		M	4,63	5,25	5,00	4,92
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,94	1,89	1,76	1,72
	Hayır	\bar{X}	4,46	5,17	4,99	4,88
		M	5,00	5,50	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,91	1,75	1,67	1,58
COVID-19 Aşısı Yaptırma	Evet	\bar{X}	4,44	5,06	4,88	4,79
		M	4,75	5,38	5,00	5,00
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	1,90	1,78	1,72	1,62
	Hayır	\bar{X}	4,18	5,02	4,76	4,65
		M	4,75	5,50	5,00	4,92
		Min-Maks	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)	(1,00-7,00)
		SS	2,03	1,95	1,72	1,73

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 18 incelendiğinde, ÇBASD Ölçeğinde tüm katılımcı sağlık çalışanlarının en yüksek puan ($5,05 \pm 1,81$) verdikleri boyutun aile sosyal desteği boyutu olduğu

görülmektedir. Bu boyutu ikinci yüksek ortalama puan ($4,86\pm 1,72$) ile arkadaş sosyal desteği boyutu takip etmektedir. En düşük ortalama puana ($4,39\pm 1,92$) sahip olan boyut ise özel insan sosyal desteği olmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde kadın sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek ortalama puanı $4,89\pm 1,66$ olup bu puan erkek sağlık çalışanları için $4,52\pm 1,57$ olarak hesaplanmıştır. Yaşa göre sosyal destek puanları incelendiğinde 40 yaş üzeri sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek ortalama puanının $4,87\pm 1,59$ ve aile sosyal desteği ortalama puanının ise $5,19\pm 1,65$ olduğu görülmektedir.

Medeni durumu evli olan sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarına ilişkin en yüksek ortalama puana sahip oldukları boyut aile sosyal desteği boyutudur. Evli sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek ortalama puanları $4,82\pm 1,57$ olup bekâr/ayrı sağlık çalışanlarının ise $4,72\pm 1,69$ 'dur. Lise ve ön lisans mezunlarının özel insan sosyal desteği ortalama puanları $4,51\pm 2,20$ olup lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarında $4,38\pm 1,88$ olarak hesaplanmıştır. Mesleklere göre sosyal destek puanları incelendiğinde, hekimlerin toplam sosyal destek ortalama puanının $4,95\pm 1,39$ olup hemşirelerin ortalama puanının ise $4,64\pm 1,82$ olması dikkat çekmektedir.

Pandemi öncesine göre genel sağlık durumunu “çok iyi-iyi-orta” kategorisinde tanımlayan sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek ortalama puanı $4,84\pm 1,64$ olup sağlık durumunu “kötü-çok kötü” olarak tanımlayan sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek ortalama puanı ise $4,43\pm 1,59$ 'dur. Toplam sosyal destek ortalama puanının pandemide izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarında $4,88\pm 1,58$ olup izolasyon süreci yaşayanlarda ise $4,60\pm 1,72$ olması; COVID-19 aşısı olanlarda $4,79\pm 1,62$ olup aşı olmayanlarda $4,65\pm 1,73$ olması dikkat çeken bulgulardandır.

6.1.4. MTÖ Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ortaya koyan MTÖ Ölçeğinin madde ve boyutlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. MTÖ Ölçeğinin maddelerine ilişkin frekans dağılımları edilen bulgular Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Frekans Dağılımları

Madde No	Boyutlar / Maddeler	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	Frekans (n) Yüzde (%)
Duygusal Tükenme							
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	40	46	126	88	60	n
		11,11	12,78	35,00	24,44	16,67	%
2	İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.	27	48	104	102	79	n
		7,50	13,33	28,89	28,33	21,94	%
3	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	48	71	112	67	62	n
		13,33	19,72	31,11	18,61	17,22	%
4	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	29	63	125	78	65	n
		8,06	17,50	34,72	21,67	18,06	%
5	Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	31	72	125	73	59	n
		8,61	20,00	34,72	20,28	16,39	%
6	İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	36	53	102	95	74	n
		10,00	14,72	28,33	26,39	20,56	%
7	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	25	43	106	89	97	n
		6,94	11,94	29,44	24,72	26,94	%
8	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	31	71	124	80	54	n
		8,61	19,72	34,44	22,22	15,00	%
9	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	110	73	92	42	43	n
		30,56	20,28	25,56	11,67	11,94	%
Duyarsızlaşma							
10	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	137	81	76	35	31	n
		38,06	22,50	21,11	9,72	8,61	%
11	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	82	97	102	43	36	n
		22,78	26,94	28,33	11,94	10,00	%
12	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	88	70	108	47	47	n
		24,44	19,44	30,00	13,06	13,06	%
13	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	177	65	68	24	26	n
		49,17	18,06	18,89	6,67	7,22	%
14	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	80	71	106	62	41	n
		22,22	19,72	29,44	17,22	11,39	%
Kişisel Başarı							
15	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	16	43	115	143	43	n
		4,44	11,94	31,94	39,72	11,94	%
16	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	13	29	108	164	46	n
		3,61	8,06	30,00	45,56	12,78	%
17	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	12	30	76	156	86	n
		3,33	8,33	21,11	43,33	23,89	%
18	Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	19	46	133	101	61	n
		5,28	12,78	36,94	28,06	16,94	%
19	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.	11	48	112	133	56	n
		3,06	13,33	31,11	36,94	15,56	%
20	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	24	50	128	100	58	n
		6,67	13,89	35,56	27,78	16,11	%
21	Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.	23	55	147	101	34	n
		6,39	15,28	40,83	28,06	9,44	%
22	İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	20	44	113	131	52	n
		5,56	12,22	31,39	36,39	14,44	%

Tablo 19 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının %37,5 - %67,2'sinin kişisel başarı boyutundaki maddelere, %23,6 - %51,7'sinin duygusal tükenme boyutundaki maddelere ve %13,9 - %28,6'sının duyarsızlaşma boyutundaki maddelere “Çoğu Zaman-Her Zaman” cevabı verdiği anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının en yüksek yüzdede “Her Zaman” cevabı verdiği ilk üç madde sırasıyla “İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum” (%26,9), “Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum” (%23,9), “İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum” (%21,9) ve “İşimin beni kısıtladığını hissediyorum” (%20,6) olup bu maddelerin üçü de duygusal tükenme boyutunda yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının en yüksek yüzdede “Hiçbir Zaman” cevabı verdiği ilk iki madde sırasıyla “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” (%49,2) ve “İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum” (%38,1) olup duyarsızlaşma boyutunda yer almaktadır. MTÖ Ölçeğinin maddelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Madde No	Boyutlar / Maddeler	\bar{X} *	M*	Min-Maks*	SS*
Duygusal Tükenme					
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	3,23	3,00	(1,00-5,00)	1,20
2	İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.	3,44	4,00	(1,00-5,00)	1,19
3	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	3,07	3,00	(1,00-5,00)	1,27
4	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	3,24	3,00	(1,00-5,00)	1,18
5	Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	3,16	3,00	(1,00-5,00)	1,18
6	İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.	3,33	3,00	(1,00-5,00)	1,24
7	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	3,53	4,00	(1,00-5,00)	1,20
8	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	3,15	3,00	(1,00-5,00)	1,16
9	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	2,54	2,00	(1,00-5,00)	1,35
Duyarsızlaşma					
10	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	2,28	2,00	(1,00-5,00)	1,30
11	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	2,59	3,00	(1,00-5,00)	1,24
12	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	2,71	3,00	(1,00-5,00)	1,32
13	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	2,05	2,00	(1,00-5,00)	1,26
14	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	2,76	3,00	(1,00-5,00)	1,29

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 20 (devamı). MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Madde No	Boyutlar / Maddeler	\bar{X} *	M*	Min-Maks*	SS*
Kişisel Başarı					
15**	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	3,43	4,00	(1,00-5,00)	1,00
16**	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	3,56	4,00	(1,00-5,00)	0,94
17**	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	3,76	4,00	(1,00-5,00)	1,01
18**	Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	3,39	3,00	(1,00-5,00)	1,07
19**	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.	3,49	4,00	(1,00-5,00)	1,01
20**	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.	3,33	3,00	(1,00-5,00)	1,11
21**	Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.	3,19	3,00	(1,00-5,00)	1,02
22**	İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.	3,42	4,00	(1,00-5,00)	1,06

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Maddelere ilişkin istatistikler ters kodlama yapılmadan hesaplanmıştır.

Tablo 20’de yer alan tüm maddelere ilişkin standart sapmalar incelendiğinde verilen cevapların en az değişkenlik gösterdiği madde kişisel başarı boyutundaki “İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum” (SS: 0,94) maddesidir. Verilen cevapların en fazla değişkenlik gösterdiği maddenin ise duygusal tükenme boyutunda yer alan “Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum” (SS: 1,35) maddesi olduğu görülmektedir. En yüksek ortalama puana sahip olan maddenin kişisel başarı boyutunda yer alan “Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum” (3,76±1,01) maddesi olduğu anlaşılmaktadır. Duygusal tükenme boyutunda en yüksek ortalama puana sahip olan madde “İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum” (3,53±1,20), duyarsızlaşma boyutunda ise en yüksek ortalama puana sahip olan madde “İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum” (2,76±1,29) maddesidir. Tüm ölçekte en düşük ortalama puana sahip olan maddenin duyarsızlaşma boyutunda yer alan “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” (2,05±1,26) maddesi olduğu anlaşılmaktadır. MTÖ Ölçeğinin boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Tükenmişlik
			Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı**	
Toplam		\bar{X}	3,13	2,49	2,56	2,80
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,00	1,11	0,73	0,63
Cinsiyet	Kadın	\bar{X}	3,17	2,40	2,58	2,78
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,02	1,01	0,74	0,66
	Erkek	\bar{X}	3,21	2,62	2,50	2,82
		M	3,11	2,60	2,50	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,68-4,14)
		SS	0,94	1,03	0,72	0,57
Yaş	< 30	\bar{X}	3,25	2,61	2,67	2,90
		M	3,22	2,60	2,63	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,02	0,99	0,74	0,61
	30-39	\bar{X}	3,20	2,47	2,47	2,77
		M	3,22	2,20	2,38	2,80
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,75)	(1,05-4,50)
		SS	0,99	1,04	0,70	0,62
	≥ 40	\bar{X}	3,01	2,18	2,38	2,59
		M	3,00	2,00	2,38	2,64
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-4,80)	(1,00-4,25)	(1,27-4,00)
		SS	0,92	1,00	0,71	0,65
Medeni Durum	Evli	\bar{X}	3,12	2,35	2,51	2,72
		M	3,11	2,40	2,50	2,80
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,14)
		SS	0,91	0,98	0,73	0,59
	Bekâr / Ayrı	\bar{X}	3,24	2,58	2,59	2,85
		M	3,22	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,05	1,04	0,74	0,66
Eğitim Düzeyi	Lise ve Ön lisans	\bar{X}	2,91	2,32	2,54	2,64
		M	2,67	2,50	2,44	2,59
		Min-Maks	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,73-4,00)
		SS	0,98	0,89	0,91	0,54
	Lisans ve Lisansüstü	\bar{X}	3,23	2,50	2,56	2,82
		M	3,22	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,99	1,04	0,70	0,64

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Boyuttaki tüm maddeler ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 21 (devamı 1). MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Tükenmişlik
			Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı**	
Meslek	Hekim	\bar{X}	3,32	2,63	2,68	2,93
		M	3,22	2,60	2,63	2,95
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,63-4,13)	(1,41-4,27)
		SS	0,80	0,93	0,51	0,54
	Hemşire	\bar{X}	3,21	2,47	2,53	2,80
		M	3,22	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,10	1,06	0,84	0,68
	Diğer Sağlık Çalışanları***	\bar{X}	2,82	2,16	2,38	2,51
		M	2,67	1,80	2,38	2,50
		Min-Maks	(1,11-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,75)	(1,50-4,00)
		SS	0,96	1,02	0,74	0,60
Çalışma Deneyimi (Yıl)	< 10	\bar{X}	3,26	2,56	2,62	2,87
		M	3,22	2,40	2,50	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,02	1,01	0,72	0,62
	≥ 10	\bar{X}	3,02	2,30	2,41	2,64
		M	3,00	2,20	2,38	2,64
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,75)	(1,27-4,50)
		SS	0,91	1,02	0,73	0,63
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Aile-Akraba-Arkadaş	\bar{X}	3,12	2,42	2,55	2,75
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,50)
		SS	0,98	1,00	0,75	0,63
	Yalnız	\bar{X}	3,38	2,65	2,58	2,92
		M	3,33	2,60	2,50	2,84
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,02	1,05	0,69	0,64
Çocuk Sahibi Olma	Evet	\bar{X}	3,13	2,33	2,39	2,68
		M	3,11	2,20	2,38	2,73
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,14)
		SS	0,96	1,04	0,78	0,61
	Hayır	\bar{X}	3,22	2,56	2,65	2,86
		M	3,11	2,40	2,63	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,01	1,00	0,69	0,64
COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	\bar{X}	3,33	2,60	2,56	2,88
		M	3,33	2,60	2,50	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,50)
		SS	0,99	1,01	0,71	0,61
	Hayır	\bar{X}	2,83	2,18	2,54	2,58
		M	2,78	2,00	2,50	2,55
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,59)
		SS	0,93	0,97	0,80	0,65

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Boyuttaki tüm maddeler ters kodlanarak hesaplanmıştır.

*** Diğer sağlık çalışanları eczacı, sağlık memuru, teknisyen/tekniker, fizyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

Tablo 21 (devamı 2). MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Tükenmişlik
			Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı**	
Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma	Evet	\bar{X}	3,35	2,54	2,54	2,87
		M	3,33	2,40	2,50	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,75)	(1,00-4,59)
		SS	0,92	0,93	0,71	0,57
	Hayır	\bar{X}	3,04	2,42	2,57	2,73
		M	3,00	2,30	2,50	2,73
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,32)
		SS	1,04	1,09	0,76	0,68
Pandemi Öncesine Göre Genel Sağlık	Çok İyi-İyi-Orta	\bar{X}	3,10	2,37	2,52	2,72
		M	3,11	2,20	2,50	2,77
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,96	0,97	0,74	0,62
	Kötü-Çok Kötü	\bar{X}	3,58	2,97	2,72	3,13
		M	3,56	2,80	2,75	3,05
		Min-Maks	(1,56-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,00)	(1,82-4,32)
		SS	1,04	1,07	0,66	0,60
Kendinde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	3,10	2,50	2,53	2,75
		M	3,06	2,40	2,56	2,77
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,00)	(1,05-4,32)
		SS	1,05	1,14	0,63	0,77
	Hayır	\bar{X}	3,21	2,47	2,56	2,80
		M	3,22	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,98	1,00	0,75	0,60
Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık	Evet	\bar{X}	3,18	2,33	2,43	2,72
		M	3,28	2,20	2,38	2,70
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,23)
		SS	1,01	1,00	0,69	0,67
	Hayır	\bar{X}	3,19	2,53	2,60	2,82
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,99	1,02	0,74	0,62
Kendine COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	3,16	2,44	2,57	2,78
		M	3,22	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-4,80)	(1,00-4,38)	(1,05-4,32)
		SS	0,98	0,97	0,66	0,69
	Hayır	\bar{X}	3,20	2,49	2,55	2,80
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,00	1,04	0,76	0,62

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Boyuttaki tüm maddeler ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 21 (devamı 3). MTÖ Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Kategori	Tanımlayıcı İstatistikler*	Boyutlar			Toplam Tükenmişlik
			Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı**	
Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı	Evet	\bar{X}	3,25	2,54	2,62	2,86
		M	3,22	2,50	2,63	2,84
		Min-Maks	(1,33-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,27-4,27)
		SS	0,98	0,95	0,72	0,59
	Hayır	\bar{X}	3,16	2,46	2,53	2,77
		M	3,11	2,40	2,50	2,77
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,00	1,04	0,74	0,65
Fiziksel Sağlığını Koruma Davranışları Gerçekleştirme	Evet	\bar{X}	3,16	2,47	2,54	2,78
		M	3,11	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,99	1,03	0,74	0,63
	Hayır	\bar{X}	3,90	2,79	2,93	3,29
		M	4,17	2,80	2,94	3,32
		Min-Maks	(2,44-5,00)	(1,40-4,00)	(2,13-3,88)	(2,50-4,00)
		SS	0,96	0,73	0,54	0,47
Pandemide İşe Gidememe	Evet	\bar{X}	3,16	2,52	2,57	2,80
		M	3,11	2,60	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,05-4,32)
		SS	1,00	0,99	0,77	0,62
	Hayır	\bar{X}	3,22	2,42	2,53	2,79
		M	3,22	2,20	2,50	2,77
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	0,99	1,07	0,68	0,66
Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama	Evet	\bar{X}	3,26	2,57	2,64	2,88
		M	3,22	2,60	2,63	2,86
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,27-4,32)
		SS	0,92	0,89	0,76	0,54
	Hayır	\bar{X}	3,14	2,42	2,50	2,74
		M	3,11	2,40	2,50	2,77
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,04	1,09	0,71	0,68
COVID-19 Aşısı Yaptırma	Evet	\bar{X}	3,20	2,51	2,56	2,81
		M	3,17	2,40	2,50	2,82
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-4,59)
		SS	1,00	0,99	0,71	0,64
	Hayır	\bar{X}	3,13	2,34	2,53	2,73
		M	3,11	2,20	2,44	2,73
		Min-Maks	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,00-5,00)	(1,41-4,50)
		SS	0,98	1,13	0,83	0,62

* \bar{X} : Ortalama, M: Medyan, Min-Maks: Minimum ve maksimum değer ve SS: Standart sapmayı ifade etmektedir.

** Boyuttaki tüm maddeler ters kodlanarak hesaplanmıştır.

Tablo 21 incelendiğinde, MTÖ Ölçeğinde tüm katılımcı sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik ortalama puanı $2,80 \pm 0,63$ olup toplam tükenmişlik puanlarının medyan değeri ise 2,82'dir. Sağlık çalışanlarının en yüksek puan ($3,13 \pm 1,00$) verdikleri boyutun duygusal tükenme boyutu olduğu görülmektedir. Bu boyutu ikinci yüksek ortalama puan ($2,49 \pm 1,11$) ile duyarsızlaşma boyutu takip etmektedir.

Cinsiyete göre tükenmişlik puanları incelendiğinde, kadın sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma ortalama ve medyan puanlarının sırasıyla $2,40 \pm 1,01$ ve 2,40 olduğu, erkek sağlık çalışanlarının ise $2,62 \pm 1,03$ ve 2,60 olduğu dikkat çekmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik ortalama ve medyan puanı ise sırasıyla $2,78 \pm 0,66$ ve 2,82 olup erkek sağlık çalışanlarının ise $2,82 \pm 0,57$ ve 2,86'dır. Yalnız yaşayan sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik ortalama ve medyan puanları sırasıyla $2,92 \pm 0,64$ ve 2,84 olup aile, akraba veya arkadaşıyla yaşayan sağlık çalışanlarının ise $2,75 \pm 0,63$ ve 2,82 olması dikkat çekmektedir.

COVID-19 servisinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik ortalama ve medyan puanlarının $2,88 \pm 0,61$ ve 2,86 olduğu, COVID-19 servisinde çalışmamış olan sağlık çalışanlarının ise sırasıyla $2,58 \pm 0,65$ ve 2,55 olduğu görülmektedir. Pandemide izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik ortalama ve medyan puanları $2,88 \pm 0,54$ ve 2,86 olup izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının ise sırasıyla $2,74 \pm 0,68$ ve 2,77'dir. Aşı yaptıranlar için ise toplam tükenmişlik ortalama ve medyan puanları $2,81 \pm 0,64$ ve 2,82 olup aşı yaptırmayanlarda ise $2,73 \pm 0,62$ ve 2,73 olması dikkat çekmektedir.

6.2. VERİLERİN DAĞILIMI

Araştırma hipotezlerinin test edilmesinden önce araştırmada kullanılan ölçeklere ve boyutlara ilişkin toplam puanların normal dağılımlı bir evrenden gelip gelmediği araştırılmıştır. Ölçeklerin ve boyutlarının toplam puanlarının normal dağılımlı bir yığından gelip gelmediğini incelemek için öncelikle histogram grafikleri, asimetri ölçülerinden basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda dağılımların simetrik olmadığı, basıklık ve çarpıklık katsayılarının ise negatif ve pozitif

eksende sıfırdan farklı değerler aldığı görülmüştür. Bu incelemenin ardından Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapılmış ve puanların dağılımlarına ilişkin ilgili test sonuçları Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Puanlarına İlişkin Normallik Testleri

Boyutlar	Kolmogorov-Smirnov Test İstatistiği	KS Test p-değeri	Shapiro-Wilk Test İstatistiği	SW Test p-değeri
Algılanan Tehdit	0,145**	0,000	0,915**	0,000
Korku	0,099**	0,000	0,956**	0,000
Algılanan Cevap Maliyeti	0,075**	0,000	0,983**	0,000
Ödüller	0,108**	0,000	0,975**	0,000
Algılanan Cevap Etkinliği	0,147**	0,000	0,904**	0,000
Korunma Motivasyonu	0,098**	0,000	0,955**	0,000
Algılanan Öz-Yeterlik	0,121**	0,000	0,913**	0,000
Davranışsal Cevaplar	0,126**	0,000	0,932**	0,000
Duygusal Tükenme	0,054*	0,015	0,979**	0,000
Duyarsızlaşma	0,078**	0,000	0,954**	0,000
Düşük Kişisel Başarı	0,072**	0,000	0,979**	0,000
Toplam Tükenmişlik	0,052	0,021	0,995	0,347
Özel İnsan Sosyal Desteği	0,113**	0,000	0,930**	0,000
Aile Sosyal Desteği	0,153**	0,000	0,888**	0,000
Arkadaş Sosyal Desteği	0,136**	0,000	0,912**	0,000
Toplam Sosyal Destek	0,117**	0,000	0,935**	0,000

* p<0.05, **p<0.01 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 22’de verilen normallik testleri incelendiğinde tükenmişlik toplam puanının %95 güven düzeyinde normal dağılımlı bir evrenden geldiği söylenebilir ($p>0,05$). AFPB-CO Ölçeğinde yer alan boyutların toplam puanlarının, sosyal destek toplam puanı ile sosyal destek boyutlarının toplam puanlarının ve tükenmişlik boyutlarının toplam puanlarının %99 güven düzeyinde normal dağılımlı bir evrenden gelmediği söylenebilir ($p<0,01$). Ayrıca, ilgili puanların sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerinin tüm kategorilerine göre de normallik testleri yapılmıştır. Bu testler sonucunda tüm kategoriler için boyutlara ilişkin puanların birlikte normal dağılımlı bir yığından gelmediği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Normallik varsayımı tüm puanlar için birlikte sağlanmadığından, yapılan analizlerde parametrik olmayan istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

6.3. ÖLÇEKLER VE BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Araştırmada kullanılan AFPB-CO Ölçeğinin 8 boyutu, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin 3 boyutu ve toplam puanı ile ÇBASD Ölçeğinin 3 boyutu ve toplam puanının birbirleriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Tükenmişlik toplam puanı hariç diğer ölçek ve boyut toplam puanları normal dağılımlı olmayan bir evrenden geldiği için korelasyonlar Spearman’ın rho (r_s) sıra farkları korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır.

Korelasyon değeri, derece olarak 0,10’dan küçükse çok zayıf ya da önemsenmeyecek kadar düşük ilişki, 0,10 ila 0,30 arasındaysa zayıf ilişki, 0,30 ila 0,50 arasındaysa orta düzeyde ilişki, 0,50 ila 0,70 arasındaysa güçlü ve 0,70 ve üzerindeyse çok güçlü ilişki olarak değerlendirilmiştir (Kuckartz vd., 2013: 213). Ölçekler ve boyutları arasındaki ilişkilere ait korelasyon katsayıları Tablo 23’te verilmiştir.

Ölçekler ve boyutlara ilişkin toplam puanlar arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde AFPB-CO Ölçeğinin boyutlarının (uyumsuz davranışları temsil eden algılanan cevap maliyeti ve ödüller hariç olmak üzere) algılanan sosyal destek ile pozitif yönlü zayıf, tükenmişlik ile negatif yönlü zayıf ilişkilere sahip olduğu görülmektedir. Farklı ölçekler arasındaki istatistiksel olarak anlamlı en yüksek ilişki düşük kişisel başarı

ile arkadaş sosyal desteği arasındadır ($r_s=-0,312$; $p<0,01$). En düşük ilişki ise algılanan cevap etkinliği ile özel insan sosyal desteği arasındadır ($r_s=0,105$; $p<0,05$).

Ölçeklerin kendi boyutları ile ilişkisi incelendiğinde en yüksek ilişki özel insan sosyal desteği ile sosyal destek toplam puanı arasındaki ilişkidir ($r_s=0,885$; $p<0,01$). Tükenmişlik ile en yüksek ilişkili olan boyutu ise duygusal tükenmedir ($r_s=0,812$; $p<0,01$).

Ölçeklerin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde AFPB-CO Ölçeğinde yer alan KMT boyutları arasında en güçlü ilişki algılanan cevap etkinliği ile algılanan öz-yeterlik arasındadır ($r_s=0,609$; $p<0,01$). ÇBASDÖ boyutları arasında en güçlü ilişki aile ve arkadaş sosyal desteği arasındadır ($r_s=0,798$; $p<0,01$). MTÖ boyutları arasında en güçlü ilişki ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasındadır ($r_s=0,529$; $p<0,01$).

Çalışmada üzerinde durulan KMT'nin boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan tehdit ve korku arasında pozitif yönlü orta düzeyde, korunma motivasyonu ile algılanan tehdit arasında pozitif yönlü zayıf, korunma motivasyonu ile korku arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ödüller ile algılanan cevap maliyeti arasında pozitif yönlü orta düzeyde; algılanan cevap etkinliği ile algılanan öz-yeterlik ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde; korunma motivasyonu ile davranışsal cevaplar arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bu bulgular teorinin özüne uygun olarak ortaya çıkan sonuçlardır. Algılanan cevap maliyeti ile korunma motivasyonu ve davranışsal cevaplar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olması beklenirken, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. İncelenen bu ilişkiler temel KMT modeli ve araştırma modelinin test edilmesi ile tekrar ortaya konulacaktır.

Tablo 23. Ölçeklerin ve Boyutların Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar ve Anlamlılık Düzeyleri

Ölçekler ve Boyutlar	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Algılanan Tehdit	1	1,000	,371**	,023	-,215**	,392**	,234**	,339**	,250**	,054	,170**	,159**	,137**	,121*	-,092	-,082	,002
Korku	2	,371**	1,000	,205**	-,157**	,336**	,402**	,298**	,354**	-,014	,033	,017	,018	,126*	-,009	,038	,100
Algılanan Cevap Maliyeti	3	,023	,205**	1,000	,358**	-,054	-,048	-,149**	-,066	-,091	-,131*	-,146**	-,131*	,161**	,249**	,090	,219**
Ödüller	4	-,215**	-,157**	,358**	1,000	-,251**	-,278**	-,231**	-,229**	-,090	-,212**	-,188**	-,164**	,058	,265**	,230**	,221**
Algılanan Cevap Etkinliği	5	,392**	,336**	-,054	-,251**	1,000	,554**	,609**	,429**	,105*	,242**	,274**	,222**	-,018	-,284**	-,239**	-,216**
Korunma Motivasyonu	6	,234**	,402**	-,048	-,278**	,554**	1,000	,551**	,540**	0,066	,097	,084	,096	-,020	-,161**	-,164**	-,149**
Algılanan Öz-Yeterlik	7	,339**	,298**	-,149**	-,231**	,609**	,551**	1,000	,471**	,161**	,240**	,251**	,232**	-,022	-,265**	-,206**	-,193**
Davranışsal Cevaplar	8	,250**	,354**	-,066	-,229**	,429**	,540**	,471**	1,000	,066	,120*	,101	,105*	-,040	-,201**	-,176**	-,158**
Özel İnsan Sosyal Desteği	9	,054	-,014	-,091	-,090	,105*	,066	,161**	,066	1,000	,628**	,650**	,885**	,098	-,113*	-,297**	-,099
Aile Sosyal Desteği	10	,170**	,033	-,131*	-,212**	,242**	,097	,240**	,120*	,628**	1,000	,798**	,877**	,068	-,224**	-,265**	-,161**
Arkadaş Sosyal Desteği	11	,159**	,017	-,146**	-,188**	,274**	,084	,251**	,101	,650**	,798**	1,000	,883**	,020	-,243**	-,312**	-,228**
Toplam Sosyal Destek	12	,137**	,018	-,131*	-,164**	,222**	,096	,232**	,105*	,885**	,877**	,883**	1,000	,087	-,197**	-,305**	-,154**
Duygusal Tükenme	13	,121*	,126*	,161**	,058	-,018	-,020	-,022	-,040	,098	,068	,020	,087	1,000	,529**	,022	,812**
Duyarsızlaşma	14	-,092	-,009	,249**	,265**	-,284**	-,161**	-,265**	-,201**	-,113*	-,224**	-,243**	-,197**	,529**	1,000	,217**	,784**
Düşük Kişisel Başarı	15	-,082	,038	,090	,230**	-,239**	-,164**	-,206**	-,176**	-,297**	-,265**	-,312**	-,305**	,022	,217**	1,000	,460**
Toplam Tükenmişlik	16	,002	,100	,219**	,221**	-,216**	-,149**	-,193**	-,158**	-,099	-,161**	-,228**	-,154**	,812**	,784**	,460**	1,000

*p<0.05, **p<0.01 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı katsayıdır.

6.4. HİPOTEZ TESTLERİ

Bu bölümde öncelikle temel KMT modelinin, ardından KMT modeline algılanan sosyal destek ve tükenmişlik değişkenlerinin dahil edilmesi ile oluşturulan araştırma modelinin anlamlılığı test edilmiştir. Ardından, temel KMT modeli ve araştırma modelinde yer alan değişkenlerin sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarına etkisi yapısal eşitlik modeli (YEM) yol analizi yöntemiyle tahmin edilmiştir. YEM, aynı anda birden fazla regresyon analizinin yapılması şeklinde tanımlanabilir. Çoklu regresyon modelinde yalnızca bir bağımlı değişken varken, YEM'in özel uygulama türlerinden olan yol analizinde birden fazla bağımlı değişken tanımlanabilmektedir. Bu sebeple nedensel modelleme, nedensel analiz ve eş zamanlı yapısal modelleme olarak da adlandırılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2001). YEM'in çoklu regresyon modelinden bir diğer farkı ise bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki hem doğrudan (direct effect) hem de dolaylı etkilerini (indirect effect) tahmin etme imkânı tanınmasıdır (Alpar, 2013: 792). Yol analizinin gözlemlenen değişkenlerle yol analizi modeli ve gizil değişkenlerle yol analizi modeli olmak üzere iki temel modeli bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılan model gözlemlenen değişkenlerle yapılan yol analizi modelidir.

Yol analizi araştırmacıların kuramsal olarak kurguladıkları modelde yer alan değişkenler arasındaki yolların ve bu değişkenlerin birbirlerine olan etkilerinin anlamlı olup olmadığını test etmesini sağlar. Araştırmacılar bu modele dahil edeceği değişkenlerin faktör yapılarını daha önce doğrulamış olmalıdır. Yol analizi yapılırken öncelikle kurgulanan model test edilir. Göreceli ki-kare değeri ile diğer uyum indeksleri incelenir ve program tarafından önerilen gerekli iyileştirmeler (modifikasyonlar) yapılır. Ardından iyileştirilmiş olan yeni model tekrar test edilir (Meydan ve Şeşen, 2015: 97).

Yapısal eşitlik modeli kuramsal bilgi temel olmak üzere, önceki araştırmalara ve araştırmacının kendi deneyimlerine dayanmalıdır (Çokluk vd., 2016: 334). Bu çalışmanın araştırma modeli Rogers (1975) tarafından geliştirilen KMT modeline dayanmaktadır. Araştırmanın temel modeli olan KMT modelinde davranışsal cevaplar bağımlı (içsel) değişken; korunma motivasyonu hem bağımlı hem de bağımsız (dışsal) değişken; korku,

algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz-yeterlik aracı (mediator) değişken; ödüller, algılanan tehdit ve cevap maliyeti bağımsız değişken olarak yer almaktadır.

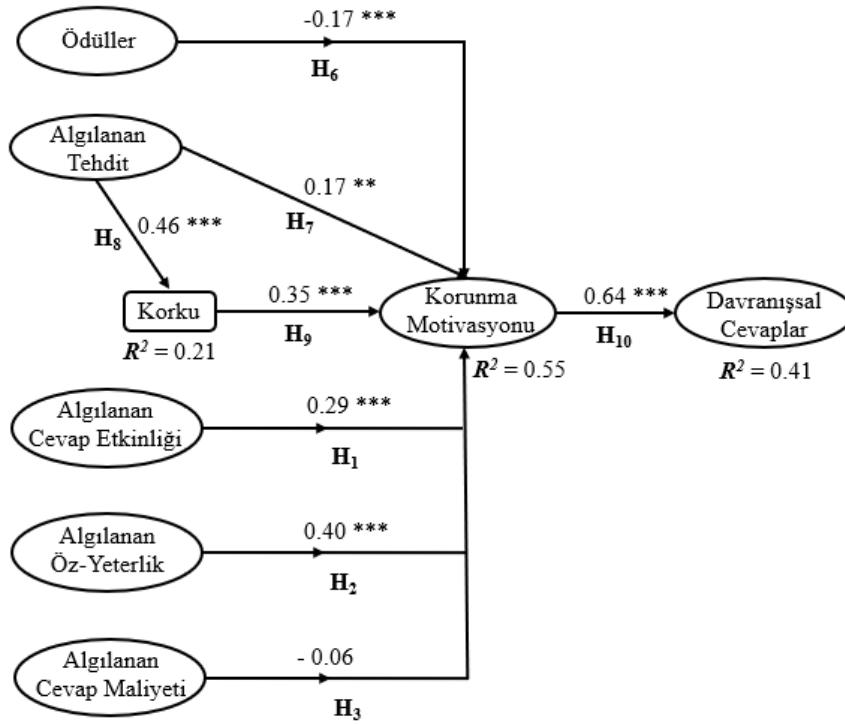
Araştırmanın modeli oluşturulurken temel KMT modeline literatürdeki bilgiler dikkate alınarak algılanan sosyal destek ve tükenmişlik dışsal değişken olarak dahil edilmiş, gerekli model iyileştirmeleri de yine literatürdeki destekleyici kuramsal bilgiler gözetilerek gerçekleştirilmiştir. Anlamlılığı doğrulanan araştırma modeli ile sağlık alışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörler ve etki düzeyleri tüm örnekleme için tahmin edilerek ortaya koyulmuştur. Ardından sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin bazı özelliklerine göre bu model tekrar tahmin edilmiş, ilgili modellerin anlamlılığı ve değişkenlerin etki düzeyleri ortaya koyulmuştur.

6.4.1. Korunma Motivasyonu Teorisi Modelinin Tahmin Sonuçları

Bu kısımda Rogers'ın (1975) alışmasında geliştirilen ve Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) tarafından revize edilen temel KMT modelinin, araştırmanın örnekleme ait veriler ile tahmin edilmesine yer verilmiştir. İlgili model gerek gereç ve yöntem, gerekse de bu bölümün önceki kısımlarında açıklanmıştı. Bu modele ilişkin tahmin sonuçları Şekil 13'te gösterilmiştir.

Şekil 13'te orijinal KMT modeline ilişkin YEM yol analizi tahmin sonuçları görölmektedir. Elips Őeklindeki kutular içinde gösterilen değişkenler gözlemlenen değişkenleri, oklar bir değişkenin diğer bir değişken üzerindeki etkisini, oklar üzerinde verilen katsayılar standartlaştırılmış regresyon katsayılarını (etki değerlerini) ve R^2 değerleri ise ilgili bağımlı değişkenlerin belirlenme (determinasyon) katsayısını ifade etmektedir. İlgili YEM modelinin uygun bir model olup olmadığını görmek için $SB-\chi^2/sd$ ve uyum indeksleri incelenmiştir. Burada bazı uyum değerleri modelin yeterli uyum sađladđını göstermekte, ancak $SB-\chi^2/sd$ ($36,517/10=3,65$) ve RMSEA (0,084) değerlerinin "iyi-kabul edilebilir uyum" üst sınır değerini az da olsa aştığı görölmektedir. Daha önceki bölümlerde RMSEA değerinin 0,08'e eşit ve daha küçük olmasının "iyi-kabul edilebilir uyum", göreceli ki-kare ($SB-\chi^2/sd$) değerinin 3'e eşit ve küçük olmasının

“iyi-kabul edilebilir uyum” olarak kabul edildiği belirtilmişti. Bazı çalışmalarda ise SB- χ^2/sd değerinin 3’e eşit ve küçük olması “mükemmel uyum”, 5’e eşit ve küçük olması ise “iyi-kabul edilebilir uyum” olarak değerlendirilmiştir (Marsh ve Hocevar, 1988).



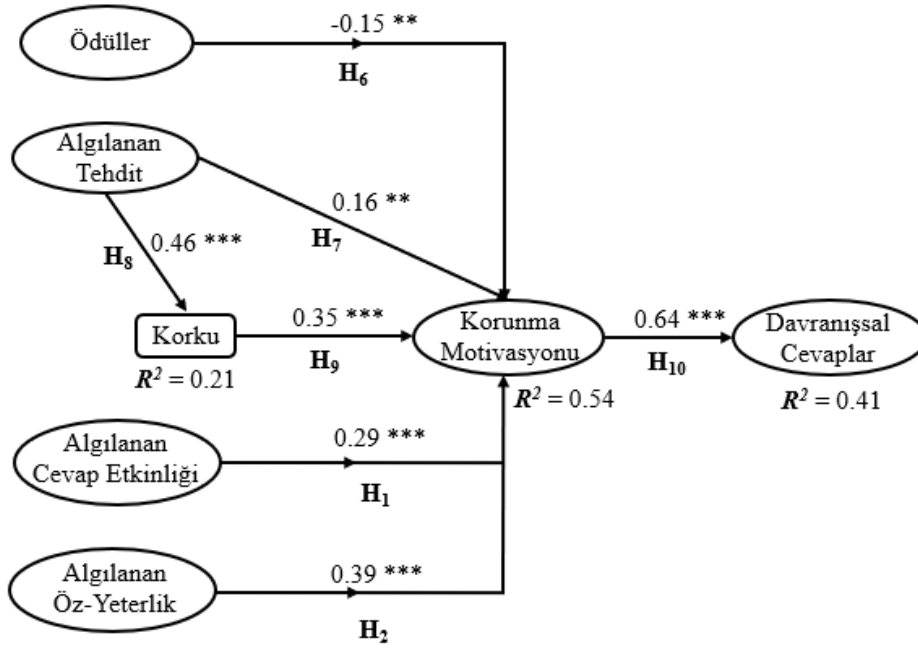
$\chi^2/sd = 3.65$, $p < 0.001$, RMSEA = 0.08, CFI = 0.96, GFI = 0.97, S-RMR = 0.05

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 13. Araştırma Modeline Temel Oluşturan KMT Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Yol Analizi (1. Tahmin)

Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin standartlaştırılmasının ardından elde edilen regresyon denklemi regresyon sabiti (β_0) içermemektedir. Bu sebeple yorumlanırken bağımsız değişkende meydana gelen bir standart sapma (σ) kadar değişimin bağımlı değişkende kaç standart sapma kadar bir değişim meydana getirdiğini ifade eder (Alpar, 2013: 793). Şekil 13’te verilen standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve anlamlılık değerleri incelendiğinde algılanan cevap maliyetinin korunma motivasyonuna istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmayan ($\beta = -0.06$, $t = 1.23$, $p = 0.218$) tek değişken olduğu görülmektedir. Algılanan cevap maliyeti değişkeni modelden çıkarılmadan önce aynı model sağlık

çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre de tek tek tahmin edilmiştir. Ancak tüm tahmin sonuçlarında algılanan cevap maliyeti değişkeninin etkisi anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bu nedenle algılanan cevap maliyetinin doğrulanmayan etkisi çıkarılarak model tekrar tahmin edilmiştir. Modelin ikinci tahmini Şekil 14'te verilmiştir.



$$\chi^2/sd = 2.97, p < 0.005, RMSEA = 0.07, CFI = 0.98, GFI = 0.99, S-RMR = 0.04$$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 14. Araştırma Modeline Temel Oluşturan KMT Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Nihai Yol Analizi (2. Tahmin)

Şekil 14'te verilen tahmin sonuçları incelendiğinde, algılanan cevap maliyeti değişkeninin yol analizinden çıkarılmasıyla $SB-\chi^2/sd$ ($23,785/8=2,97$) ve diğer uyum indekslerinde iyileşme olduğu ve modelin yeterli uyum sağladığı görülmektedir. Modelin arzu edilen uyumu sağlamış olduğu görülse de gözlemlenen değişkenlerin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı da incelenmelidir. Şekil 14'te görüldüğü üzere, standartlaştırılmış regresyon katsayılarının tümü istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Sonuç olarak temel model olarak alınan KMT modeli araştırmanın örneklemini için 7

boyutu ile anlamlı bir model oluşturmuştur. Modelin regresyon katsayılarının anlamlılık düzeyleri Tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 24. KMT Modeli Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (Doğrudan Etkiler) Tahmin Değerleri

Yol	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı	t- değeri	p-değeri
<i>Doğrudan Etkiler</i>			
Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,29***	4,17	< 0,001
Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,39***	6,17	< 0,001
Ödüller → Korunma Motivasyonu	-0,15**	-3,10	0,002
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,16**	3,34	0,001
Algılanan Tehdit → Korku	0,46***	10,30	< 0,001
Korku → Korunma Motivasyonu	0,35***	4,37	< 0,001
Korunma Motivasyonu → Davranışsal Cevaplar	0,64***	9,46	< 0,001

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 24’te görüldüğü üzere tüm standartlaştırılmış regresyon katsayıları (doğrudan etkiler) en az %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Yol analizine ilişkin dolaylı etkiler (indirect effects) ilgili yol katsayıların çarpılmasıyla elde edilir. Doğrudan ve dolaylı etkilerin toplanmasıyla da toplam etkiler (total effects) elde edilir (Çokluk, 2016: 334). KMT modeli nihai yol analizi sonuçlarına göre tüm doğrudan, dolaylı ve toplam etki değerleri Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. KMT Modeli YEM Yol Analizi Etki Değerleri

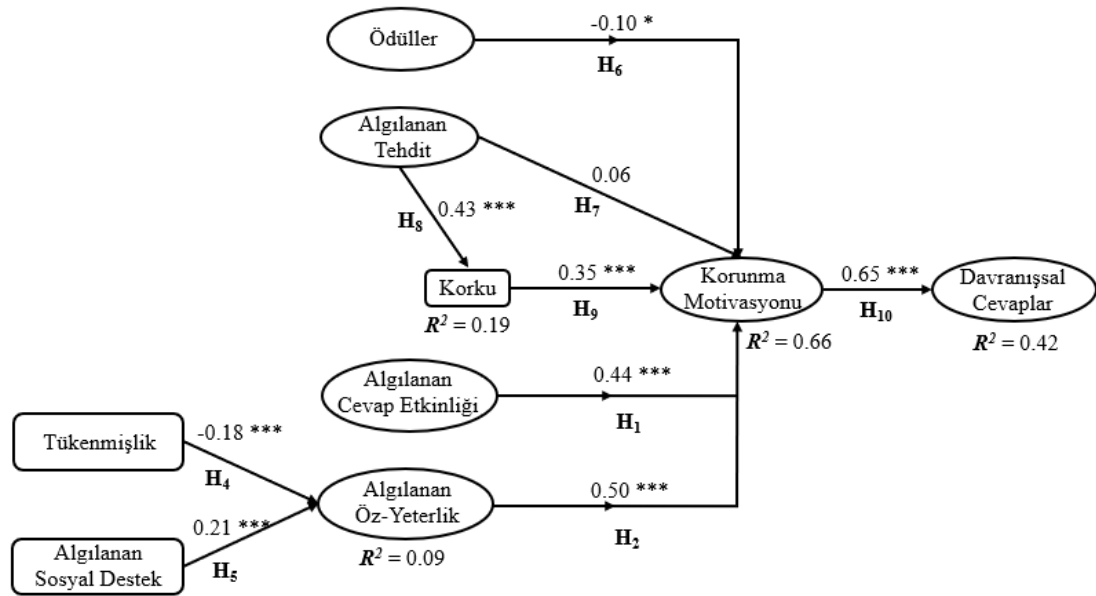
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Toplam Etki
Korunma Motivasyonu	Algılanan Cevap Etkinliği	0,29***	-	0,29***
	Algılanan Öz-Yeterlik	0,39***	-	0,39***
	Ödüller	-0,15**	-	-0,15**
	Algılanan Tehdit	0,16**	0,46 x 0,35=0,16**	0,32***
Korku	Korku	0,35***	-	0,35***
	Algılanan Tehdit	0,46***	-	0,46***
Davranışsal Cevaplar	Korunma Motivasyonu	0,64***	-	0,64***

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Korku değişkeni modelde algılanan tehdit için bağımlı, korunma motivasyonu için bağımsız değişken konumundadır. Bu nedenle algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi, korkunun ise doğrudan etkisi bulunmaktadır. Tablo 25'ten anlaşıldığı üzere, algılanan tehditte meydana gelen bir standart sapma artış korunma motivasyonunda 0,32 standart sapma kadar bir artışa neden olmaktadır ($p<0,001$). Korkuda meydana gelen bir standart sapma artış ise korunma motivasyonunda 0,35 standart sapma kadar bir artışa neden olmaktadır ($p<0,001$).

6.4.2. Araştırma Modelinin Tahmin Sonuçları

Bu kısımda temel KMT modeline algılanan sosyal destek ve tükenmişlik değişkenlerinin eklenmesi ile oluşturulan araştırma modelinin yol analizi tahmin sonuçlarına yer verilmiştir. Modelin anlamlı sonuçlar verip vermediği kurgulanan hipotezler ışında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırma modeline ilişkin birinci tahmin sonuçları Şekil 15'te verilmiştir.



$\chi^2/sd = 3.77, p<0.001, RMSEA= 0.06, CFI= 0.96, GFI=0.97, S-RMR= 0.05$

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 15. Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Yol Analizi (1. Tahmin)

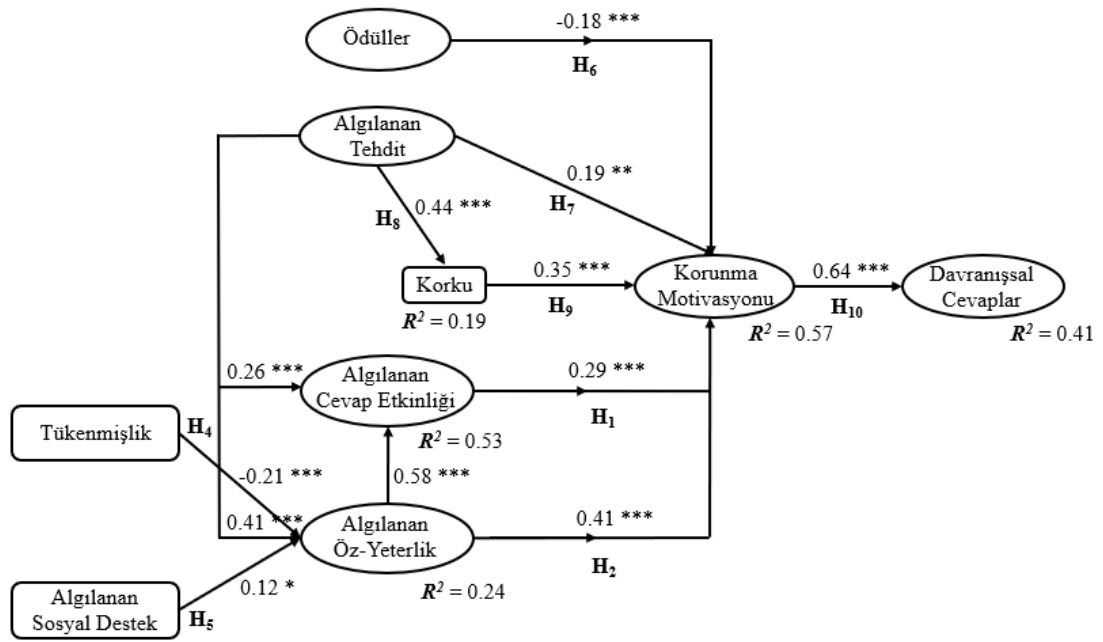
Şekil 15’te tahmin sonuçları verilen modelin uyum indeksleri yeterli uyumun sağlandığını göstermektedir (RMSEA=0,06; CFI=0,96; GFI=0,97; S-RMR=0,05). Ancak SB- χ^2 /sd değerinin (64,090/17=3,77) 3’ün üzerinde bir değer aldığı görülmektedir. Marsh ve Hocevar’ın (1988) çalışmasında olduğu gibi “iyi-kabul edilebilir uyum” için SB- χ^2 /sd değerinin üst sınırının 5 olarak kabul edilmesi de mümkündür. Ancak tahmin sonuçlarının istatistiksel olarak daha güçlü değerler vermesi için modelin iyileştirilmesi tavsiye edilir. Şekil 15’te görüldüğü üzere, model iyi uyum değerleri vermekle birlikte, tüm yollardaki standartlaştırılmış regresyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna rağmen modelin iyileştirilmesi yeni yolların eklenmesi ile mümkündür. Böylece SB- χ^2 /sd ve uyum endekslerinde bir miktar iyileşme meydana gelebilecektir. Bunun için “iyileştirme endekslerinin (modification indices)” incelenmesi ve en önemlisi literatür tarafından da desteklenen bazı iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

Şekil 15’teki modelin hem SB- χ^2 /sd ve uyum endekslerinde iyileşme sağlayan hem de literatürde daha önce incelenen ilişkilerin modele eklenmesi uygun bulunmuştur. İyileştirme için eklenen yollar ve iyileştirme endeksleri Tablo 26’da sunulmuştur.

Tablo 26. Araştırma Modeline Uygulanan İyileştirme Düzeltmeleri

İyileştirme Düzeltmesi	Modifikasyon İndeksi	Değişim Oranı
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik	9,17	0,518
Algılanan Öz-Yeterlik → Algılanan Cevap Etkinliği	8,66	0,399
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği	4,14	0,485

Tablo 26’den da anlaşıldığı üzere, “algılanan tehdit → algılanan öz-yeterlik” yolunun eklenmesi SB- χ^2 değerini 9,17 puan; “algılanan tehdit → algılanan cevap etkinliği” yolunun eklenmesi SB- χ^2 değerini 4,14 puan; “algılanan öz-yeterlik → algılanan cevap etkinliği” yolunun eklenmesi ise SB- χ^2 değerini 8,66 puan düşürecektir. İlgili yolların eklenmesi ile araştırma modelinin elde edilen tahmin sonuçları Şekil 16’da verilmiştir.



$\chi^2/sd = 2.44$, $p < 0.001$, $RMSEA = 0.05$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.97$, $S-RMR = 0.05$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 16. Araştırma Modelinin Yapısal Eşitlik Modellemesi Nihai Yol Analizi (2. Tahmin)

Şekil 16'da tahmin sonuçları verilen araştırma modelinin uyum indeksleri mükemmel uyum sağladığını göstermektedir ($RMSEA=0,05$; $CFI=0,98$; $GFI=0,97$; $S-RMR=0,05$). Modelin göreceli ki-kare değerinin ise ($SB-\chi^2/sd=43,920/18=2,44$) 3'ün altında olması iyi uyumun göstergesidir. Şekil 16'da da görüldüğü üzere, standartlaştırılmış regresyon katsayılarının tümü istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuç olarak araştırmanın modeli araştırmanın örneklemini için 9 gözlemlenen değişken ile istatistiksel olarak anlamlı bir model oluşturmuştur. Şekil 16'da yer alan belirlenme katsayıları (R^2) incelendiğinde, ilgili modeldeki açıklayıcı değişkenlerin korunma motivasyonundaki değişimin %57'sini açıklayabildiği; korunma motivasyonunun ise davranışsal cevaplar değişkenindeki değişimin %41'ini açıklayabildiği istatistiksel olarak söylenebilir. Araştırma modelinde yer alan regresyon katsayılarının anlamlılık düzeyleri ise Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Araştırma Modelinin Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları (Doğrudan Etkiler) Tahmin Değerleri

Yol	Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı	t- değeri	p-değeri
<i>Doğrudan Etkiler</i>			
Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,29***	3,44	< 0,001
Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,41***	4,95	< 0,001
Algılanan Öz-Yeterlik → Algılanan Cevap Etkinliği	0,58***	10,33	< 0,001
Ödüller → Korunma Motivasyonu	-0,18***	-3,34	< 0,001
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,19**	2,67	0,008
Algılanan Tehdit → Korku	0,44***	9,95	< 0,001
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği	0,26***	5,21	< 0,001
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik	0,41***	7,00	< 0,001
Korku → Korunma Motivasyonu	0,35***	4,46	< 0,001
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik	-0,21***	-3,57	< 0,001
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik	0,12*	2,10	0,019
Korunma Motivasyonu → Davranışsal Cevaplar	0,64***	9,80	< 0,001

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 27’de görüldüğü üzere araştırma modelinin tüm standartlaştırılmış regresyon katsayıları en az %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Korunma motivasyonunda en fazla doğrudan etkisi olan değişken algılanan öz-yeterliktir. Algılanan öz-yeterlikte bir standart sapma artış korunma motivasyonunda 0,41 standart sapma artışa neden olmaktadır (p<0,001).

Algılanan tehdidin korku, algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz-yeterlik aracı değişkenleri ile; tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin öz-yeterlik aracı değişkeni ile korunma motivasyonu üzerinde dolaylı etkileri bulunmaktadır. Araştırma modeli nihai yol analizi sonuçlarına göre tüm dolaylı ve toplam etki değerleri Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değeri
<i>Dolaylı Etkiler</i>	
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,44x0,35=0,15**
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,26x0,29=0,08
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,41x0,41=0,17**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,21x0,41=-0,09
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,12x0,41=0,05
<i>Toplam Etkiler</i>	
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,51***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,09
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,05

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 28’de algılanan tehdidin, tükenmişliğin ve algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı ve toplam etkileri görülmektedir. Algılanan tehdidin korku ve algılanan öz-yeterlik aracı değişkenleri ile korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) iken algılanan cevap etkinliği aracı değişkeni ile korunma motivasyonu üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisi anlamlı olup algılanan tehditteki bir standart sapma artış korunma motivasyonunda toplamda 0,51 standart sapma kadar bir artışa neden olmaktadır. Doğrudan, dolaylı ve toplam etkiler incelendiğinde korunma motivasyonunda en fazla etkiye sahip olan değişken algılanan tehdittir.

Tüm örneklem için tahmin edilen araştırma modelinde, tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı ve toplam etkileri anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak bu iki değişkenin algılanan öz-yeterlik üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır ($p<0,05$). Tükenmişlikteki bir standart sapma artış algılanan öz-yeterlikte 0,21 standart sapma azalmaya neden olurken, algılanan sosyal destekte bir standart sapma artış algılanan öz-yeterlikte 0,12 standart sapma kadar bir artışa neden olmaktadır.

Araştırma modelinin tahmin edilmesi sonucunda gözlemlenen değişkenlerin birbirlerine olan etkileri hakkında kurgulanan hipotezlere ilişkin verilen kararlar Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. Araştırma Modelinin Hipotez Testlerine İlişkin Kararlar

Hipotez	Yol	β^a	SS ^a	p-değeri	Karar
H ₁	ACE ^a → KM ^a	0,29	0,066	< 0,001	Kabul
H ₂	AÖY ^a → KM ^a	0,41	0,061	< 0,001	Kabul
H ₄	Tükenmişlik → AÖY ^a	-0,21	0,012	< 0,001	Kabul
H ₄₍₁₎	Tükenmişlik → KM ^a	-0,09	0,021	0,078	Ret
H ₅	ASD ^a → AÖY ^a	0,12	0,046	0,019	Kabul
H ₅₍₁₎	ASD ^a → KM ^a	0,05	0,019	0,093	Ret
H ₆	Ödüller → KM ^a	-0,18	0,044	< 0,001	Kabul
H ₇	AT ^a → KM ^a (Doğrudan Etki)	0,19	0,059	0,008	Kabul
H ₇₍₁₎	AT ^a → Korku → KM ^a	0,15	0,042	0,018	Kabul
	AT ^a → ACE ^a → KM ^a	0,08 ^b	0,009	0,059	
	AT ^a → AÖY ^a → KM ^a	0,17	0,065	0,010	
H ₇₍₂₎	AT ^a → KM ^a (Toplam Etki)	0,51	0,054	< 0,001	Kabul
H ₈	AT ^a → Korku	0,44	0,046	< 0,001	Kabul
H ₉	Korku → KM ^a	0,35	0,057	< 0,001	Kabul
H ₁₀	KM ^a → DC ^a	0,64	0,095	< 0,001	Kabul

^a β : Standartlaştırılmış regresyon katsayısı, SS: Standart Sapma, ACE: Algılanan Cevap Etkinliği, KM: Korunma Motivasyonu, AÖY: Algılanan Öz-Yeterlik, ASD: Algılanan Sosyal Destek, AT: Algılanan Tehdit, DC: Davranışsal Cevaplar

^b İlgili dolaylı etkinin katsayısı anlamsızdır, ancak AT ile KM arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı başka dolaylı etkiler olduğundan H₇₍₁₎ hipotezine ilişkin karar kabul olarak belirtilmiştir.

Tablo 29 incelendiğinde, H₃ hipotezinin tabloda yer almadığı görülmekte olup ilgili hipotez korunma motivasyonu üzerindeki anlamsız etkisi nedeniyle modelden dışlanan algılanan cevap maliyeti boyutuna aittir. Tüm örneklem için tahmin edilen araştırma modelinde algılanan sosyal destek ve tükenmişliğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$), dolayısıyla H₄₍₁₎ ve H₅₍₁₎

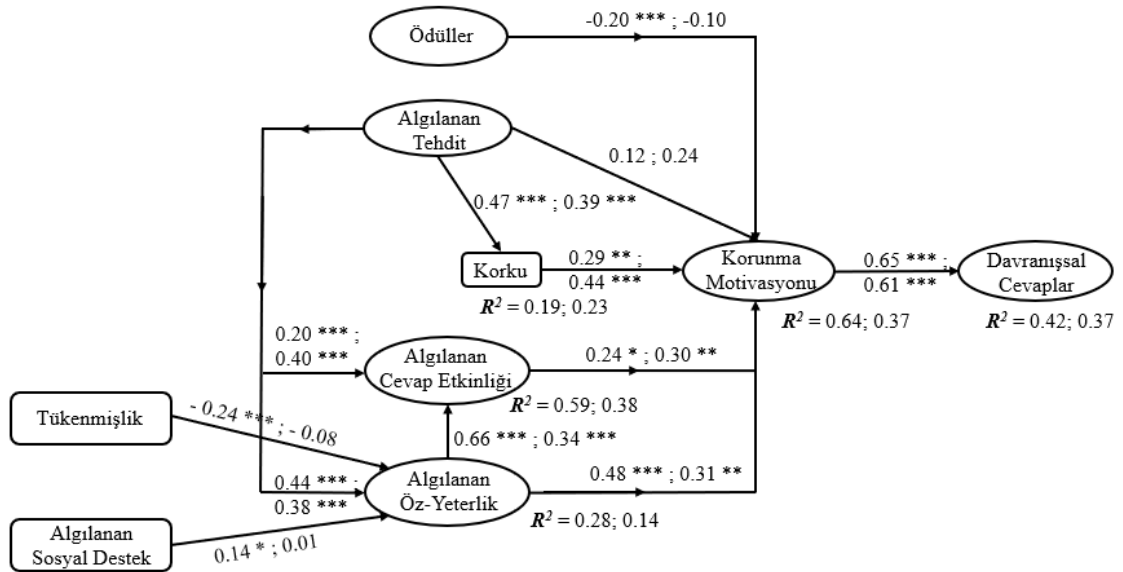
hipotezleri reddedilmiştir. Ancak algılanan sosyal destek ve tükenmişliğin algılanan öz-yeterlik üzerindeki doğrudan etkileri anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

6.4.2.1. Araştırma Modelinin Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve COVID-19 Pandemisine İlişkin Özelliklerine Göre Tahmini

Sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını ortaya koyan araştırma modeli önceki kısımda tahmin edilmiştir. Bu kısımda elde edilen araştırma modeli sırasıyla sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre tahmin edilerek analiz sonuçları sunulmuştur.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 17’de sunulmuştur.

Cinsiyet (Kadın ; Erkek)



$\chi^2/sd = 2.05, p<0.001, RMSEA= 0.05, CFI= 0.98, GFI=0.97, S-RMR= 0.06$

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 17. Araştırma Modelinin Cinsiyete Göre Tahmini

Şekil 17’de her bir yol üzerinde sırasıyla kadın ve erkek sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler dikkate alındığında, kadın sağlık çalışanları için ödüllerin korunma motivasyonunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde negatif yönde etkilediği görülmektedir. Erkek sağlık çalışanlarında ödüller korunma motivasyonunu anlamlı bir şekilde etkilememiştir. Her iki grupta da algılanan tehdidin korunma motivasyonuna doğrudan etkisi anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Kadın sağlık çalışanlarının öz-yeterlikleri tükenmişlik ve algılanan sosyal destekten anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerindeki bir standart sapma artış öz-yeterliklerini 0,24 standart sapma azaltırken ($p<0,001$), algılanan sosyal destekte bir standart sapma artış öz-yeterliklerini 0,14 standart sapma artırmaktadır ($p<0,05$). Erkek sağlık çalışanlarının algılanan tehdit düzeyi algılanan cevap etkinliğini kadınlara göre iki kat artırmaktadır. Öz-yeterlikteki bir standart sapma artış ise algılanan cevap etkinliğini kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat artırmaktadır. Şekil 17’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre Tablo 30’da sunulmuştur.

Tablo 30. Cinsiyete Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

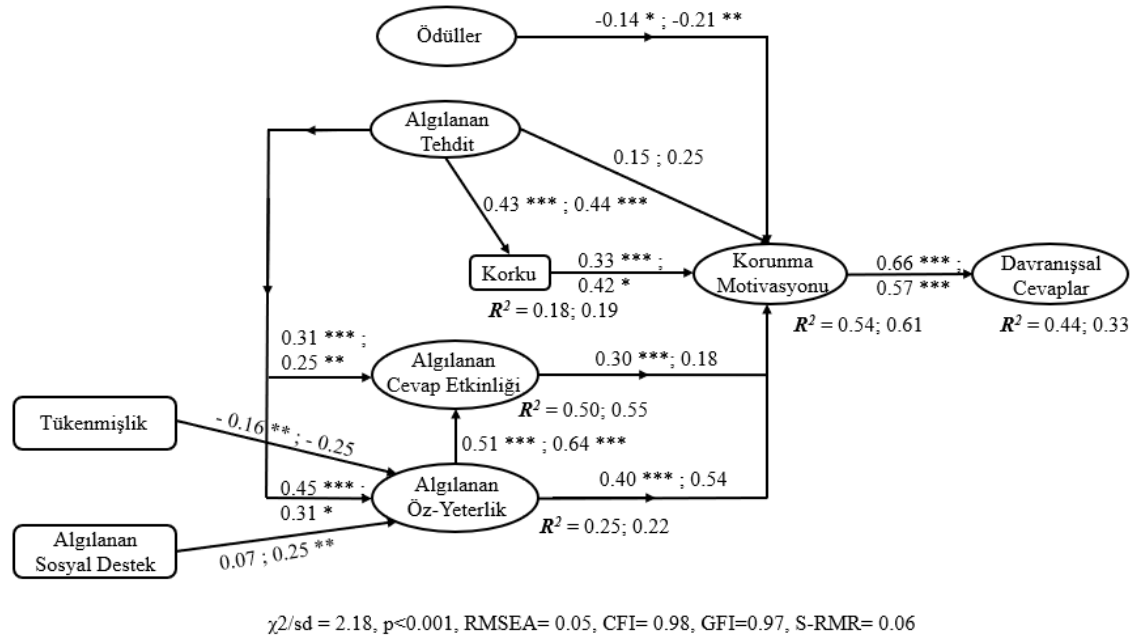
Yol	Etki Değerleri	
	Kadın	Erkek
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,47 x 0,29= 0,14**	0,39 x 0,44= 0,17***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,20 x 0,24= 0,05*	0,40 x 0,30= 0,12**
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,44 x 0,48= 0,21***	0,38x0,31= 0,12**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,24 x 0,48= -0,12**	-0,08x0,31= -0,03
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,14 x 0,48= 0,07*	0,01 x 0,31= 0,00
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,40***	0,41***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,12**	-0,03
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,07*	0,00

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 30 incelendiğinde, algılanan tehdidin korunma motivasyonuna tüm dolaylı etkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir. Algılanan tehdidin bir standart sapma artması korunma motivasyonunu kadınlarda 0,40 standart sapma artırırken erkeklerde 0,41 standart sapma artırmaktadır. Kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı dolaylı etkileri olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 18’de sunulmuştur.

Yaş (< 40 ; ≥ 40)



*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 18. Araştırma Modelinin Yaş Göre Tahmini

Şekil 18’de her bir yol üzerinde sırasıyla 40 yaş altı ve 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanları için algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterliğin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı anlaşılmaktadır. Her iki yaş grubunda da ödüllerin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı ve negatif yönlü etkisi bulunmaktadır.

Kırk yaş altı sağlık çalışanlarının tükenmişliği algılanan öz-yeterliklerini anlamlı bir şekilde azaltırken, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının algıladığı sosyal destek algılanan öz-yeterliklerini anlamlı bir şekilde artırmaktadır. Korunma motivasyonu bir standart sapma arttığında 40 yaş altı sağlık çalışanlarının davranışsal cevapları 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplarından 0,09 standart sapma daha fazla artmaktadır. Şekil 18’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının yaşına göre Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31. Yaşa Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değerleri	
	40 Yaş Altı	40 Yaş ve Üzeri
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,43 x 0,33= 0,14**	0,44 x 0,42= 0,19***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,31 x 0,30= 0,10**	0,25 x 0,18= 0,05
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,45 x 0,40= 0,18***	0,31 x 0,54= 0,17
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,16 x 0,40= -0,06*	-0,25x0,54= -0,14
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,07 x 0,40= 0,03	0,25 x 0,54= 0,14
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,42***	0,19***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,06*	-0,14
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,03	0,14

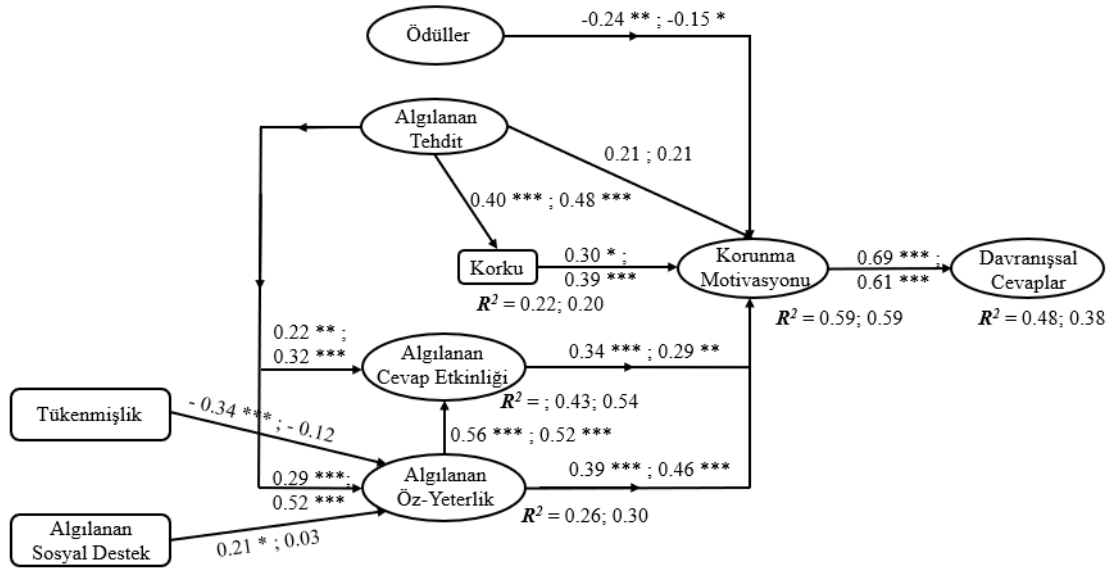
***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 31 incelendiğinde, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanları için algılanan tehdidin yalnızca korku aracılığı ile korunma motivasyonunu artırdığı anlaşılmaktadır. Kırk yaş altı sağlık çalışanları için tükenmişliğin korunma motivasyonu üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Algılanan tehditteki bir standart sapma artış 40 yaş altı sağlık

çalışanlarının korunma motivasyonunu 0,42 standart sapma artırırken, 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu 0,19 standart sapma artırmaktadır ($p<0,001$).

Sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 19'da sunulmuştur.

Medeni Durum (Evli ; Bekâr/Ayrı)



$\chi^2/sd = 2.19, p<0.001, RMSEA= 0.05, CFI= 0.98, GFI=0.97, S-RMR= 0.06$

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 19. Araştırma Modelinin Medeni Duruma Göre Tahmini

Şekil 19'da her bir yol üzerinde sırasıyla evli ve bekâr/ayrı sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, ödüllerde bir standart sapma artış olduğunda evli sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu 0,24 standart sapma azalırken bekâr/ayrı sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu 0,15 standart sapma azalmaktadır. Evli sağlık çalışanlarının algılanan öz-yeterliği hem tükenmişlik hem de algılanan sosyal destekten istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilenirken, bekâr/ayrı sağlık çalışanlarının öz-yeterliği bu iki değişkenden etkilenmemektedir. Algılanan tehditte bir standart sapma artış bekâr/ayrı sağlık çalışanlarının öz-yeterliğini evli sağlık çalışanlarının öz-yeterliğinden 0,23 standart sapma daha fazla etkilemektedir.

Korunma motivasyonunda bir standart sapma artış meydana geldiğinde evli sağlık çalışanlarının davranışsal cevapları bekârlara göre 0,08 standart sapma daha fazla artmaktadır. Şekil 19’da gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre Tablo 32’de sunulmuştur.

Tablo 32. Medeni Duruma Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

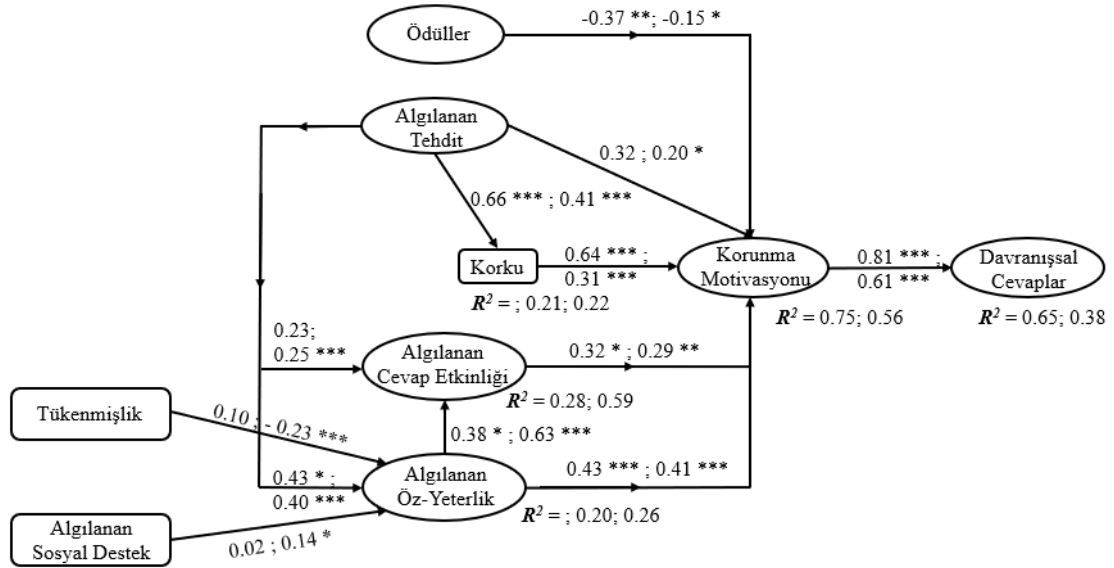
Yol	Etki Değerleri	
	Evli	Bekâr/Ayrı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,40 x 0,30= 0,12**	0,48 x 0,39= 0,19***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,22 x 0,34= 0,08*	0,32 x 0,29= 0,09**
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,29 x 0,39= 0,11**	0,52 x 0,46= 0,24***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,34 x 0,39= -0,12**	-0,12 x 0,46= -0,06
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,21 x 0,39= 0,08*	0,03 x 0,46= 0,01
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,31***	0,52***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,12**	-0,06
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,08*	0,01

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 32 incelendiğinde, evli sağlık çalışanları için tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır (p<0,05). Bekâr/ayrı sağlık çalışanları için ise bu iki dolaylı etki anlamsız bulunmuştur. Evli sağlık çalışanlarında algılanan tehditte bir standart sapma artışın korunma motivasyonuna etkisi 0,31 standart sapma artış iken, bekâr/ayrı sağlık çalışanlarında ise 0,52 standart sapma kadar bir artıştır.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 20’de sunulmuştur.

Eğitim Düzeyi (Lise ve Ön Lisans ; Lisans ve Lisansüstü)



$\chi^2/sd = 2.62, p < 0.001, RMSEA = 0.06, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 20. Araştırma Modelinin Eğitim Düzeyine Göre Tahmini

Şekil 20’de her bir yol üzerinde sırasıyla lise ve ön lisans mezunu ile lisans ve lisansüstü mezunu sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, ödüllerde bir standart sapma artış olduğunda lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunun 0,37 standart sapma, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunun 0,15 standart sapma azaldığı anlaşılmaktadır (p<0,05). Lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliği ve korunma motivasyonu algılanan tehditten doğrudan etkilenmemektedir. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının öz-yeterliği tükenmişlik ve algılanan sosyal destekten anlamlı bir şekilde etkilenmektedir. Algılanan öz-yeterlikte bir standart sapma artış lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliğini lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarından 0,25 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Korkuda bir standart sapma artış lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarında lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarından 0,33 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Korunma motivasyonunda meydana gelen bir standart sapma artış lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplarını 0,81 standart sapma artırırken, lisans

ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplarını 0,61 standart sapma artırmaktadır ($p<0,001$). Şekil 20’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre Tablo 33’te sunulmuştur.

Tablo 33. Eğitim Düzeyine Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

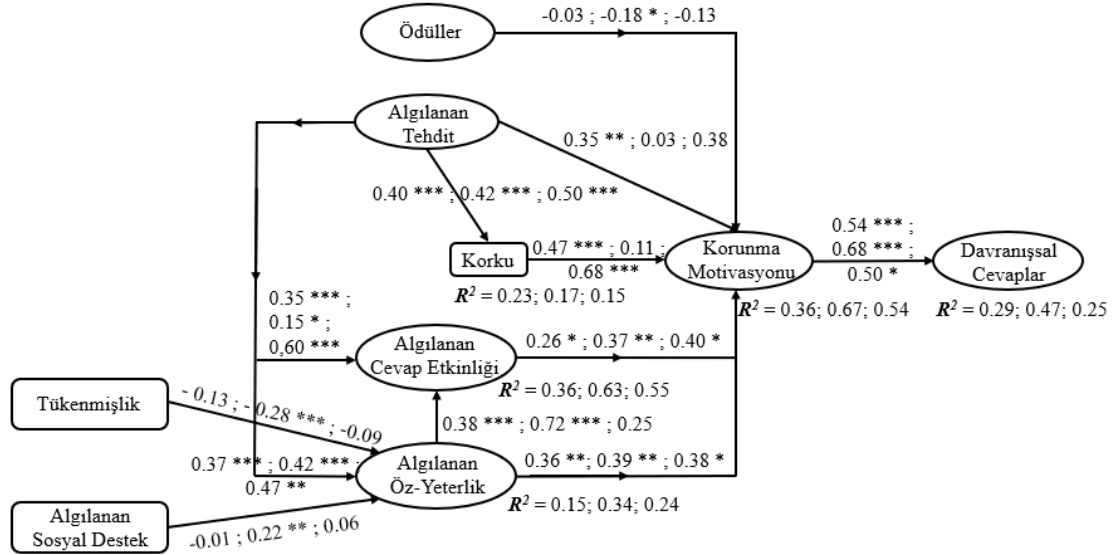
Yol	Etki Değerleri	
	Lise ve Ön Lisans	Lisans ve Lisansüstü
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,66 x 0,64= 0,42 ^{***}	0,41 x 0,31= 0,13 ^{**}
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,23 x 0,32= 0,07	0,25 x 0,29= 0,07 ^{**}
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,43 x 0,43= 0,19 ^{**}	0,40 x 0,41= 0,16 ^{***}
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,10 x 0,43= 0,04	-0,23 x 0,41= -0,09 ^{**}
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,02 x 0,43= 0,01	0,14 x 0,41= 0,06 [*]
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,61 ^{***}	0,56 ^{***}
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	0,04	-0,09 ^{**}
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,01	0,06 [*]

^{***} $p<0,001$; ^{**} $p<0,01$; ^{*} $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 33 incelendiğinde, lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanları için algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerinde cevap etkinliği aracılığıyla olan dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Algılanan tehditte bir standart sapma artış olduğunda lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunun 0,61 standart sapma arttığı, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının ise korunma motivasyonunun 0,56 standart sapma arttığı anlaşılmaktadır ($p<0,001$). Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin korunma motivasyonları üzerinde anlamlı dolaylı etkisi bulunmaktadır ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 21’de sunulmuştur.

Meslek (Hekim ; Hemşire ; Diğer SÇ)



$\chi^2/sd = 2.35, p < 0.001, RMSEA = 0.07, CFI = 0.97, GFI = 0.96, S-RMR = 0.07$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 21. Araştırma Modelinin Mesleğe Göre Tahmini

Şekil 21’de her bir yol üzerinde sırasıyla hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, ödüllerin korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin yalnızca hemşirelerde anlamlı olduğu görülmekte olup ödüllerde bir standart sapma artış meydana geldiğinde hemşirelerin korunma motivasyonunda 0,18 standart sapma azaldığı görülmektedir ($p < 0,05$). Algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan etkisi (0,35) yalnızca hekimlerde anlamlıdır ($p < 0,01$). Korku değişkeninin aracılık etkisi hemşirelerde anlamlı bulunmamıştır. Tükenmişlik ve sosyal desteğin öz-yeterliğe etkisinin yalnızca hemşirelerde anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,01$). Korunma motivasyonunda bir standart sapma artış olduğunda davranışsal cevaplarda en fazla artış hemşirelerde meydana gelmektedir. Şekil 21’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının mesleklerine göre Tablo 34’te sunulmuştur.

Tablo 34. Mesleğe Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

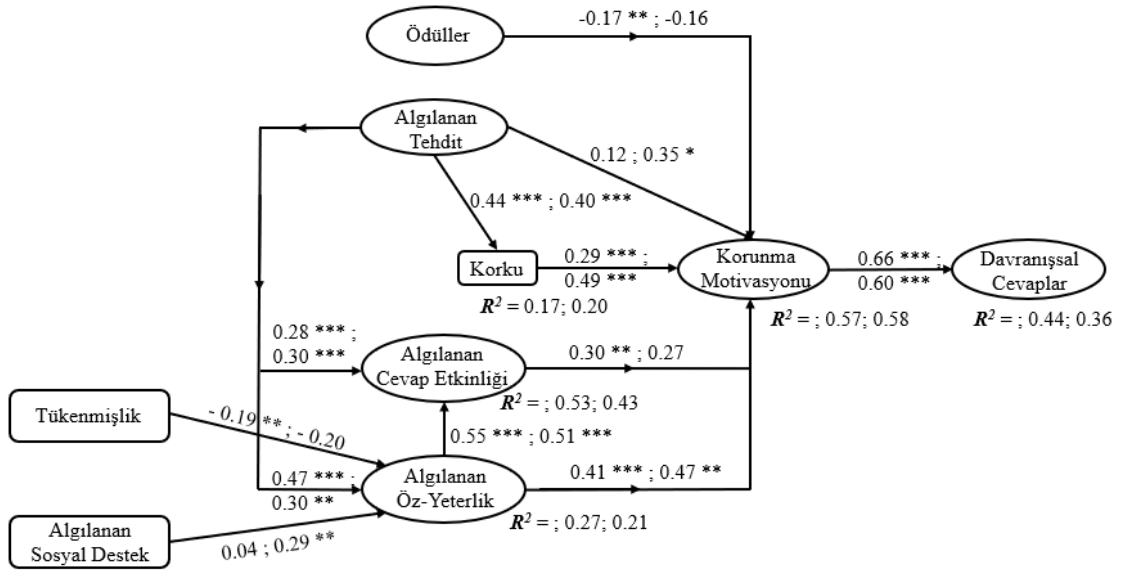
Yol	Etki Değerleri		
	Hekim	Hemşire	Diğer Sağlık Çalışanları
<i>Dolaylı Etkiler</i>			
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,40 x 0,47= 0,19***	0,42 x 0,11= 0,05	0,50 x 0,68= 0,34***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,35 x 0,26= 0,09**	0,15 x 0,37= 0,06*	0,60 x 0,40= 0,24***
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,37 x 0,36= 0,13***	0,42 x 0,39= 0,16***	0,47 x 0,38= 0,18**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,13 x 0,36= -0,05	-0,28 x 0,39= -0,11**	-0,09 x 0,38= -0,03
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,01 x 0,36= 0,00	0,22 x 0,39= 0,09*	0,06 x 0,38= 0,02
<i>Toplam Etkiler</i>			
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,76***	0,22**	0,76***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,05	-0,11**	-0,03
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,00	0,09*	0,02

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 34 incelendiğinde, korku değişkeninin hemşirelerin korunma motivasyonuna istatistiksel olarak anlamlı bir aracılık etkisi bulunmadığı anlaşılmaktadır (p>0,05). Tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi yalnızca hemşirelerde istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Algılanan tehditteki bir standart sapma artış hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu 0,76 standart sapma artırırken (p<0,001), hemşirelerin korunma motivasyonunu 0,22 standart sapma artırmaktadır (p<0,01).

Sağlık çalışanlarının çalışma deneyimine göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 22'de sunulmuştur.

Çalışma Deneyimi (< 10 ; ≥ 10)



$\chi^2/sd = 2.20, p < 0.001, RMSEA = 0.05, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 22. Araştırma Modelinin Çalışma Deneyimine Göre Tahmini

Şekil 22’de her bir yol üzerinde sırasıyla 10 yıldan az ve 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, 10 yıldan az çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için ödüllerin korunma motivasyonu üzerinde (-0,17) anlamlı bir negatif etkisi varken, 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olanlar için anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan etkisi (0,35) 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tükenmişliğin öz-yeterlik üzerindeki doğrudan etkisi 10 yıldan az çalışma deneyimi olanlar için anlamlı iken, algılanan sosyal desteğin öz-yeterlik üzerindeki doğrudan etkisi 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olanlar için anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). On yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için algılanan cevap etkinliğinin korunma motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$). Şekil 22’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının çalışma deneyimlerine göre Tablo 35’te sunulmuştur.

Tablo 35. Çalışma Deneyimine Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

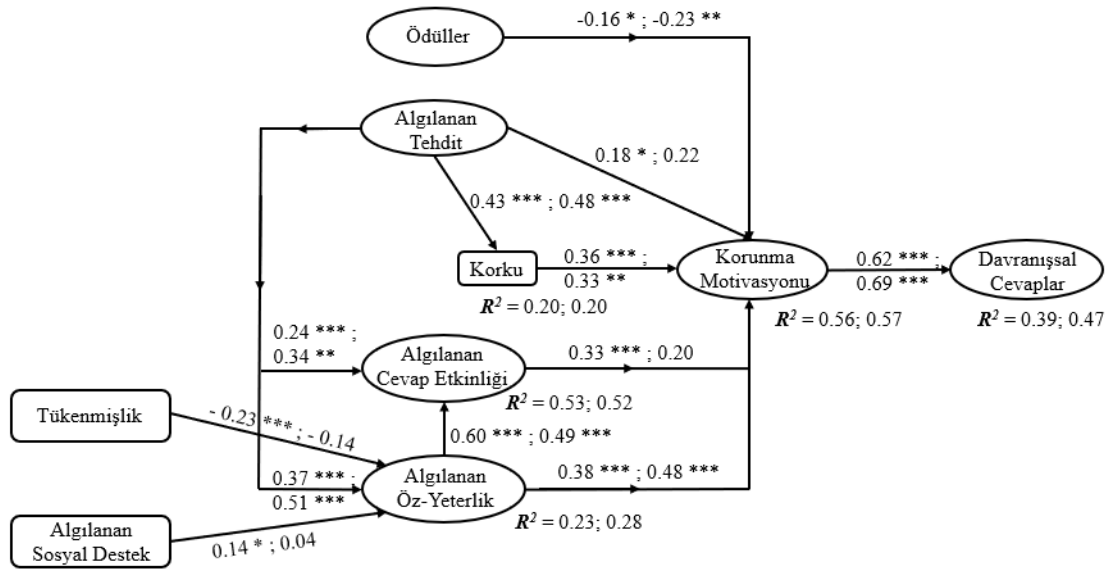
Yol	Etki Değerleri	
	10 yıldan az	10 yıl ve üzeri
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,44 x 0,29= 0,13***	0,40 x 0,49= 0,20***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,28 x 0,30= 0,08**	0,30 x 0,27= 0,08
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,47 x 0,41= 0,19***	0,30 x 0,47= 0,14**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,19 x 0,41= -0,08**	-0,20 x 0,47= -0,09
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,04 x 0,41= 0,02	0,29 x 0,47= 0,14**
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,40***	0,69*
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,08**	-0,09
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,02	0,14**

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 35 incelendiğinde, tükenmişliğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi 10 yıldan az çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için anlamlı iken ($p<0,01$), algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi de 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları için anlamlıdır ($p<0,01$). Algılanan tehdidin bir standart sapma artması ile 10 yıldan az çalışma deneyimi olanların korunma motivasyonunda 0,40 standart sapma artış meydana gelirken ($p<0,001$), 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olanların korunma motivasyonunda 0,69 standart sapma artış meydana gelmektedir ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı birey olup olmamasına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 23'te sunulmuştur.

Birlikte Yaşadığı Birey (Var ; Yok)



$\chi^2/sd = 2.18, p < 0.001, RMSEA = 0.05, CFI = 0.98, GFI = 0.98, S-RMR = 0.05$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 23. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Birey Olup Olmamasına Göre Tahmini

Şekil 23'te her bir yol üzerinde sırasıyla birlikte yaşadığı birey olan ve olmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin öz-yeterliklerini anlamlı bir şekilde etkilediği anlaşılmaktadır. Algılanan tehdit ve algılanan cevap etkinliği birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir doğrudan etkiye sahip değildir. Algılanan tehditteki bir standart sapma artış birlikte yaşadığı birey olmayanların olanlara göre öz-yeterliklerini 0,14 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Ödüllerde meydana gelen bir standart sapma artış birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarını birlikte yaşadığı birey olanlara göre 0,07 standart sapma daha fazla azaltmaktadır. Korunma motivasyonunda meydana gelen bir standart sapma artış birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplarını birlikte yaşadığı birey olanlara göre 0,07 standart sapma daha fazla artırmaktadır.

Şekil 23'te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı birey olup olmamasına göre Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Birlikte Yaşadığı Birey Olup Olmamasına Göre Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

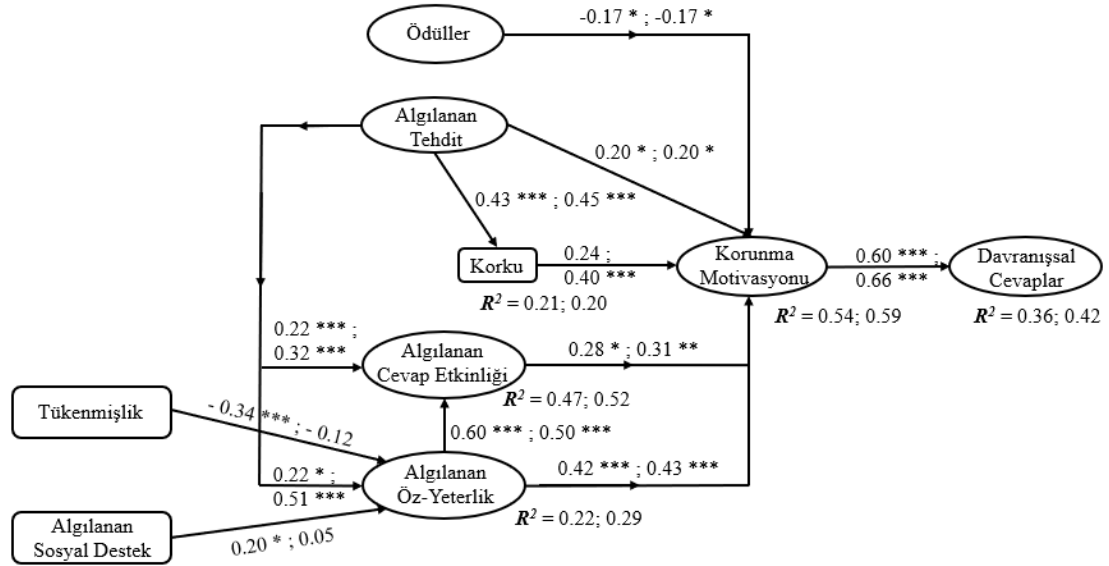
Yol	Etki Değeri	
	Birlikte Yaşadığı Birey Var	Birlikte Yaşadığı Birey Yok
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,43 x 0,36= 0,16***	0,48 x 0,33= 0,16**
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,24 x 0,33= 0,08**	0,34 x 0,20= 0,07
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,37 x 0,38= 0,14***	0,51 x 0,48= 0,25***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,23 x 0,38= -0,09**	-0,14 x 0,48= -0,07
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,14 x 0,38= 0,05*	0,04 x 0,48= 0,02
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,56***	0,41***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,09**	-0,07
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,05*	0,02

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 36 incelendiğinde, birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Algılanan tehditte bir standart sapma artış meydana gelmesi sonucunda korunma motivasyonu birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarında 0,56 standart sapma, birlikte yaşadığı birey olmayanlarda ise 0,41 standart sapma anlamlı bir artış göstermektedir (p<0,001).

Sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olup olmamasına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 24'te sunulmuştur.

Çocuk Sahibi Olma (Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.11, p < 0.001, RMSEA = 0.04, CFI = 0.99, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 24. Araştırma Modelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Tahmini

Şekil 24'te her bir yol üzerinde sırasıyla çocuk sahibi olan ve olmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, dikkat çeken bulgulardan ilki çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının korku aracılığı ile korunma motivasyonlarının anlamlı bir şekilde etkilenmemesidir. Diğer bir bulgu ise, çocuk sahibi olan sağlık çalışanları için hem tükenmişliğin hem de algılanan sosyal desteğin öz-yeterliği anlamlı bir şekilde etkiliyor olmasıdır. Dikkat çeken diğer bir bulgu ise, çocuğu olmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit bir standart sapma arttığında algıladıkları öz-yeterlikleri çocuğu olanlara kıyasla 0,29 standart sapma daha fazla artmaktadır.

Şekil 24'te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

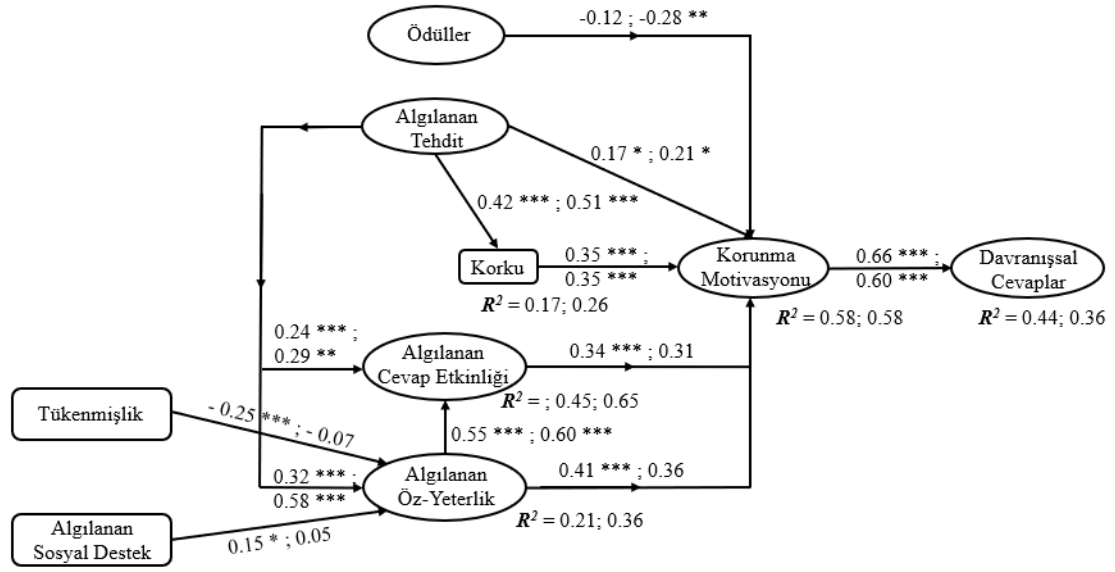
Yol	Etki Değeri	
	Çocuğu Var	Çocuğu Yok
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,43 x 0,24= 0,10	0,45 x 0,40= 0,18***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,22 x 0,28= 0,06*	0,32 x 0,31= 0,10**
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,22 x 0,42= 0,09*	0,51 x 0,43= 0,22***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,34 x 0,42= -0,09**	-0,12 x 0,43= -0,05
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,20 x 0,42= 0,08**	0,05 x 0,43= 0,02
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,35*	0,70***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,09**	-0,05
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,08**	0,02

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 37 incelendiğinde, çocuğu olmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdidin korunma motivasyonu üzerinde korku aracı değişkeni ile etkisinin (0,18) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,001). Çocuğu olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri bir standart sapma arttığında korunma motivasyonları dolaylı olarak 0,09 standart sapma azalmakta iken, algıladıkları sosyal destek bir standart sapma arttığında korunma motivasyonları dolaylı olarak 0,08 standart sapma artmaktadır. Dikkat çeken bir bulgu, algılanan tehditte bir standart sapma artış olduğunda çocuğu olanların korunma motivasyonu toplamda 0,35 standart sapma artmakta iken (p<0,05), çocuğu olmayanlarda bu artış (0,70) iki katıdır (p<0,001).

Sağlık çalışanlarının COVID-19 servisinde çalışıp çalışmama durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 25'te sunulmuştur.

COVID-19 Servisinde Çalışma (Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.44, p < 0.001, RMSEA = 0.06, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 25. Araştırma Modelinin COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmini

Şekil 25'te her bir yol üzerinde sırasıyla COVID-19 servisinde çalışan ve çalışmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, ödüllerin COVID-19 servisinde çalışmış olan sağlık çalışanları için korunma motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığı görülmektedir ($p > 0.05$). COVID-19 servisinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz-yeterliklerinin korunma motivasyonları üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı iken COVID-19 servisinde çalışmamış sağlık çalışanları için bu etki anlamlı değildir. COVID-19 servisinde çalışmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdit bir standart sapma arttığında öz-yeterlikleri COVID-19 servisinde çalışanlara göre 0,26 standart sapma daha fazla artmaktadır. Ayrıca COVID-19 servisinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin öz-yeterlikleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonları bir standart sapma arttığında COVID-19 servisinde çalışmayanlara göre davranışsal cevaplarının 0,06 standart sapma fazla arttığı anlaşılmaktadır. Şekil 25'te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde

edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının COVID-19 servisinde çalışma durumuna göre Tablo 38’de sunulmuştur.

Tablo 38. COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

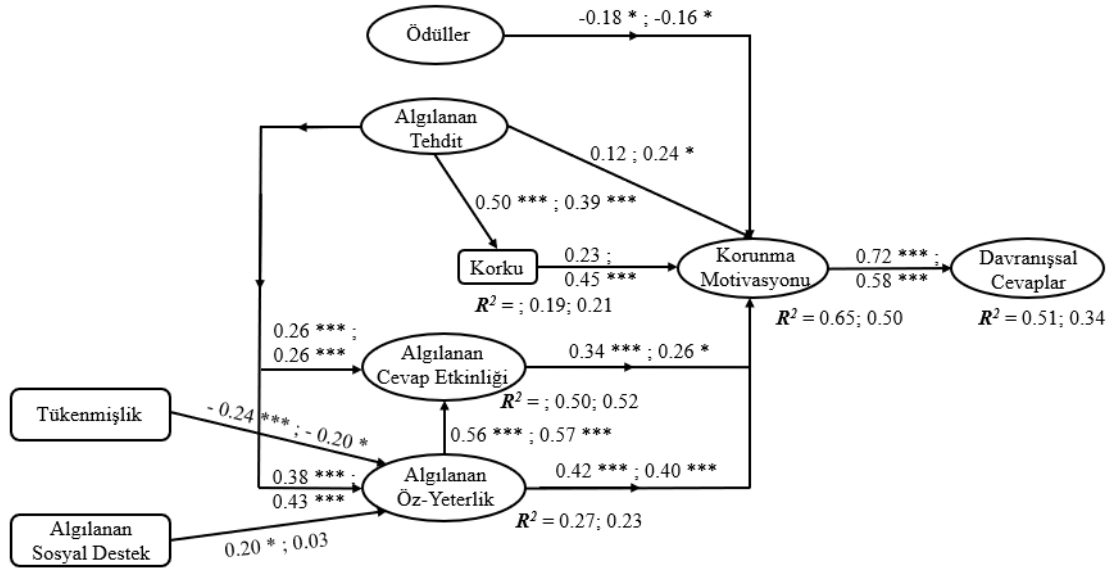
Yol	Etki Değeri	
	COVID-19 Servisinde Çalışmış	COVID-19 Servisinde Çalışmamış
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,42 x 0,35= 0,15***	0,51 x 0,35= 0,18***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,24 x 0,34= 0,08**	0,29 x 0,31= 0,09
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,32 x 0,41= 0,13**	0,58 x 0,36= 0,21
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,25 x 0,41= -0,10**	-0,07 x 0,36= -0,03
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,15 x 0,41= 0,06*	0,05 x 0,36= 0,02
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,53**	0,39**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,10**	-0,03
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,06*	0,02

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 38 incelendiğinde, COVID-19 servisinde çalışmamış olan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkilerinden yalnızca korku aracı değişkeni ile oluşturduğu dolaylı etkinin (0,18) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,001). COVID-19 servisinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdidin korunma motivasyonuna tüm dolaylı etkilerinin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi COVID-19 servisinde çalışanlar için istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Algılanan tehditteki bir standart sapma artışın COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu COVID-19 servisinde çalışmayanlara kıyasla 0,14 standart sapma fazla artırdığı görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının hâlen COVID-19 servisinde çalışıp çalışmama durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 26'da sunulmuştur.

Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma (Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.38, p < 0.001, RMSEA = 0.05, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 26. Araştırma Modelinin Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmini

Şekil 26'da her bir yol üzerinde sırasıyla hâlen COVID-19 servisinde çalışan ve çalışmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, algılanan tehdidin hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanları için korunma motivasyonu üzerinde doğrudan bir etkisinin, korku aracılığı ile korunma motivasyonu üzerinde dolaylı bir etkisinin bulunmadığı anlaşılmaktadır ($p > 0,05$). Hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanları için tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin algılanan öz-yeterlik üzerindeki doğrudan etkilerinin (-0,24; 0,20) istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Hâlen COVID-19 servisinde çalışmayan sağlık çalışanlarının da tükenmişlik düzeylerinin öz-yeterliklerini azaltıcı etkisi (-0,20) istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarında bir standart sapma artış meydana geldiğinde hâlen COVID-19 servisinde çalışmayan sağlık çalışanlarına kıyasla

davranışsal cevaplarında 0,14 standart sapma daha fazla artış meydana gelmektedir. Şekil 26'da gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının hâlen COVID-19 servisinde çalışma durumuna göre Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değeri	
	Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışıyor	Hâlen COVID-19 Servisinde Çalışmıyor
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,50 x 0,23= 0,12	0,39 x 0,45= 0,18***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,26 x 0,34= 0,09***	0,26 x 0,26= 0,07*
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,38 x 0,42= 0,16***	0,43 x 0,40= 0,17***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,24 x 0,42= -0,10***	-0,20 x 0,40= -0,08*
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,20 x 0,42= 0,08**	0,03 x 0,40= 0,01
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,25***	0,66**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,10***	-0,08*
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,08**	0,01

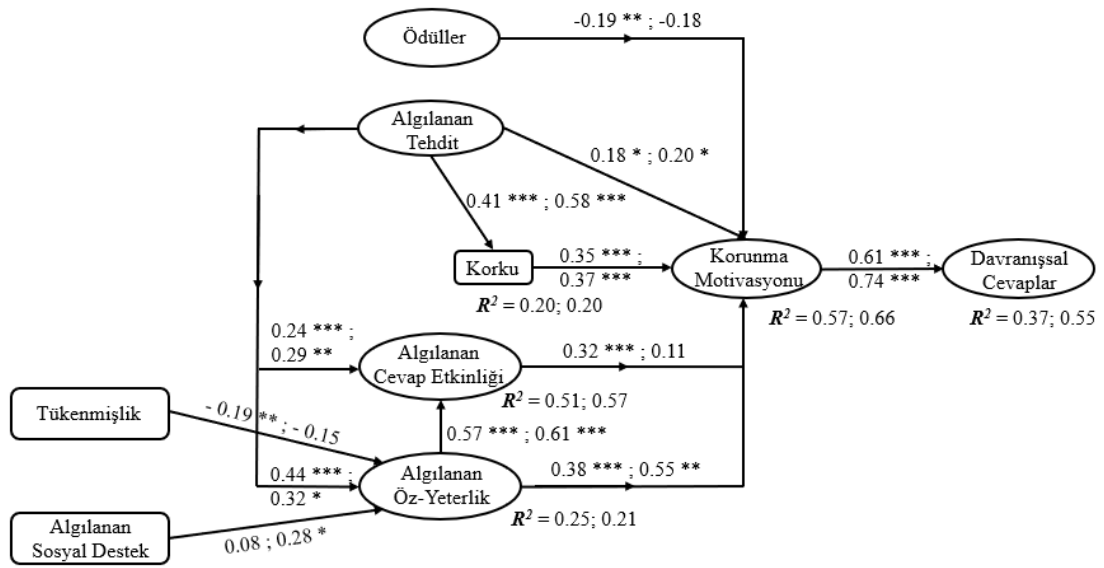
***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 39 incelendiğinde, hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerinde korku aracılığıyla oluşturduğu dolaylı etkinin (0,12) istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin; şu an COVID-19 servisinde çalışmayan sağlık çalışanlarının ise yalnızca algıladıkları sosyal destek düzeylerinin korunma motivasyonu üzerinde dolaylı etkisi anlamlı bulunmuştur. Dikkat çeken bir bulgu, COVID-19 servisinde çalışmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehditte bir standart sapma artış olduğunda korunma

motivasyonlarının hâlen COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarına kıyasla (0,66 - 0,25) 0,41 standart sapma daha fazla artıyor olmasıdır.

Sağlık çalışanlarının pandemi süresince genel sağlık durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 27’de sunulmuştur.

Genel Sağlık Durumu (İyi ; Kötü)



$\chi^2/sd = 1.98, p < 0.001, RMSEA = 0.04, CFI = 0.99, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Not: “İyi: Çok iyi, iyi ve orta”, “Kötü: Çok kötü ve kötü” genel sağlık durumunu temsil etmektedir.

Şekil 27. Araştırma Modelinin Genel Sağlık Durumuna Göre Tahmini

Şekil 27’de her bir yol üzerinde sırasıyla genel sağlık durumu iyi ve kötü olan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, genel sağlık durumu pandemi öncesine kıyasla iyi olan sağlık çalışanları için ödüllerin korunma motivasyonuna etkisi (-0,19) anlamlı iken ($p < 0,01$), genel sağlık durumu kötü olanlar için bu etki anlamlı değildir. Genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanları için algıladıkları cevap etkinliğinin korunma motivasyonuna etkisi (0,11) istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$). Tükenmişliğin öz-yeterlik üzerindeki etkisi (-0,19) yalnızca genel sağlık durumu iyi olan sağlık çalışanlarında anlamlı iken ($p < 0,01$), algılanan sosyal desteğin öz-

yeterlik üzerindeki etkisi (0,28) ise genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanlarında anlamlıdır ($p<0,05$). Dikkat çeken bir bulgu, genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarında bir standart sapma artış olduğunda davranışsal cevaplarının genel sağlık durumu iyi olan çalışanlarına kıyasla (0,74 - 0,61) 0,13 standart sapma daha fazla artmasıdır. Şekil 27’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının genel sağlık durumuna göre Tablo 40’ta sunulmuştur.

Tablo 40. Genel Sağlık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

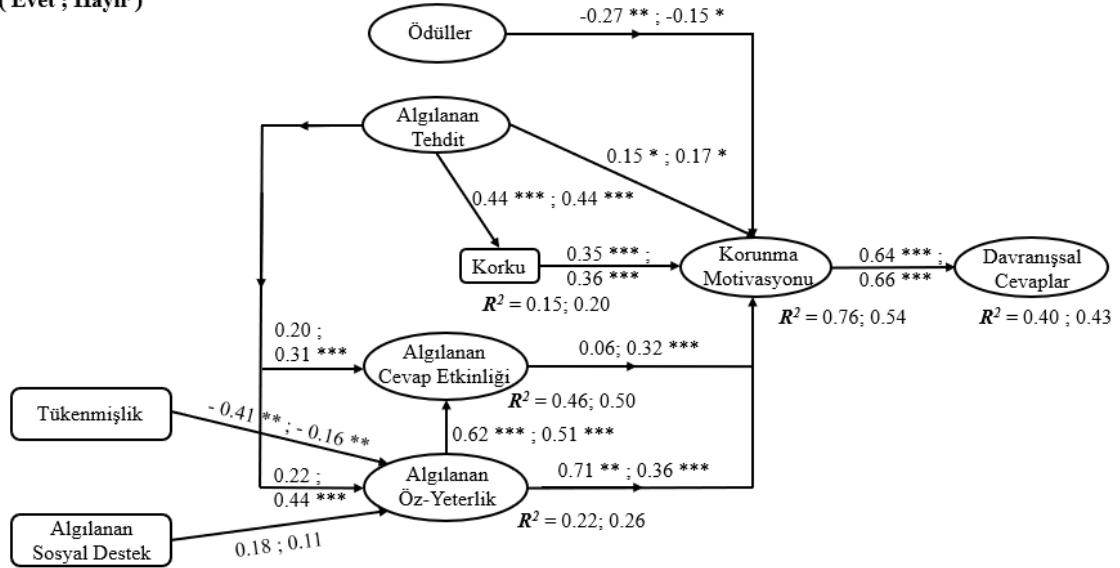
Yol	Etki Değeri	
	Genel Sağlık Durumu İyi	Genel Sağlık Durumu Kötü
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,41 x 0,35= 0,14***	0,58 x 0,37= 0,22***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,24 x 0,32= 0,08***	0,29 x 0,11= 0,03
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,44 x 0,38= 0,17***	0,32 x 0,55= 0,18**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,19 x 0,38= -0,07**	-0,15 x 0,55= -0,08
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,08 x 0,38= 0,03	0,28 x 0,55= 0,15**
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,57***	0,60**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,07**	-0,08
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,03	0,15**

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 40 incelendiğinde, genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin cevap etkinliği aracılığı ile korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi (0,03) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Genel sağlık durumu iyi olan sağlık çalışanlarında tükenmişliğin (-0,07), genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanlarında ise algılanan sosyal desteğin (0,15) korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Sağlık çalışanlarının kendinde kronik hastalık olup olmamasına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 28’de sunulmuştur.

Kendinde Kronik Hastalık Durumu
(Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.19, p < 0.001, RMSEA = 0.05, CFI = 0.99, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 28. Araştırma Modelinin Kendinde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmini

Şekil 28’de her bir yol üzerinde sırasıyla kronik hastalığı olan ve olmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, kendinde kronik hastalık olan sağlık çalışanları için ödüller bir standart sapma arttığında korunma motivasyonlarının kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarına göre 0,12 standart sapma daha fazla azaldığı görülmektedir. Kendinde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdidin algılanan cevap etkinlikleri ve öz-yeterliklerini; algılanan cevap etkinliklerinin ise korunma motivasyonlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemediği görülmektedir. Algılanan öz-yeterlikteki bir standart sapma artış kronik hastalığı olanların korunma motivasyonunu kronik hastalığı olmayanlara göre 0,35 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında tükenmişliğin bir standart sapma artması algılanan öz-yeterliklerini 0,41 standart sapma azaltırken, kronik hastalığı olmayanlarda 0,16 standart sapma azaltmaktadır ($p < 0,01$).

Şekil 28’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının kendinde kronik hastalık durumuna göre Tablo 41’de sunulmuştur.

Tablo 41. Kendinde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değeri	
	Kronik Hastalığı Var	Kronik Hastalığı Yok
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,44 x 0,35= 0,15***	0,44 x 0,36= 0,16***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,20 x 0,06= 0,01	0,31 x 0,32= 0,10***
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,22 x 0,71= 0,16	0,44 x 0,36= 0,16***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,41 x 0,71= -0,29**	-0,16 x 0,36= -0,06**
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,18 x 0,71= 0,13	0,11 x 0,36= 0,04
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,30**	0,53**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,29**	-0,06**
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,13	0,04

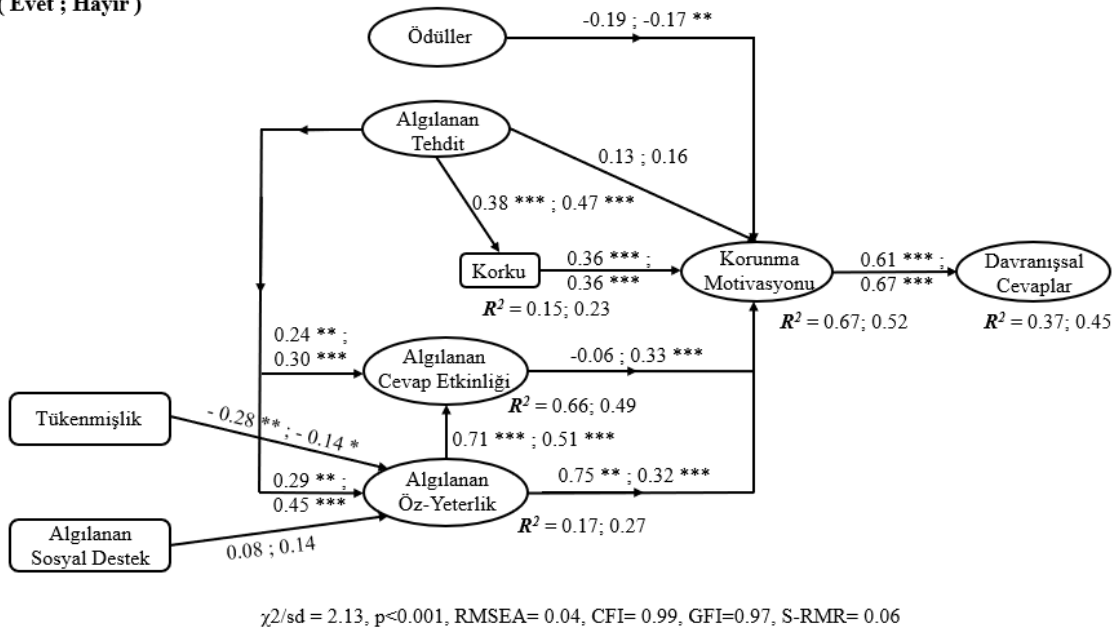
***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 41 incelendiğinde, kronik hastalığı olan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin korku aracılığı ile korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi (0,15) istatistiksel olarak anlamlı iken ($p>0,05$), algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik aracılığı ile dolaylı etkileri anlamlı değildir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olan ve olmayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkileri (-0,29; -0,06) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Kronik hastalığı olan sağlık çalışanları için tükenmişlik bir standart sapma arttığında korunma motivasyonu 0,29 standart sapma azalırken, kronik hastalığı olmayanlarda 0,06 standart sapma azalmaktadır ($p<0,01$). Kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanları için algılanan tehdit bir standart sapma

arttığında korunma motivasyonları kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarına göre toplamda 0,23 standart sapma daha fazla artmaktadır.

Sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olup olmamasına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 29'da sunulmuştur.

Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık Durumu
(Evet ; Hayır)



*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 29. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmini

Şekil 29'da her bir yol üzerinde sırasıyla birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan ve olmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olmayan sağlık çalışanları için ödüller korunma motivasyonunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemekte iken birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu etkilememektedir. Her iki grup için de algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan etkisi anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliği

korunma motivasyonlarını anlamlı bir şekilde etkilememektedir. Her iki grup için de tükenmişliğin öz-yeterliği azaltıcı etkisi anlamlı olup bu etki birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarında iki katıdır. Algılanan sosyal desteğin öz-yeterliğe etkisi her iki grup için de anlamsız iken, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının algılanan öz-yeterliklerinin korunma motivasyonuna etkisi birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olmayanların iki katından fazladır. Algılanan tehdit bir standart sapma arttığında birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olmayan sağlık çalışanlarının öz-yeterlikleri diğer gruba göre 0,16 standart sapma daha fazla artmaktadır. Şekil 29'da gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olup olmamasına göre Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Birlikte Yaşadığı Bireylerde Kronik Hastalık Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değeri	
	Birlikte Yaşadığı Birey(ler)de Kronik Hastalık Var	Birlikte Yaşadığı Birey(ler)de Kronik Hastalık Yok
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,38 x 0,36= 0,14***	0,47 x 0,36= 0,17***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,24 x -0,06= -0,01	0,30 x 0,33= 0,10***
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,29 x 0,75= 0,22**	0,45 x 0,32= 0,14***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,28 x 0,75= -0,21**	-0,14 x 0,32= -0,05**
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,08 x 0,75= 0,06	0,14 x 0,32= 0,05
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,36**	0,41***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,21**	-0,05**
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,06	0,05

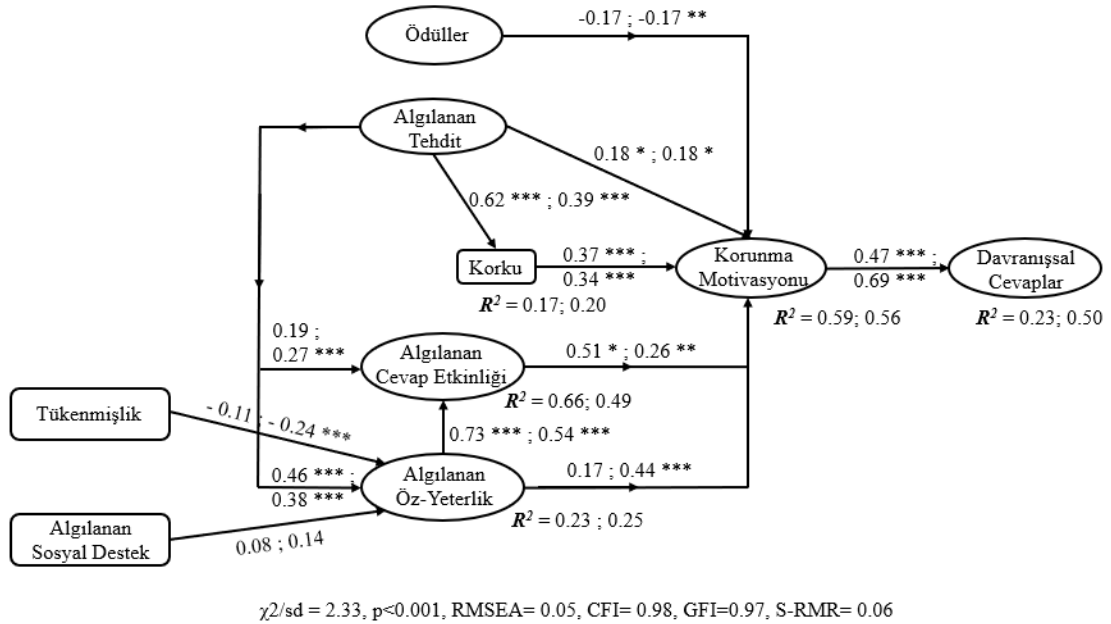
***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05 olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 42 incelendiğinde, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının tükenmişliklerinin bir standart sapma artması ile korunma motivasyonlarının dolaylı olarak 0,21 standart sapma azaldığı anlaşılmaktadır (p<0,01). Tükenmişliğin korunma motivasyonuna etkisi, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık

olmayan sağlık çalışanlarında 0,16 standart sapma daha az gerçekleşmektedir. Sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri her iki grup için de anlamsız iken, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanları için algılanan cevap etkinliğinin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan ve aracı etkilerinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının kendilerine COVID-19 bulaşıp bulaşmaması durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 30'da sunulmuştur.

Kendine COVID-19 Bulaşı (Evet ; Hayır)



*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 30. Araştırma Modelinin Kendine COVID-19 Bulaşması Durumuna Göre Tahmini

Şekil 30'da her bir yol üzerinde sırasıyla kendine COVID-19 bulaşan ve bulaşmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin algılanan cevap etkinliği üzerindeki etkisinin ve algılanan öz-yeterliklerinin korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Kendine

COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarında bir standart sapma artış meydana geldiğinde davranışsal cevaplarının, kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarına göre 0,22 standart sapma daha az arttığı görülmektedir. Kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanları için tükenmişlik algılanan öz-yeterliği istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaltmaktadır ($p<0,001$). Kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanları için algılanan cevap etkinliğinin korunma motivasyonu üzerindeki etkisi kendine COVID-19 bulaşmayanların neredeyse iki katıdır. Kendine COVID-19 bulaşanlar için ödüllerin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmama ile birlikte bu grubun hastalığa karşı algıladığı tehdidin korku üzerindeki etkisi COVID-19 bulaşmayan gruba göre 0,23 standart sapma daha fazladır. Şekil 30'da gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının kendilerine COVID-19 bulaşıp bulaşmamasına göre Tablo 43'te gösterilmiştir.

Tablo 43. Kendine COVID-19 Bulaşması Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

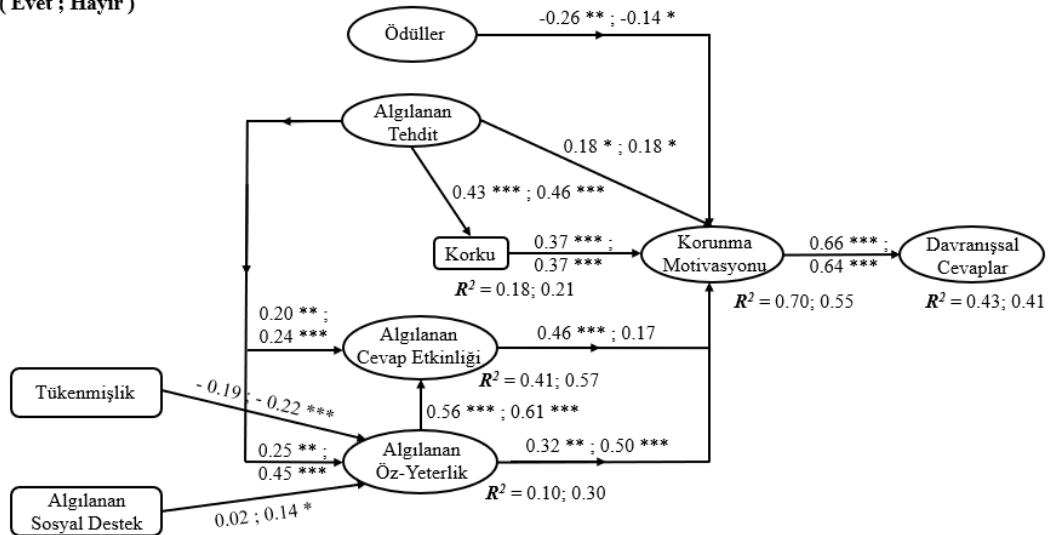
Yol	Etki Değeri	
	Kendine COVID-19 Bulaştı	Kendine COVID-19 Bulaşmadı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,62 x 0,37= 0,23***	0,39 x 0,34= 0,13***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,19 x 0,51= 0,10	0,27 x 0,26= 0,07**
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,46 x 0,17= 0,08	0,38 x 0,44= 0,17***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,11 x 0,17= -0,02	-0,24 x 0,44= -0,11***
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,08 x 0,17= 0,01	0,14 x 0,44= 0,06
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,41**	0,55**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,02	-0,11***
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,01	0,06

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 43 incelendiğinde, kendine COVID-19 bulaşmış olan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik aracılığı ile korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Kendine COVID-19 bulaşmış olan sağlık çalışanları için algılanan tehditteki bir standart sapma artış korku aracılığıyla korunma motivasyonunu COVID-19 bulaşmayanlara göre 0,10 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Tükenmişliğin öz-yeterlik ve korunma motivasyonunu azaltıcı etkisi (-0,11) kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Sosyal desteğin öz-yeterlik ve korunma motivasyonuna etkisi her iki grup için de anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisinin kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında 0,14 standart sapma daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık çalışanlarının birlikte yaşadıkları bireylere COVID-19 bulaşıp bulaşmaması durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 31’de sunulmuştur.

Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı
(Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.39, p < 0.001, RMSEA = 0.06, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 31. Araştırma Modelinin Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı Durumuna Göre Tahmini

Şekil 31’de her bir yol üzerinde sırasıyla birlikte yaşadıkları bireylere COVID-19 bulaşan ve bulaşmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmamış olan sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliklerinin korunma motivasyonlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Ödüllerde bir standart sapma artış meydana geldiğinde birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmış olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmamış olan sağlık çalışanlarına göre 0,12 standart sapma daha fazla azalmaktadır. Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmamış olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeyleri öz-yeterliklerini etkilerken, birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarının öz-yeterliklerini etkilememiştir. Şekil 31’de gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşı olup olmaması göre Tablo 44’te gösterilmiştir.

Tablo 44. Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşı Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

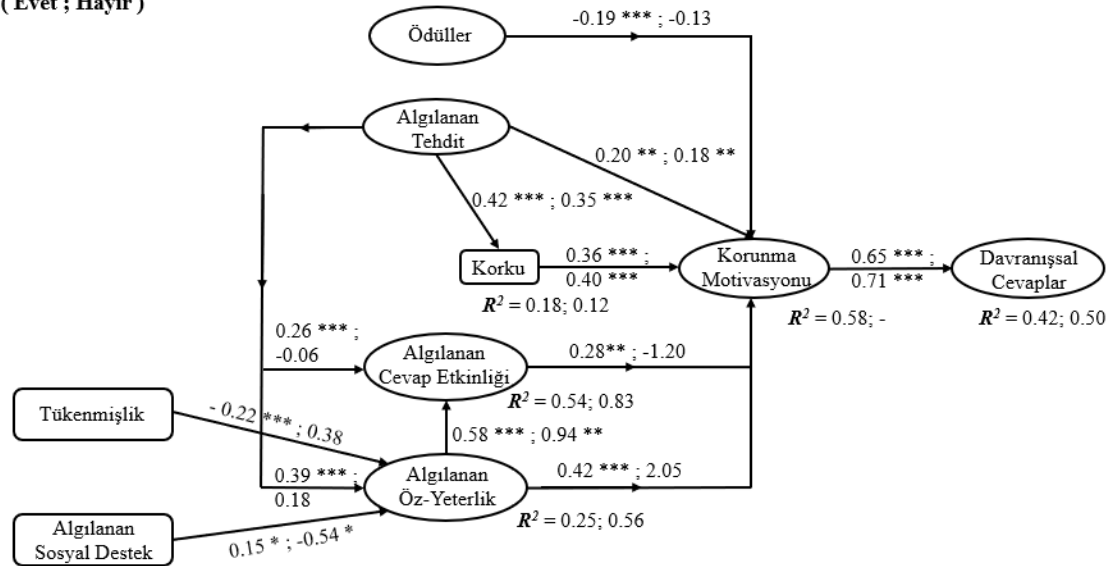
Yol	Etki Değeri	
	Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaştı	Birlikte Yaşadığı Bireylere COVID-19 Bulaşmadı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,43 x 0,37= 0,16***	0,46 x 0,37= 0,17***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,20 x 0,46= 0,09**	0,24 x 0,17= 0,04
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,25 x 0,32= 0,08**	0,45 x 0,50= 0,23***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,19 x 0,32= -0,06	-0,22 x 0,50= -0,11***
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,02 x 0,32= 0,01	0,14 x 0,50= 0,07**
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,51**	0,58**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,06	-0,11***
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,01	0,07**

*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 44 incelendiğinde, birlikte yaşadıkları bireylere COVID-19 bulaşmamış olan sağlık çalışanları için algılanan tehdidin algılanan cevap etkinliği aracılığı ile korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanları için algılanan tehdit bir standart sapma arttığında birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarına göre öz-yeterliğin korunma motivasyonu üzerindeki aracılık etkisi 0,15 standart sapma daha fazla olmaktadır. Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin korunma motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi varken ($p<0,01$), birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının pandemi süresince fiziksel sağlıklarını koruma davranışları gerçekleştirip gerçekleştirilmeme durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 32’de sunulmuştur.

Fiziksel Sağlık Koruma Davranışları Gerçekleştirme
(Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 6.63, p<0.001, RMSEA=0.14, CFI=0.88, GFI=0.96, S-RMR=0.05$

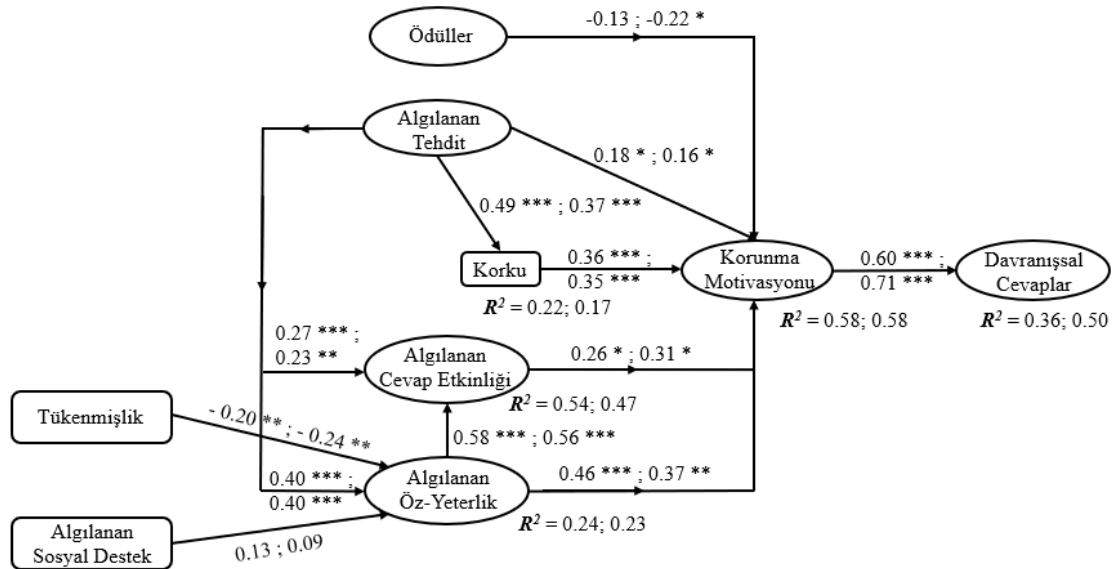
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 32. Araştırma Modelinin Fiziksel Sağlık Koruma Davranışları Gerçekleştirme Durumuna Göre Tahmini

Şekil 32’de sağlık çalışanlarının fiziksel sağlıklarını koruma davranışları gerçekleştirip gerçekleştirilmeme durumlarına göre korunma davranışlarını ortaya koymak üzere tahmin sonuçları verilen model, uyum değerleri ve indekslerin ideal sınırlar dışında olması (SB- $\chi^2/sd=6,63$; RMSEA=0,14; CFI=0,88) sebebiyle istatistiksel olarak kabul edilebilir uyum sağlayamamıştır. Bu durumun, fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştiren sağlık çalışanlarının sayısının 346, gerçekleştirilmeyenlerin sayısının ise yalnızca 14 olması nedeniyle test istatistiğinin standart hatasının artmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının pandemide işe gidememe durumlarının olup olmamasına göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 33’te sunulmuştur.

Pandemide İşe Gidememe (Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.16$, $p < 0.001$, RMSEA = 0.05, CFI = 0.99, GFI = 0.98, S-RMR = 0.06

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 33. Araştırma Modelinin Pandemide İşe Gidememe Durumuna Göre Tahmini

Şekil 33’te her bir yol üzerinde sırasıyla pandemide herhangi bir sebeple işe gidememe durumu olan ve olmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler incelendiğinde, pandemide işe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarının

korunma motivasyonlarının ödüllerden anlamlı bir şekilde etkilenmediği görülmektedir ($p>0,05$). İşe gidememe durumu olmayan sağlık çalışanlarında ödüllerde meydana gelen bir standart sapma artış korunma motivasyonlarını 0,22 standart sapma azaltmaktadır ($p<0,05$). Pandemiye herhangi bir sebeple işe gidememe durumu olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarında bir standart sapma artış hastalığa karşı davranışsal cevaplarını işe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarına göre 0,11 standart sapma daha fazla artırmaktadır. Pandemiye işe gidememe durumu olan ve olmayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri algılanan öz-yeterliklerini anlamlı bir şekilde azaltırken, sosyal destek düzeyleri algılanan öz-yeterlik düzeylerini etkilememiştir. İşe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehditteki bir standart sapma artış korku düzeylerini işe gidememe durumu olmayanlara göre 0,12 standart sapma daha fazla artırmıştır. Şekil 33'te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının pandemiye işe gidememe durumlarının olup olmamasına göre Tablo 45'te gösterilmiştir.

Tablo 45. Pandemiye İşe Gidememe Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

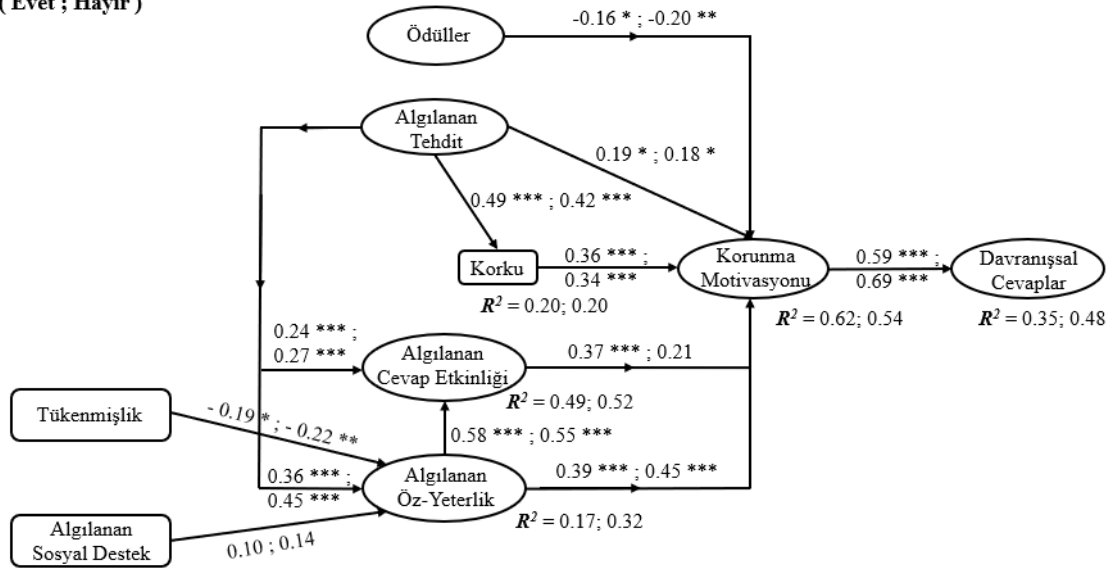
Yol	Etki Değeri	
	Pandemide İşe Gidememe Durumu Oldu	Pandemide İşe Gidememe Durumu Olmadı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,49 x 0,36= 0,18***	0,37 x 0,35= 0,13***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,27 x 0,26= 0,07*	0,23 x 0,31= 0,07*
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,40 x 0,46= 0,18***	0,40 x 0,37= 0,15**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,20 x 0,46= -0,09***	-0,24 x 0,37= -0,09**
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,13 x 0,46= 0,06	0,09 x 0,37= 0,03
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,61**	0,51**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,09***	-0,09**
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,06	0,03

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 45 incelendiğinde, algılanan tehdit bir standart sapma arttığında pandemide işe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu 0,61 standart sapma artarken, pandemide işe gidememe durumu olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonununun 0,51 standart sapma arttığı anlaşılmaktadır ($p < 0,01$). Her iki grupta da algılanan tehdidin ve tükenmişliğin korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkileri anlamlı iken, algılanan sosyal desteğin hem doğrudan hem de dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının pandemide izolasyon süreci yaşayıp yaşamama durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 34'te sunulmuştur.

Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama
(Evet ; Hayır)



$\chi^2/sd = 2.26, p < 0.001, RMSEA = 0.05, CFI = 0.98, GFI = 0.97, S-RMR = 0.06$

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 34. Araştırma Modelinin Pandemide İzolasyon Süreci Yaşama Durumuna Göre Tahmini

Şekil 34'te her bir yol üzerinde sırasıyla pandemide izolasyon süreci yaşayan ve yaşamayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etki değerleri incelendiğinde, algılanan cevap etkinliğinde bir standart sapma artış meydana geldiğinde

izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunda 0,37 standart sapma artış meydana geldiği ($p < 0,001$), izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunda istatistiksel olarak anlamlı bir artış meydana gelmediği anlaşılmaktadır ($p > 0,05$). Uyumsuz davranışı temsil eden ödüllerde bir standart sapma artış olduğunda izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının izolasyon süreci yaşayanlara göre korunma motivasyonlarında 0,04 standart sapma daha fazla azalma olduğu görülmektedir. Pandemiye izolasyon süreci yaşayan ve yaşamayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri algılanan öz-yeterliklerini anlamlı bir şekilde azaltırken, sosyal destek düzeyleri algılanan öz-yeterlik düzeylerini etkilememiştir. Korunma motivasyonundaki bir standart sapma artış izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının pandemiye karşı davranışsal cevaplarını izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarına göre 0,10 standart sapma daha fazla artırmıştır. Şekil 34'te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının pandemiye izolasyon süreci yaşayıp yaşamama durumlarına göre Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Pandemiye İzolasyon Süreci Yaşama Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

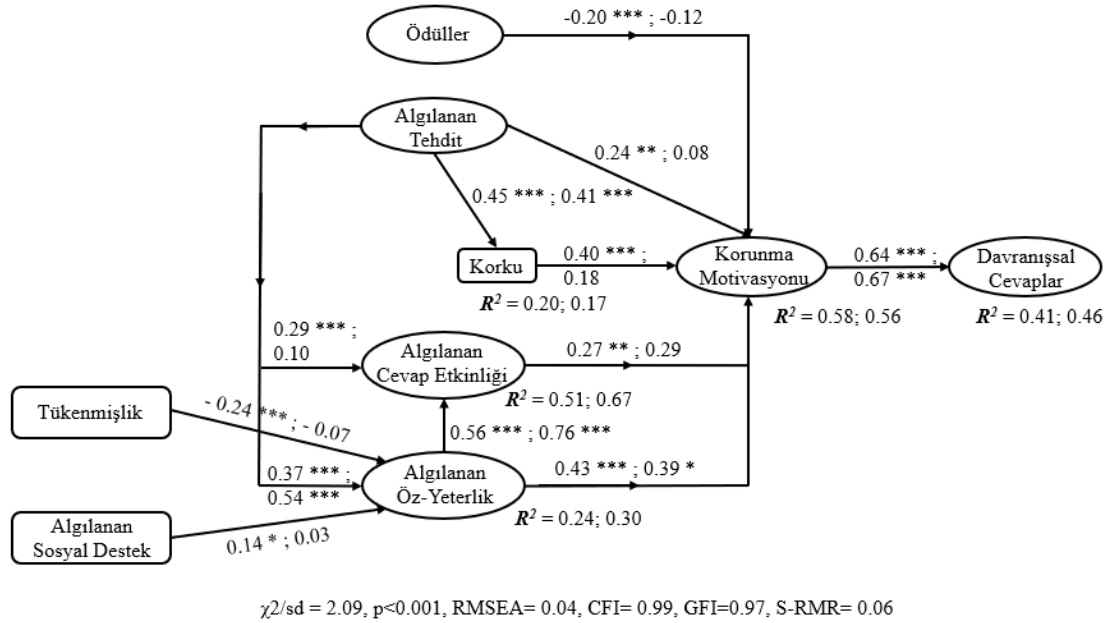
Yol	Etki Değeri	
	Pandemide İzolasyon Süreci Yaşadı	Pandemide İzolasyon Süreci Yaşamadı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,49 x 0,36= 0,18***	0,42 x 0,34= 0,14***
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,24 x 0,37= 0,09***	0,27 x 0,21= 0,06
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,36 x 0,39= 0,14***	0,45 x 0,45= 0,20***
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,19 x 0,39= -0,07*	-0,22 x 0,45= -0,10**
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,10 x 0,39= 0,04	0,14 x 0,45= 0,06
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,60***	0,52***
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,07*	-0,10**
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,04	0,06

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 46 incelendiğinde, algılanan tehdit bir standart sapma arttığında pandemiye izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu 0,60 standart sapma artarken, izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının 0,52 standart sapma arttığı anlaşılmaktadır. Algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerinde cevap etkinliği aracı değişkeni ile dolaylı etkisi izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarında istatistiksel olarak anlamlı iken ($p < 0,001$), izolasyon süreci yaşamayanlarda anlamlı değildir ($p > 0,05$). Hem izolasyon süreci yaşayan hem de yaşamayan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri korunma motivasyonlarını dolaylı olarak anlamlı şekilde etkilemiştir.

Sağlık çalışanlarının COVID-19 aşısı yaptırap yaptırmama durumuna göre korunma davranışlarına ilişkin süreci ortaya koyan araştırma modeli tahmini Şekil 35'te sunulmuştur.

COVID-19 Aşısı Yaptırma (Evet ; Hayır)



*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Şekil 35. Araştırma Modelinin COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumuna Göre Tahmini

Şekil 35’te her bir yol üzerinde sırasıyla COVID-19 aşısı yaptıran ve yaptırmayan sağlık çalışanları için doğrudan etki değerleri görülmektedir. Bu etkiler dikkate alındığında, COVID-19 aşısı yaptıran sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinden algıladıkları tehditte bir standart sapma artış meydana geldiğinde korunma motivasyonlarında meydana gelen doğrudan etkinin 0,24 standart sapma arttığı anlaşılmaktadır. COVID-19 aşısı yaptırmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları tehdidin korunma motivasyonlarına doğrudan etkisi (0,08) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Pandemiye karşı uyumsuz davranışları temsil eden ödüllerde bir standart sapma artış olduğunda COVID-19 aşısı yaptıran sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunda 0,20 standart sapma azalma olurken ($p<0,001$), aşı yaptırmayanlarda anlamlı bir artış olmamıştır ($p>0,05$). Aşı yaptırmayan sağlık çalışanlarında algılanan cevap etkinliğinin korunma motivasyonu üzerindeki hem doğrudan hem de aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Aşı yaptırmayan sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve algılanan sosyal desteğin, algılanan öz-yeterlik üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Şekil 35’te gösterilen standartlaştırılmış regresyon katsayılarından elde edilen dolaylı ve toplam etkiler sağlık çalışanlarının COVID-19 aşısı yaptıran ve yaptırmama durumlarına göre Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47. COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumuna Göre Tahmin Edilen Araştırma Modelinde Yer Alan Dolaylı ve Toplam Etki Değerleri

Yol	Etki Değeri	
	COVID-19 Aşısı Yaptırdı	COVID-19 Aşısı Yaptırmadı
<i>Dolaylı Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korku → Korunma Motivasyonu	0,45 x 0,40= 0,18***	0,41 x 0,18= 0,07
Algılanan Tehdit → Algılanan Cevap Etkinliği → Korunma Motivasyonu	0,29 x 0,27= 0,08**	0,10 x 0,29= 0,03
Algılanan Tehdit → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,37 x 0,43= 0,16***	0,54 x 0,39= 0,21**
Tükenmişlik → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	-0,24 x 0,43= -0,10***	-0,07 x 0,39= -0,03
Algılanan Sosyal Destek → Algılanan Öz-Yeterlik → Korunma Motivasyonu	0,14 x 0,43= 0,06**	0,03 x 0,39= 0,01
<i>Toplam Etkiler</i>		
Algılanan Tehdit → Korunma Motivasyonu	0,66***	0,21**
Tükenmişlik → Korunma Motivasyonu	-0,10***	-0,03
Algılanan Sosyal Destek → Korunma Motivasyonu	0,06**	0,01

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$ olmak üzere istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 47 incelendiğinde, algılanan tehdit bir standart sapma arttığında aşı yaptıran sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu 0,66 standart sapma artarken, aşı yaptırmayanların 0,21 standart sapma arttığı anlaşılmaktadır. Algılanan tehdidin korku ve algılanan cevap etkinliği aracılığı ile korunma motivasyonu üzerindeki dolaylı etkisi aşı yaptırmayan sağlık çalışanlarında anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Aşı yaptıran sağlık çalışanlarının tükenmişliği bir standart sapma arttığında korunma motivasyonları öz-yeterlik aracılığıyla dolaylı olarak 0,10 standart sapma azalmakta; algıladıkları sosyal destek bir standart sapma arttığında ise korunma motivasyonları öz-yeterlik aracılığıyla dolaylı olarak 0,06 standart sapma artmaktadır ($p<0,01$).



7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında sağlık çalışanlarının pandemi dönemindeki korunma davranışlarına ilişkin bilişsel süreçleri araştırılmıştır. Bunun için öncelikle bir araştırma modeli tasarlanmıştır. Araştırma modelinin temel değişkenleri olarak KMT'yi oluşturan boyutlar, algılanan sosyal destek ve tükenmişlik kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçekler KMT teorisine dayanan AFPB-CO Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğidir. Çalışmanın gereç ve yöntem bölümünde yer alan veri toplama aracı kısmında AFPB-CO Ölçeğini Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ilişkin analizlere yer verilmiştir. İlgili kısımda ayrıca ÇBASD ile MTÖ ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin sonuçlara da yer verilmiştir. Araştırmanın verileri Ankara ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan toplam 360 sağlık çalışanından elde edilmiştir. Elde edilen bu verilerin analiz sonuçlarına da bulgular bölümünde yer verilmiştir. Bulgular bölümünde ilk olarak sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin bazı özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler sunulmuş, ardından araştırmanın temel değişkenleri ve değişkenlerin boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere, dağılımlarına ve bu değişkenler arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Araştırmanın modeline ilişkin hipotezler yapısal eşitlik modeli yol analizi yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Analizler sonucunda araştırmanın doğrulanmış olan modeli katılımcıların tüm sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre tekrar tahmin edilerek, sağlık çalışanlarını korunma davranışlarına yönlendiren bilişsel sürecin nasıl değişkenlik gösterdiği ortaya koyulmuştur. Bu bölümde ise çalışmada elde edilen tüm bulgular literatürde yapılmış olan benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Bu bölümde öncelikle AFPB-CO Ölçeğinin Türkçe versiyonunun (AFPB-CO-TR) geçerlik ve güvenirlik analizi sonuçlarına ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Bununla birlikte ölçeğin İran'da geliştirilmiş versiyonu ile karşılaştırmaları da yapılmıştır. Ardından AFPB-CO-TR Ölçeğinden elde edilen puanlar benzer ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Literatürde AFPB-CO Ölçeğinin kullanıldığı başka bir

çalışmaya bu çalışma yürütülürken rastlanmamıştır. Bu nedenle öncelikle hem AFPB-CO Ölçeği hem de diğer çalışmalarda kullanılan ölçekler hakkında kısa bilgiler verilmiş, farklı puanlamaya sahip ölçekler aynı skalaya çevrilerek birbiriyle karşılaştırılmıştır.

AFPB-CO Ölçeğinin orijinal versiyonu için hesaplanan genel Cronbach alfa değeri 0,76 bulunmuştur. Bu çalışmada, ölçeğin Türkçe versiyonu için hesaplanan genel Cronbach alfa değeri ise 0,85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonunda ödülleri boyutunun Cronbach alfa değeri 0,62 olup bu çalışmadaki Türkçe versiyonunda ödülleri boyutunun Cronbach alfa değeri 0,46 olarak bulunmuştur. Bu değer orijinal ölçeğe göre daha düşük bulunmuştur. Ölçeğin diğer 7 boyutuna ilişkin Cronbach alfa değerleri orijinal ölçekte 0,71-0,84 aralığında, Türkçe versiyonunda ise 0,67-0,83 aralığında tespit edilmiş olup birbirine oldukça yakın değerlerdir. AFPB-CO Ölçeği için genel sınıf içi korelasyon katsayısı 0,81, AFPB-CO-TR Ölçeği için 0,79 olarak hesaplanmıştır. Cronbach (1951) çalışmasında 0,40'a eşit olan veya daha yüksek olan korelasyon değerlerinin kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmadaki Türkçe versiyonun tüm boyutlarına ilişkin sınıf içi korelasyon değerleri 0,41-0,82 aralığında hesaplanmıştır. AFPB-CO-TR Ölçeğinde madde-toplam korelasyon katsayıları incelendiğinde iki madde hariç tümünün 0,30 ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. De Vaus (2004) çalışmasında madde-toplam korelasyon katsayılarının 0,30-0,70 aralığında kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bu maddelere ilişkin alınan uzman görüşlerinin sonrasında da bu maddelerin DFA öncesi çıkarılmaması kararı verilmiştir. Literatürde bu maddelerin çıkarılmamasını destekleyen başka kanıtlar da bulunmuştur. Hobart ve Cano (2009) ile Streiner ve diğerleri (2015) çalışmalarında iç tutarlık için madde-toplam korelasyonunun 0,20 ve üzerinde olmasının yeterliliğini vurgulamıştır. Yapı geçerliğine ilişkin yapılan ilk DFA sonuçlarında, diğer boyutlara ait maddeler ile kovaryans bağlantısı olması sonucu iki madde (4. ve 27. madde) ölçekten çıkarılmıştır. Yinelenen DFA sonuçları model için zayıf bir uyuma işaret etmemekle birlikte uyum indekslerinde iyileşme meydana gelmiş, mâkul derecede yeterli bir uyum için uygun bulunmuştur. Orijinal ölçeğin göreceli ki-kare değeri (χ^2/sd) 2,69 olup uyum indeksleri olan RMSEA, CFI, GFI ve S-RMR değerleri sırasıyla 0,07, 0,83, 0,89 ve 0,06 olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada ise AFPB-CO-TR Ölçeği için χ^2/sd değeri 2,46 olup RMSEA, CFI, GFI ve S-RMR değerleri sırasıyla 0,06, 0,85, 0,83 ve 0,10 olarak elde edilmiştir ($p<0,01$). Her ne kadar CFI ve GFI

önerilen sınırların biraz dışında olsa da 0,90 alt sınır değerine yakın bulunmuştur. SRM-R değeri de üst sınır değerine eşit bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, AFPB-CO-TR Ölçeği maddelerine ilişkin standartlaştırılmış regresyon katsayılarından bazılarının 0,50'den düşük olduğu tespit edilmiştir. Suhr (2008) çalışmasında yol katsayısının değeri $|0,10|$ 'dan küçük ise zayıf, $|0,10|$ ile $|0,50|$ arasındaysa orta ve $|0,50|$ 'den büyük ise güçlü bir etkinin varlığını gösterdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada elde edilen yol katsayılarının orta ve güçlü derecede ilişki ortaya koyduğu görülmüştür ($\beta_{0i}=0,182-0,810$, $p<0,002$). Yakınsak geçerliğe ilişkin bulgular incelendiğinde ise, bazı boyutların kısmi olarak ya da tamamıyla CR ve AVE kriterlerini sağlamadığı tespit edilmiştir. Shrestha (2021) çalışmasında yakınsak geçerliğin sağlanması için, ölçeğe ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük ve AVE değerlerinin de 0,50'den büyük olması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmada, faktörlere ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olması koşulu sağlanmakla birlikte 5 boyutun AVE değerleri 0,50'nin altında bulunmuştur. Fornell ve Larcker (1981) çalışmalarında AVE değerlerinin 0,50'nin altında olması durumunda CR değerlerinin 0,60 ve üzerinde olmasının yakınsak geçerliği sağlayacağını belirtmiştir. Bu çalışmada yakınsak geçerlik kriterini sağlamayan boyutlara ilişkin CR değerleri 0,60'a çok yakın bulunmuştur. Tüm bu bulgulara ilişkin tartışmaların sonucunda ilgili ölçeğin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik sonuçlarının istatistiksel olarak uygun ve yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

AFPB-CO Ölçeğinin orijinal versiyonunda "1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum; 1: hiçbir zaman, 5: her zaman" olacak şekilde puanlama yapılmıştır. Bu çalışmada da puanlama ölçeğin orijinaline uygun olarak yapılmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu puanı $3,85\pm 0,78$ ve davranışsal cevaplar puanı $4,19\pm 0,64$ olarak tespit edilmiştir. Tehdit değerlendirmesine ilişkin boyutlar olan algılanan tehdit, korku ve ödüllere ilişkin puanlar sırasıyla $4,33\pm 0,58$, $3,89\pm 0,76$ ve $2,73\pm 0,91$; başa çıkma değerlendirmesine ilişkin boyutlar olan algılanan cevap etkinliği, algılanan öz-yeterlik ve algılanan cevap maliyetine ilişkin puanlar ise sırasıyla $4,21\pm 0,71$, $4,13\pm 0,74$ ve $3,05\pm 0,84$ olarak hesaplanmıştır. Tüm bu boyut puanları ölçek ortalamasının üzerinde tespit edilmiştir. Ölçek boyutlarından en yüksek ortalamaya sahip olan boyut algılanan tehdit, en düşük ortalamaya sahip olan boyut ise ödüllerdir.

Toghanian ve diğ erleri (2022) İ ran'ın Tahran ş ehrinde yapmış oldukları ç alışmada KMT'ye dayanan 9 boyuttan oluşan bir öl ç ek kullanmıştır. Bu ç alışmadan farklı olarak yalnızca algılanan tehdit boyutu, algılanan ciddiyet ve algılanan yatkınlık boyutu olmak üzere iki ayrı boyut olarak ele alınmıştır. Ç alışmaya 3 farklı hastaneden hemşire, hekim, laboratuvar ç alışanları, fizyoterapist, radyoloji ç alışanları ve tıbbi sekreterlerden oluşan 270 sağlık ç alışanı katılmıştır. Ç alışmada ortalama puanı verilen tek boyut korunma davranışları boyutu olup 11 sorudan oluşmakta ve "1: hiçbir zaman, 5: her zaman" olacak şekilde puanlandırılmıştır. Ç alışmadaki korunma davranışları boyutu, bu ç alışmadaki davranışsal cevaplar boyutuna karşılık gelmektedir. Sağlık ç alışanlarının COVID-19'dan korunma davranışları puanı $4,20 \pm 0,56$ olarak bildirilmiş olup bu ç alışmadaki davranışsal cevaplar puanı ($4,19 \pm 0,64$) ile yaklaşık olarak aynı olduğu g örülmüştür. Toghanian ve diğ erlerinin (2022) ç alışmasındaki sağlık ç alışanlarının verilen bazı özelliklerinin (%78,9'u kadın, %47'si hemşire, %39,3'ü bekâr, %73,7'si lisans ve %16,3'ü lisansüstü eğitim mezunu, %30,7'si daha önce COVID-19 hastalığını geçirmiş, yaş ortalaması $32,65 \pm 8,75$ ve ç alışma deneyimi $8,82 \pm 7,89$) bu ç alışmadaki katılımcıların özellikleriyle oldukça benzer olduğu tespit edilmiştir. Ç alışmada, COVID-19'dan korunma davranışları kadınlarda ve hemşirelerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu ç alışmada da davranışsal cevaplar puanının kadınlarda ($4,26 \pm 0,64$) erkeklere ($4,03 \pm 0,61$) göre ve hemşirelerde ($4,37 \pm 0,64$) hekim ve diğ er sağlık ç alışanlarına ($3,94 \pm 0,55$ ve $4,15 \pm 0,64$) göre daha yüksek olduğu g örülmüştür. Bashirian ve diğ erleri (2020) İ ran'ın Hamadan ş ehrinde yapmış oldukları ç alışmada KMT'ye dayanan 6 boyuttan (algılanan yatkınlık: 2 madde, algılanan ciddiyet: 3 madde, algılanan cevap etkinliği: 5 madde, algılanan öz-yeterlik: 5 madde, algılanan cevap maliyeti: 2 madde ve korunma motivasyonu: 1 madde) oluşan bir öl ç ek kullanmıştır. Ç alışmalarında kullanılan öl ç ek, bu ç alışmadan farklı olarak KMT'nin tehdit değerlendirmesi boyutlarından "korku" ile "ödüller" boyutunu ve bireyin korunma önlemlerini gerç ekleştirmesini temsil eden "davranışsal cevaplar (korunma davranışları)" boyutunu iç ermemektedir. Ç alışmaya 5 farklı eğitim hastanesinden hekim, hemşire, paramedik, sağlık teknisyenleri, servis personeli ve ofis personelinden oluşan 761 hastane ç alışanı katılmıştır. Ç alışmada öl ç ek maddeleri "1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum" olacak şekilde puanlandırılmış olup ç alışmada boyutlara ilişkin toplam puanlara yer verilmiştir. Toplam boyut puanları algılanan yatkınlık için $8,11 \pm 1,56$; algılanan ciddiyet için $12,19 \pm 2,25$; algılanan cevap

etkinliği için $20,27\pm 3,49$; algılanan öz-yeterlik için $20,19\pm 3,44$; algılanan cevap maliyeti için $6,63\pm 2,32$; korunma motivasyonu için $4,37\pm 0,81$ olarak bildirilmiştir. Tüm boyut puanları ölçek ortalamasının üzerinde olup ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut korunma motivasyonu, en düşük olan boyut ise algılanan cevap maliyeti boyutudur. Bashirian ve diğerlerinin (2020) çalışmasında, boyutlara ilişkin puanlandırma farklılığı ve boyutlardaki madde sayıları dikkate alındığında, hastane çalışanlarının algılanan yatkınlık ve algılanan ciddiyet ortalama puanlarının bu çalışmadaki algılanan tehdit puanından ($4,33\pm 0,58$) düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, bu tez çalışmasının evrenini pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının oluşturması veya her iki çalışmadaki sağlık çalışanları arasındaki kültürel farklılıkların olması olabilir. Ayrıca Bashirian ve diğerlerinin (2020) çalışmasında sağlık çalışanlarının algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik ortalama puanlarının daha düşük; cevap maliyeti ve korunma motivasyonu ortalama puanlarının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bashirian ve diğerlerinin (2020) çalışmalarında, sağlık çalışanlarının tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi süreçlerine ilişkin puanlarının bu çalışmadaki sağlık çalışanlarının puanlarından daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Buna rağmen, korunma motivasyonu puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun nedeni olarak söz konusu çalışmada korunma motivasyonu ile uyumsuz davranışları temsil eden algılanan cevap maliyeti arasında pozitif yönlü ($r=0,27$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olması gösterilebilir. Bu çalışmada ise korunma motivasyonu ile algılanan cevap maliyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak algılanan cevap maliyeti sağlık tehdidine karşı uyumsuz davranışları temsil etmesi dolayısıyla, rasyonel sağlık davranışı olan bireylerde korunma motivasyonu ile algılanan cevap maliyeti arasında negatif yönlü bir ilişki olması beklenir. Bashirian ve diğerlerinin (2020) çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak sağlık çalışanlarının çoğunluğunu kadınlar (%52,2) oluşturmakta olup meslekler içerisinde en fazla örneklem payını hemşireler (%30,3) almıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $35,38\pm 8,23$ ve çalışma deneyimi $10,32\pm 8,57$ yıl olup bu çalışmadaki sağlık çalışanlarının ortalamalarına yakın değerlerdir. Mortada ve diğerlerinin (2021) Suudi Arabistan'da yapmış oldukları çalışmada KMT'ye dayanan 6 boyuttan (algılanan ciddiyet: 5 madde, algılanan yatkınlık: 3 madde, cevap etkinliği: 7 madde, öz-yeterlik: 5 madde, cevap maliyeti: 1 madde ve davranışsal niyet: 4 madde) oluşan bir ölçek kullanılmıştır. Çalışmaya hekim, hemşire, eczacı ve teknisyenlerden

oluşan 385 sağlık çalışanı katılmıştır. Davranışsal niyetler boyutu “1: hiçbir zaman, 4: her zaman”, diğer tüm boyutlar “1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum” olacak şekilde puanlandırılmış olup boyutlara ilişkin toplam puanlara yer verilmiştir. Çalışmadaki davranışsal niyetler boyutu, bu çalışmadaki korunma motivasyonu boyutuna karşılık gelmektedir. Toplam boyut puanları algılanan ciddiyet için $18,62 \pm 3,60$; algılanan yatkinlik için $12,12 \pm 2,35$; cevap etkinliği için $30,10 \pm 4,60$; öz-yeterlik için $19,50 \pm 3,20$; cevap maliyeti için $3,30 \pm 1,07$; davranışsal niyet için $14,40 \pm 2,20$ olarak bildirilmiştir. Tüm boyut puanları ölçek ortalamasının üzerinde olup ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut cevap etkinliği, en düşük olan boyut ise algılanan cevap maliyeti boyutudur. Mortada ve diğerlerinin (2021) çalışmasında, boyutlara ilişkin puanlandırma farklılığı ve boyutlardaki madde sayıları dikkate alındığında, sağlık çalışanlarının algılanan ciddiyet, yatkinlik ve öz-yeterlik ortalama puanlarının bu çalışmaya göre daha düşük; cevap etkinliği, cevap maliyeti ve davranışsal niyetler ortalama puanlarının ise bu çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmadakine benzer olarak Mortada ve diğerlerinin (2021) çalışmasındaki sağlık çalışanlarının çoğunluğunu kadınlar (%60,8) ve hemşireler (%43,1) oluşturmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının %75,3’ün 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip, %81,6’sının evli ve %77,1’inin çocuk sahibi olması ve yaş ortalaması $40,08 \pm 8,20$ bakımından bu çalışma ile farklılık göstermektedir. Literatürde sağlık çalışanları üzerinde yapılan benzer KMT çalışmaları bunlarla sınırlıdır. Bu nedenle, bu kısımda sağlık çalışanları dışında yapılan benzer çalışmalarla ilgili karşılaştırmalara da yer verilmiştir. Al-Rasheed (2020) çalışmasında Kuveytli 18 yaş ve üzeri 679 katılımcı ile yaptığı çalışmada halkın COVID-19’dan korunma niyetini KMT’nin yedi boyutunu (ciddiyet: 3 madde, yatkinlik: 3 madde, içsel ödüller: 3 madde, dışsal ödüller: 3 madde, cevap etkinliği: 3 madde, öz-yeterlik: 2 madde ve cevap maliyeti: 3 madde, davranış niyeti: 1 madde) içeren bir ölçek ile değerlendirmiştir. Ölçekte tüm maddeler “1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum” olacak şekilde puanlandırılmış olup çalışmada boyutlara ilişkin toplam puanlara yer verilmiştir. Katılımcıların toplam boyut puanları ciddiyet için $12,8 \pm 2,23$; yatkinlik için $13,65 \pm 1,69$; içsel ödüller için $5,64 \pm 2,39$; dışsal ödüller için $4,97 \pm 2,17$; cevap etkinliği için $12,84 \pm 2,08$; öz-yeterlik için $9,97 \pm 0,86$; cevap maliyeti için $6,34 \pm 2,52$; davranış niyeti için $4,46 \pm 0,70$ olarak bildirilmiştir. Bu tez çalışmasında ise içsel ve dışsal ödüller boyutları ile cevap maliyeti boyutunun ortalama puanları ölçek ortalamasının altında olup

diğer tüm puanlar ölçek ortalaması üzerindedir. Ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut öz-yeterlik, en düşük olan boyut ise bu tez çalışmasına benzer olarak dışsal ödüller boyutudur. Çalışmada algılanan tehdidin alt boyutları olan ciddiyet ve yatkinlık ortalama puanları ile cevap etkinliği ortalama puanları, bu çalışmadaki ortalama puanlar ile oldukça yakın bulunmuştur. Katılımcıların öz-yeterlik ve davranış niyeti (korunma motivasyonu) ortalama puanı bu çalışmadaki sağlık çalışanlarının puanından yüksek bulunmuştur. İçsel ve dışsal ödüller ile algılanan cevap maliyeti puanları bu çalışmadakinden oldukça düşük bulunmuştur. Al-Rasheed'in (2020) çalışmasındaki katılımcıların korunma motivasyonu edinirken bu çalışmadaki sağlık çalışanlarına göre başa çıkma değerlendirme sürecinden daha fazla yararlandığı söylenebilir. Çalışmaya katılanların çoğunluğu (%85,4) bu çalışmada olduğu gibi kadınlardan meydana gelmektedir. Çalışmada kadınların koruyucu davranış niyeti puanı ($4,47 \pm 0,69$) erkeklerin puanı ile ($4,43 \pm 0,73$) neredeyse aynı olup bu çalışmada ise kadınların korunma motivasyonu puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Kim ve Crimmins (2020) çalışmalarında 2.694 ABD'li yetişkin yaş grupları (18-34 yaş, $N_1: 1.284$, %62,47 kadın; 65 yaş üstü, $N_2: 1.410$, %40,89 kadın) arasında tehdit ve başa çıkma mekanizmaları ile COVID-19'dan korunma davranışları niyeti arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Bu çalışmada algılanan yatkinlığı (tehdit değerlendirme) 1-5 puan arasında; cevap etkinliği (başa çıkma değerlendirmesi) 5-25 puan arasında; davranış değişikliği (korunma davranışı niyeti) 0-5 arasında puanlandırılmış olup 18-34 yaş ve 65 yaş üstü grup için sırasıyla algılanan yatkinlık puanları $3,47 \pm 1,29$ ve $3,47 \pm 1,16$; cevap etkinliği puanları $20,46 \pm 4,10$ ve $20,07 \pm 3,90$; korunma davranışı niyeti puanları $2,62 \pm 1,59$ ve $2,41 \pm 1,33$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 65 yaş üstü katılımcıların korunma davranışı niyeti boyutuna ilişkin puanları ölçek ortalamasının altında olup diğer tüm puanlar ölçek ortalaması üzerindedir. Ölçek boyutlarından her iki yaş grubuna göre ortalaması en yüksek olan boyut cevap etkinliği, en düşük olan boyut ise korunma davranışı niyeti boyutudur. Bu tez çalışmasının sonuçları ile karşılaştırıldığında algılanan yatkinlık (hastalığa karşı algılanan tehdit), cevap etkinliği ve korunma davranışı niyeti (korunma motivasyonu) puanlarının her iki yaş grubunda da daha düşük olduğu görülmektedir. Griffin ve diğerleri (2022) çalışmalarında İngiltere'de 438 katılımcının COVID-19 aşısı olma niyetlerini (korunma motivasyonlarını) KMT'nin 7 boyutu (algılanan yatkinlık, algılanan ciddiyet, ödüller, cevap etkinliği, öz-yeterlik, cevap maliyeti, aşı olma

motivasyonu) ile değerlendirmiştir. Ölçekte tüm maddeler “1: kesinlikle katılmıyorum, 7: kesinlikle katılıyorum” olacak şekilde puanlandırılmıştır. Katılımcıların boyutlara ilişkin ortalama puanlarının algılanan yatkınlık için $5,43 \pm 1,28$; algılanan ciddiyet için $5,88 \pm 0,94$; ödüller için $2,67 \pm 1,51$; cevap etkinliği için $4,40 \pm 1,35$; öz-yeterlik için $6,32 \pm 1,01$; cevap maliyeti için $3,03 \pm 1,75$; aşı olma motivasyonu için $6,44 \pm 1,32$ olduğu bildirilmiştir. Çalışmada ödüller ile cevap maliyeti boyutlarının ortalama puanları ölçek ortalamasının altında olup diğer tüm puanlar ölçek ortalaması üzerindedir. Ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut aşı olma motivasyonu, ortalaması en düşük olan boyut ise bu tez çalışmasında olduğu gibi ödüller boyutudur. Katılımcıların öz-yeterlik ve korunma motivasyonu puanlarının bu çalışmaya göre daha yüksek; cevap etkinliği puanının bu çalışmaya göre daha düşük görülmektedir. Ödüller ve cevap maliyeti puanları ise bu çalışmayla oldukça yakın değerlerdir. Buna göre katılımcıların korunma motivasyonlarının bu tez çalışmasındaki katılımcı sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Algılanan tehdit (yatkınlık ve ciddiyet) puanı ise bu çalışmadaki puan ile birbirine oldukça yakın bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %60,3’ü kadın, %11’i izolasyon süreci yaşamış, %3,2’si COVID-19 geçirmiş, %94’ü COVID-19 aşısı yaptırmış olup yaş ortalamaları $55,61 \pm 4,12$ ’dir. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında bu tez çalışmasındaki algılanan tehdit puanının genel olarak daha yüksek olduğu; algılanan cevap maliyetinin ve ödüllerin ise çoğu çalışmada en düşük puana sahip boyutlar olduğu görülmektedir. Aslında, viral salgınlarda algılanan tehdidin bireylerin korunma davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu; algılanan tehdidin bireylerde korunma motivasyonunu tetikleme etkisinin ülkelere, kültürlere ve sağlık sisteminin pandemiye ilişkin politikalarına göre değişkenlik gösterebileceği düşünülmektedir. Yüzyılda bir meydana gelen böylesine ölümcül bir pandemide bireylerin bilişsel olarak hastalığın ciddiyeti ve hastalığa karşı yatkınlıklarına göre korunma motivasyonu edinmesinin oldukça doğal olduğu düşünülmektedir. Vacondio ve diğerleri (2021) çalışmalarında daha yüksek algılanan tehdiye sahip bireylerin kendini COVID-19’dan koruma davranışlarını daha fazla sergileyeceğini vurgulamışlardır. Bu tez çalışmasında, literatürde yer alan çalışmalarda da olduğu gibi algılanan cevap maliyetinin ve ödüllerin düşük olması sağlık çalışanlarının COVID-19’a karşı korunma motivasyonunu artıran, koruyucu davranışları gerçekleştirmede daha az sosyal ve fiziksel engel hissetmesi anlamına gelmektedir.

Bu araştırmanın temel değişkenlerinden olan algılanan sosyal destek ve tükenmişlik puanlarının elde edildiği ÇBASDÖ ve MTÖ Ölçeklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması yapılmıştır. Sırasıyla ölçeklere ilişkin güvenirlik analizi sonuçlarının ve ölçek puanlarının literatürdeki benzer çalışmalar ile karşılaştırılmasına ve tartışmalara yer verilmiştir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sosyal destek algılarını ölçmek için Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilen ve Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ‘MSPSS’ kullanılmıştır. Ölçek hem orijinal versiyonu hem de Türkçe versiyonunda birden yediye kadar (1:kesinlikle hayır, 7:kesinlikle evet) puanlandırılmıştır. Bu çalışmada da orijinal ölçekte olduğu gibi puanlandırma yapılmıştır. Zimet ve diğerlerinin (1988) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini geliştirdikleri çalışmalarında ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak elde edilmiştir. Aynı çalışmada boyutlar için Cronbach alfa katsayısı, özel insan boyutu için 0,91; aile boyutu için 0,87 ve arkadaş boyutu için 0,85 olarak elde edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Eker ve diğerleri (2001) tarafından gözden geçirilmiş formunun psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmada, ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olup bu değer özel insan boyutu için 0,92; aile boyutu için 0,85 ve arkadaş boyutu için 0,88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı ölçeğin geneli için 0,96; özel insan boyutu için 0,94; aile boyutu için 0,95 ve arkadaş boyutu için 0,96 olarak elde edilmiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek puanı $4,77 \pm 1,64$ olarak tespit edilmiştir. Aile sosyal desteği puanı $5,05 \pm 1,81$, arkadaş sosyal desteği puanı $4,86 \pm 1,72$ ve özel insan sosyal desteği puanı $4,39 \pm 1,92$ olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada elde edilen sosyal destek puanlarının tümü ölçek ortalamasının üzerindedir. Ancak fiziksel sağlığını koruma davranışları gerçekleştirilmeyen sağlık çalışanları grubu için toplam sosyal destek, aile sosyal desteği, arkadaş sosyal desteği ve özel insan sosyal desteği puanları (sırasıyla $3,65 \pm 1,97$; $3,68 \pm 2,08$; $3,52 \pm 2,13$ ve $3,75 \pm 1,89$) ölçek ortalamasına oldukça yakın ve genele göre düşük bulunmuştur. Ölçeğin boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut aile sosyal desteği boyutu iken, ortalaması en düşük boyut özel insan sosyal desteği boyutudur. Yılmaz ve diğerlerinin (2022) Türkiye’de üçüncü basamak bir hastanede COVID-19 pandemisi döneminde yapmış olduğu çalışmada Zimet ve diğerleri

(1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmaya hekim, hemşire, acil sağlık teknisyenleri, sağlık teknisyenleri ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan 448 kişi katılmıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarının toplam sosyal destek puanı $70,90 \pm 14,56$; aile sosyal desteği puanı $25,07 \pm 4,78$; arkadaş sosyal desteği puanı $22,57 \pm 6,01$; özel insan sosyal desteği puanı $23,27 \pm 6,94$ olarak bildirilmiştir (Yılmaz vd., 2022: 58). Çalışmada verilen puanların boyutlara ilişkin toplam puanlar olduğu göz önüne alındığında göreceli olarak bu tez çalışmasındaki puanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak Yılmaz ve diğerlerinin (2022) çalışmasında hekim (%12,5) ve hemşire (%16,7) yüzdesi bu çalışmaya göre düşük olup katılımcıların %51,1'inin temizlik personelinde bulunduğu bildirilmiştir. Sosyal destek algısındaki farklılığın her iki çalışmadaki profesyonel sağlık çalışanı sayısının farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Zhan ve diğerlerinin (2022) Şubat-Mart 2020 döneminde Çin'de yapmış oldukları çalışmaya COVID-19 pandemisinde ön saflarda çalışmış olan 201 hekim ve hemşire katılmıştır. Çalışmada Xiao (1994) tarafından geliştirilmiş olan Sosyal Destek Oranı Ölçeği kullanılmıştır. Üç boyutta (öznel sosyal destek, nesnel sosyal destek, destekten yararlanma) ve 10 madde ile değerlendirilen ölçeğin toplam sosyal destek puanı 12-66 aralığında değerlendirilmiştir. Çalışmada toplam sosyal destek puanları $37,17 \pm 7,54$ olup bu çalışmaya göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının, bu çalışmadaki sağlık çalışanları gibi çoğunluğun kadın (%74,6), 40 yaş altı (%80,1) ve hemşire (%63,2) olduğu görülmüştür. Schug ve diğerlerinin (2021) Nisan ve Temmuz 2020 döneminde Almanya'da yapmış oldukları çalışmaya 7.765 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmada Kendel ve diğerleri (2011) tarafından geliştirilen ENRICHD Social Support Inventory (ESSI) Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarının sosyal destek puanını $20,74 \pm 3,84$ olarak tespit etmişlerdir. Ancak Schug ve diğerlerinin (2021) çalışmasında ölçeğin birden beşe kadar (1:hiçbir zaman, 5:her zaman) puanlandırıldığı ve ölçeğin 5 maddeden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda göreceli olarak bu çalışmadaki ortalamaya ($4,77 \pm 1,64$) göre yüksek olduğu görülmektedir (Schug vd., 2021, s.18). Xiao ve diğerlerinin (2020b) Ocak-Şubat 2020 döneminde Çin'in Wuhan şehrinde yapmış oldukları çalışmaya COVID-19 servisinde görev yapan 180 hekim ve hemşire katılmıştır. Çalışmada Zhan ve diğerlerinin (2022) çalışmasında olduğu gibi Xiao (1994) tarafından geliştirilmiş olan Sosyal Destek Oranı Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada toplam sosyal destek puanları $34,17 \pm 10,26$ olup bu çalışmaya göre düşük

olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının, bu çalışmadaki sağlık çalışanları gibi çoğunluğun kadın (%71,7) ve hemşire (%54,4) olduğu görülmüştür. Bu tez çalışması ve incelenen çalışmalardaki sosyal destek puanları karşılaştırıldığında, sağlık çalışanlarının sosyal destek puanlarının çalışmanın yapıldığı döneme ve ülkelere göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ölçmek için Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği 'MBI' kullanılmıştır. Ölçek, Türkçe versiyonunda sıfırdan dörde kadar (0: hiçbir zaman, 4: her zaman) puanlandırılmıştır. Bu çalışmada ise farklı olarak birden beşe kadar (1: hiçbir zaman, 5: her zaman) puanlandırılmıştır. Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı duygusal tükenmişlik boyutu için 0,88; duyarsızlaşma boyutu için 0,75 ve kişisel başarı boyutu için 0,74 olarak elde edilmiştir. Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach alfa katsayıları ise duygusal tükenmişlik için 0.83; duyarsızlaşma için 0.72 ve kişisel başarı için 0.67 olarak elde edilmiştir. Yapılan bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayıları duygusal tükenme boyutu için 0,94; duyarsızlaşma boyutu için 0,85 ve kişisel başarı boyutu için 0,86 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanı $2,80 \pm 0,63$ olarak tespit edilmiştir. Duygusal Tükenme puanı $3,13 \pm 1,00$, duyarsızlaşma puanı $2,49 \pm 1,11$ ve düşük kişisel başarı puanı $2,56 \pm 0,73$ (kişisel başarı puanı $3,44 \pm 0,73$) olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada elde edilen tükenmişlik puanlarından duygusal tükenme ve kişisel başarı boyutlarına ilişkin puanlar ölçek ortalamasının altındadır. Ölçekte ortalaması en düşük olan boyut duyarsızlaşma boyutudur. Jalili ve diğerlerinin (2021) İran'ın Tahran şehrinde 6 hastanede yapmış olduğu çalışmada Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve Moalemi ve diğerleri (2018) tarafından Pers diline uyarlanmış olan The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) kullanılmıştır. Çalışmaya hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan 615 kişi katılmıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik puanı $64,2 \pm 7,7$; duygusal tükenme puanı $26,6 \pm 7,4$; duyarsızlaşma puanı $10,2 \pm 2,2$ ve kişisel başarı puanı $27,3 \pm 3,9$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmadaki ölçeğin 5'li Likert ölçek olduğu (0: hiçbir zaman, 4: her zaman) göz önünde bulundurulduğunda, toplam tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarının bu

çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Jalili ve diğerlerinin (2021) çalışmasında toplam tükenmişlik ve tüm boyutlara ilişkin puanlar ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Bu çalışmada ise yalnızca duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Her iki çalışmada da ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan boyut kişisel başarı boyutudur. Sağlık çalışanlarının, bu çalışmadaki sağlık çalışanlarına benzer olarak çoğunluğun kadın (%65,5), hemşire (%48,8), yaş ortalamasının $34\pm 7,8$ ve çalışma deneyiminin $8,8\pm 6,7$ olduğu görülmüştür. Akalın ve Modanlıoğlu'nun (2021) Mayıs 2020 döneminde Türkiye'de İstanbul İlinde yapmış oldukları çalışmaya yoğun bakımda görev yapan 122 hekim, hemşire ve sağlık teknikerleri katılmıştır. Çalışmada sağlık çalışanlarının toplam tükenmişlik puanı $46,08\pm 12,8$; duygusal tükenme puanı $19,05\pm 8,56$; duyarsızlaşma puanı $6,13\pm 4,83$ ve düşük kişisel başarı puanı $20,89\pm 5,60$ olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin sıfırdan dörde (0: hiçbir zaman, 4: her zaman) puanlandırıldığı göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada toplam tükenmişlik ve düşük kişisel başarı puanlarının daha düşük, duyarsızlaşma puanının daha yüksek ve duygusal tükenme puanının neredeyse aynı olduğu anlaşılmaktadır. Akalın ve Modanlıoğlu'nun (2021) çalışmasında duyarsızlaşma puanı ölçek ortalamasının altındayken, bu çalışmada duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları ölçek ortalamasının altında bulunmuştur. Akalın ve Modanlıoğlu'nun (2021) çalışmasında ölçek boyutlarından ortalaması en yüksek olan düşük kişisel başarı boyutu iken, bu çalışmada ise duygusal tükenme boyutudur. Alper Ay ve İçen'in (2021) Mart-Haziran 2021 döneminde Türkiye'de Adana ilinde yapmış oldukları çalışmaya yoğun bakımda görev yapan 384 hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanları katılmıştır. Çalışmada Pines ve Aronsan (1988) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlama çalışması Çapri (2006) tarafından gerçekleştirilen Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek duygusal tükenme, zihinsel tükenme ve fiziksel tükenme boyutlarını içermekte olup birden yediye (1: hiçbir zaman, 7: her zaman) puanlandırılmıştır. Çalışmada toplam tükenmişlik puanı $4,63\pm 1,7$ olarak tespit edilmiş olup bu çalışmadaki sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanından daha yüksek bulunmuştur. Alper Ay ve İçen'in (2021) çalışmasında hekimlerin (4,87), hemşire ve ebelerin (4,83) toplam tükenmişlik puanlarının diğer sağlık çalışanlarından (4,15) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da hekimlerin (2,93) ve hemşirelerin (2,80) tükenmişlik puanları diğer sağlık çalışanlarından (2,51) daha yüksek bulunmuştur. Ancak

bu çalışmada mesleklere göre tükenmişlik puanları ölçek ortalamasının altında olup İçeren ve Ay'ın (2021) çalışmasında ölçek ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Jang ve diğerlerinin (2021) Mayıs 2020 döneminde Güney Kore'de Gyeonggi şehrinde yapmış oldukları çalışmaya 19 hastaneden 1068 hekim, hemşire ve sağlık memurları katılmıştır. Çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin yalnızca duygusal tükenme boyutu kullanılmış olup sıfırdan altıya (0: hiçbir zaman, 6: her zaman) puanlandırılmıştır. Çalışmada duygusal tükenme puanı $30,8 \pm 12,5$ olarak tespit edilmiş olup bu çalışmadaki sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanından daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Peng ve diğerlerinin (2023) Mayıs-Haziran 2022 döneminde Çin'in Jiangsu şehrinde birinci basamak sağlık hizmeti sunulan 5 hastanede yaptıkları çalışmaya 270 hekim ve hemşire katılmıştır. Çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin 16 maddeden oluşan 'General Survey (MBI-GS)' versiyonu kullanılmış olup sıfırdan dörde (0: hiçbir zaman, 4: çok sık) puanlandırılmıştır. Duygusal tükenme boyutu 5 madde, duyarsızlaşma boyutu 5 madde ve kişisel başarı boyutu 6 maddeden oluşmaktadır. Çalışmada toplam tükenmişlik puanı $30,16 \pm 10,99$; duygusal tükenme puanı $9,88 \pm 3,84$; duyarsızlaşma puanı $11,99 \pm 5,68$ ve kişisel başarı puanı $8,29 \pm 5,18$ olarak tespit edilmiştir. Peng ve diğerlerinin (2023) çalışmasında duyarsızlaşma puanı bu çalışmaya göre daha yüksek; duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları daha düşük; toplam tükenmişlik puanlarının ise hemen hemen aynı olduğu görülmektedir. Çalışmada toplam tükenmişlik, duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları ölçek ortalamasının altında; duyarsızlaşma puanı ölçek ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Bu çalışmada ise toplam tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları ölçek ortalamasının altında olup duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanları ise ölçek ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Bu tez çalışması ve incelenen çalışmalardaki tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında, sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanlarının çalışmanın yapıldığı döneme ve ülkelere göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmanın araştırma modelini oluşturan temel model, Rogers (1975) tarafından geliştirilen ve Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) tarafından revize edilen KMT modelidir. Çalışmanın araştırma modeli, KMT modeline algılanan sosyal destek ve tükenmişlik değişkenlerinin entegre edilmesiyle oluşturulmuştur. Bu çalışmada sosyal destek ve öz-yeterlik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,232$; $p<0,01$); tükenmişlik

ve öz-yeterlik arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0,193$; $p<0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Literatürde algılanan sosyal destek ve tükenmişliği, bireyin öz-yeterliği ile ilişkilendiren birçok çalışmaya rastlanmıştır. Bellemans ve diğerleri (2023) Belçika’da yaptıkları çalışmada COVID-19 döneminde okul müdürlerinin öz-yeterliğinin tükenmişlik ve tükenmişliğin 3 boyutu arasında aracılık etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ozer (2023) Danimarka’da COVID-19 kısıtlamalarının olduğu dönemde 204 öğrenci ile yaptığı çalışmada aile sosyal desteği ve arkadaş sosyal desteği ile öz-yeterlik arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunduğunu tespit etmiştir ($r_1=0,23$; $r_2=0,38$; $p<0,01$). Matos ve diğerleri (2022) Brezilya’da 78 üniversiteden 1.709 öğretim üyesinin katıldığı çalışmalarında yaptıkları yapısal eşitlik modellemesi yol analizi tahminleri sonucunda öz-yeterliğin, tükenmişliğin boyutlarından olan kişisel başarı üzerinde pozitif yönlü doğrudan etkisi ($\beta_1=0,26$; $p<0,001$), duyarsızlaşma ve duygusal tükenme üzerinde ise negatif yönlü dolaylı etkisi ($\beta_2=-0,19$, $\beta_3=-0,34$; $p<0,001$) olduğunu tespit etmiştir. Molero ve diğerleri (2018) İspanya’da 1.307 hemşirenin katıldığı çalışmalarında öz-yeterlik ile tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur ($r=-0,19$; $p<0,001$). Wang ve diğerleri (2015) Çin’in Binzhou şehrinde 140 kadın psikiyatrist hekim üzerinde yaptıkları çalışmalarında öz-yeterlik ile sosyal destek arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir ($r=0,36$; $p<0,01$). Ayrıca, Maslach ve Goldberg (1998) çalışmalarında tükenmişliğin boyutlarından olan düşük kişisel başarı hissini algılanan öz-yeterlikte düşüşe neden olduğunu, sosyal destek eksikliğinin de algılanan öz-yeterlikteki düşüşü artırabileceğini vurgulamıştır. Literatürdeki bu bulgular, öz-yeterliğin sosyal destek ve tükenmişlik arasındaki ilişkisini desteklemiştir. Bu çalışma yapıldığı sırada KMT boyutları ile sosyal destek ve tükenmişliği birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak korunma davranışları ile sosyal destek ve tükenmişlik arasında ilişki bulunduğunu vurgulayan çalışmalar vardır. Fontes ve diğerleri (2022) Portekiz ve Brezilya’dan 1.085 kişinin katıldığı çalışmalarında sosyal desteğin sağlığı koruyucu davranış niyetlerinin pozitif yönlü bir tahmin edicisi olduğunu ($\beta=0,13$; $0,01$) ortaya koyarak sosyal desteğin sağlığı koruyucu davranışların benimsenmesindeki olumlu etkisini vurgulamıştır. Bu tez çalışmasında ise modelin genel örneklem için tahmininde sosyal destek ile korunma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($r=0,096$; $p>0,05$). Ancak literatürdeki bulgular doğrultusunda, sosyal desteğin öz-yeterliğin aracılık etkisi ile korunma motivasyonuna dolaylı olarak etki

edebileceği düşünülerek modele eklenmiştir. Czeisler ve diğerleri (2023) 6-27 Aralık 2020 döneminde ABD’de 18 yaş ve üzeri 5.208 kişinin katıldığı çalışmalarında tükenmişliğin pandemide sağlığı koruyucu davranışları gerçekleştirilmeme niyetlerini artırdığını tespit etmiştir (Odds Oranları(ORs)=1,29-2,2; $p<0,001$). Bu çalışmada tükenmişlik ile korunma motivasyonu arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,149$; $p<0,01$). Böylece tükenmişliğin de öz-yeterliğin aracılık etkisi ile korunma motivasyonuna dolaylı olarak etki edebileceği düşünülmüş ve modele eklenmiştir. Bahsedilen bulguların ve ilgili literatürün, bu çalışmanın kurgulanan araştırma modelini destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür.

Çalışmanın araştırma modelinin tahmin edilmesi sırasında yapılan iyileştirmeler (modifikasyonlar) sırasında, modelde öz-yeterlikten cevap etkinliğine, algılanan tehditten cevap etkinliğine ve algılanan tehditten öz-yeterliğe ‘doğrudan etkiler’ eklenmiştir. İyileştirme indeksleri incelenirken, literatür tarafından da desteklenen uygun iyileştirmelerin yapılmasına dikkat edilmiştir. Lin ve diğerleri (2022) çalışmalarında cevap etkinliğini öz-yeterlik ile başa çıkma değerlendirmesi arasında aracı değişken olarak, Zhang ve diğerleri (2022) ise öz-yeterlik ve cevap etkinliğini algılanan tehdit ile anksiyete arasında aracı değişken olarak ele almıştır. Luo ve Mou (2022) çalışmalarında hastalığa ilişkin algılanan tehdidin mobil sağlık uygulamalarını devamlı kullanma niyeti (korunma motivasyonu) üzerindeki aracılık etkisinin tamamen başa çıkma değerlendirmesi yoluyla (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) gerçekleştiğini bulmuştur. Böylece literatürde araştırma modeline eklenen bu etkileri destekleyen çalışmalar bulunduğu anlaşılmıştır.

Bu çalışmada AFPB-CO-TR ölçeğinin boyutları arasındaki ilişkiler sırasıyla literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır. AFPB-CO-TR Ölçeğinde yer alan davranışsal cevaplar ve korunma motivasyonu boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,540$; $p<0,01$). Yani sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını gerçekleştirmesi ile korunma motivasyonları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Al-Dossary (2021) de yapmış olduğu çalışmada COVID-19’dan korunma davranışları ile korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki olduğu tespit etmiştir ($r=0,600$; $p<0,001$). Faryabi ve diğerlerinin (2023)

çalışmasında da korunma davranışı ile korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,503$; $p<0,01$). Literatürdeki bu çalışmalar korunma davranışları ile korunma motivasyonları arasındaki ilişkiyi hem yönü hem de gücü bakımından desteklemektedir. Bu çalışmada algılanan cevap etkinliği ve korunma motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,554$; $p<0,01$). Başka bir deyişle, algılanan cevap etkinliği ile korunma motivasyonları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Ezati Rad ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da benzer şekilde iki değişken arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,509$; $p<0,01$). Al-Dossary (2021) çalışmasında da algılanan cevap etkinliği ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=0,570$; $p<0,001$). Bu iki çalışmayla karşılaştırıldığında, bu çalışmanın ilişkinin yönü ve gücü bakımından benzer sonuçlar verdiği ve çalışmaların birbirlerini desteklediği söylenebilir. Bu çalışmada algılanan öz-yeterlik ve korunma motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,551$; $p<0,01$). Başka bir deyişle, algılanan öz-yeterlik ile korunma motivasyonları arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Faryabi ve diğerlerinin (2023) çalışmasında bu iki değişken arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=0,247$; $p<0,01$). Bashirian ve diğerlerinin (2020) çalışmasında ise bu iki değişken arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=0,370$; $p<0,001$). Morowatisharifabad ve diğerlerinin (2018) Tip-2 diyabetten korunma davranışları üzerine yaptıkları çalışmada ise algılanan öz-yeterlik ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü çok güçlü düzeyde bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=0,716$; $p<0,01$). Literatürdeki çalışmalar birbirini desteklemektedir, ancak ilişkinin gücü bakımından farklılıklar olduğu söylenebilir. Bu çalışmada algılanan cevap maliyeti ve korunma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,048$; $p>0,05$). Sotoudeh ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da benzer şekilde iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0,080$; $p>0,05$). Faryabi ve diğerlerinin (2023) çalışmasında ise algılanan cevap maliyeti ve korunma motivasyonu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0,139$ $p<0,01$). Al-Rasheed (2020) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde bu iki değişken arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,154$ $p<0,01$). Ezati Rad ve diğerlerinin (2021) çalışmasında ise iki değişken arasında çok zayıf

düzeyde ancak negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir ($r=-0,076$; $p<0,01$). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde algılanan cevap maliyeti ve korunma motivasyonu arasındaki ilişkinin yönü ve gücü bakımından birbirine yakın sonuçlar elde edildiği söylenebilir. Bu sonuçlar KMT teorisi ile tutarlı olup cevap maliyetinin düşük olması bireylerin korunma motivasyonu kazanmasında başa çıkma değerlendirmesi sürecinin daha etkili olacağı; bireylerin korunma davranışlarını seçme olasılığının artacağı anlamına gelmektedir. Bu tez çalışmasında algılanan cevap maliyeti ile korunma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişkisinin olmaması, sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını gerçekleştirmede herhangi bir engel ve zorluk algılamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada ödüller ve korunma motivasyonu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=-0,278$; $p<0,01$). Al-Rasheed'in (2020) çalışmasında bu çalışmada da içsel ödüller ve dışsal ödüller ile korunma motivasyonu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($r=-0,176$, $-0,163$; $p<0,01$). Faryabi ve diğerleri (2023) de iki değişken arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki bulmuştur ($r=-0,140$; $p<0,01$). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, bu tez çalışmasındaki korunma motivasyonu ve ödüller arasındaki ilişkinin yönü ve gücü bakımından desteklediği görülmektedir. Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) çalışmalarında ödüller ve algılanan cevap maliyetindeki azalmanın korunma motivasyonunu artıracaklarını, bu tutumun rasyonel sağlık davranışı olduğunu belirtmiştir. Rudi (2023) çalışmasında ödüllerin tehlikeye yönelik korunma davranışına doğrudan motive etmese de bireye kendini iyi hissettireceğini, bunun da korunma motivasyonunu geliştireceğini desteklemiştir. Bu çalışmada algılanan tehdit ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=0,234$; $p<0,01$); algılanan tehdit ve korku arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,371$; $p<0,01$); korku ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,402$; $p<0,01$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sotoudeh ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da algılanan tehdit ve korunma motivasyonu arasında ($r=0,179$; $p<0,05$), algılanan tehdit ve korku arasında ($r=0,190$; $p<0,05$) ve korku ve korunma motivasyonu arasında ($r=0,248$; $p<0,01$) pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Faryabi ve diğerlerinin (2023) çalışmasında yine benzer olarak bu üç değişkenin birbirleriyle pozitif yönlü zayıf ve orta ilişkili bulunduğu tespit edilmiştir.

($r=0,283-0,424$; $p<0,01$). Bu sonuçlar algılanan tehdit, korku ve korunma motivasyonu arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğunu desteklemektedir.

Bu çalışmanın araştırma modelinin tahmin edilmesinden önce araştırma modelinin dayandığı temel KMT modeli tahmin edilmiştir. KMT modelinin tahmin sonuçlarında uyum indeksleri arzu edilen sınırlar içerisinde, göreceli ki-kare değeri ise kabul edilen sınır değerlerinin dışında bulunmuştur ($\chi^2/sd=3,65$). Marsh ve Hocevar (1988) çalışmalarında göreceli ki-kare değerinin 5'ten küçük olmasını "iyi-kabul edilebilir uyum" olarak değerlendirmiştir. Ancak, KMT modelinin standartlaştırılmış regresyon katsayıları incelendiğinde, algılanan cevap maliyetinin korunma motivasyonuna istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($\beta=-0,06$; $p>0,05$). Bu çalışmada yapılan ilişki analizleri sonucunda da algılanan cevap maliyeti ile korunma motivasyonu ve davranışsal cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r_1=0,048$, $r_2=0,066$; $p>0,05$). Bu nedenle algılanan cevap maliyetinin modelden çıkarılmasına karar verilmiştir. Yedi gözlemlenen değişken ile temel KMT modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Modeldeki etki değerleri ve değişkenler arasındaki korelasyonlar dikkate alındığında, araştırma bulgularının teoriye uygun olduğu anlaşılmıştır. Bunun ardından, KMT modeline tükenmişlik ve toplam sosyal destek gözlemlenen değişken olarak eklenerek araştırma modeli oluşturulmuştur. Araştırma modelinin birinci tahmin sonuçlarında önerilen iyileştirme indeksleri incelendiğinde, Lin ve diğerleri (2022), Zhang ve diğerlerinin (2022) ile Luo ve Mou'nun (2022) çalışmalarında da bulunan etkiler modele dahil edilerek iyileştirme yapılmıştır. İkinci kez tahmin edilen araştırma modelinin, tüm uyum indeksleri ve dokuz gözlemlenen değişkene ait regresyon katsayıları ile birlikte anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Böylece araştırma modelinde başa çıkma değerlendirme bileşenleri (algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik) aynı zamanda algılanan tehdit ile korunma motivasyonu arasında aracı değişken olarak rol almıştır. Luo ve Mou (2022) çalışmalarında, paralel ilişkiler olarak ele alınan tehdit ve başa çıkma değerlendirme süreçlerinin birbiriyle bağlantılı olarak ele alınması gerektiğini öne sürmüş, bireylerin hastalık tehdidi algısının, doğrudan koruyucu davranışı üstlenmek yerine öncelikle alınacak koruyucu davranışları değerlendirmelerini teşvik edeceğini ortaya koymuştur.

Araştırma modelinde yer alan gözlemlenen değişkenlerin etki değerleri literatürde yer alan benzer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır. Bu çalışmada korunma motivasyonunun davranışsal cevaplara pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,64$; $p<0,001$). Liu ve Jiang'ın (2023) Çin'de gerçekleştirdikleri çalışmalarında korunma motivasyonunun COVID-19'dan korunma davranışlarına pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu bildirilmiştir ($\beta=0,50$; $p<0,001$). Kim ve Crimmins'in (2020) ABD'de yaptıkları çalışmalarında 18-34 yaş arasındaki bireylerin korunma motivasyonlarının COVID-19'dan korunma davranışlarına pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu görülmüştür ($\beta=0,75$; $p<0,05$). Literatürdeki çalışmaların, bu çalışmanın sonuçlarını desteklediği görülmektedir. Bu çalışmada algılanan cevap etkinliğinin korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,29$; $p<0,001$). Al-Rasheed (2020) Kuveyt'te gerçekleştirdiği çalışmasında algılanan cevap etkinliğinin COVID-19'dan korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğunu bulmuştur ($\beta=0,29$; $p<0,01$). Li ve Sun (2021) da Çin'de gerçekleştirdikleri çalışmalarında benzer olarak algılanan cevap etkinliğinin aşı olma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğunu bulmuştur ($\beta=0,19$; $p<0,001$). Eberhardt ve diğerlerinin (2021) ise İngiltere'de yaptıkları çalışmada algılanan cevap etkinliğinin aşı olma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür ($\beta=-0,08$; $p>0,05$). Literatürdeki çalışmaların, bu çalışmaya benzer sonuçlar verdiği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada algılanan öz-yeterliğin korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi bulunduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,41$; $p<0,001$). Ansari-Moghaddam ve diğerlerinin (2021) İran'da yaptıkları çalışmada öz-yeterliğin aşı olma motivasyonu üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu ortaya koyulmuştur ($\beta=0,26$; $p<0,05$). Gallmeister (2021) da Hollanda'da yaptığı çalışmasında öz-yeterlik ile aşı olma motivasyonu arasında anlamlı etki tespit etmiştir ($\beta=0,84$; $p<0,01$). Literatürde yer alan çalışmaların benzer sonuçlar verdiği görülmekte olup etkinin gücü bakımından kısmen farklılıkların olabileceği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada ödüllerin korunma motivasyonuna negatif yönlü anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=-0,18$; $p<0,001$). Li ve Sun'ın (2021) Çin'de yaptıkları araştırmalarında içsel ve dışsal ödüllerin aşı olma motivasyonları üzerinde negatif yönlü anlamlı etkisi olduğu görülmüştür ($\beta_1=-0,09$, $\beta_2=-0,10$; $p<0,001$). Fischer-Preßler'in (2022) yaptığı çalışmada da ödüllerin korunma motivasyonu üzerinde negatif yönlü anlamlı etkisinin olduğu bildirilmiştir ($\beta=-0,145$; $p<0,01$). Liu ve Jiang'ın (2023) Çin'de

gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise ödüllerin korunma motivasyonuna anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymuştur ($\beta=-0,05$; $p>0,05$). Bu çalışmada, ödüllerin COVID-19'dan korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin literatürdeki çalışmalarla benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Floyd, Prentice-Dunn ve Rogers (2000) çalışmasında ödüllerin korunma motivasyonunu azaltacağı beklentisinin rasyonel olduğunu, ancak bu durumun ölçümlere, niyetlere ve durumlara göre değişiklik gösterebileceği sebebiyle bir kesinlik oluşturmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada algılanan tehdidin korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,19$; $p<0,05$). Griffin ve diğerlerinin (2022) çalışmasında benzer şekilde algılanan tehdidin aşı olma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,08$; $p<0,05$). Eberhardt ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da ciddiyet ve yatkınlığın (algılanan tehdidin) aşı olma motivasyonu üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu görülmüştür ($\beta=0,16-0,19$; $p<0,05$). Bu çalışmada algılanan tehdidin korkuya pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,44$; $p<0,001$). Liu ve diğerleri (2021) Tayvan'da yaptıkları çalışmada COVID-19 korkusunun hastalıktan korunma motivasyonu üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğunu tespit etmiştir ($\beta=0,53$; $p<0,001$). Bu çalışmada korkunun korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,35$; $p<0,001$). Huang ve diğerleri (2020) de Çin'de yaptıkları araştırmada COVID-19 korkusunun korunma motivasyonu üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğunu tespit etmiştir ($\beta=0,32$; $p<0,001$). Literatürde yapılan çalışmaların KMT'nin tehdit değerlendirilmesi sürecine ilişkin benzer sonuçlar sunduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada tükenmişliğin öz-yeterliğe negatif yönlü anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,21$; $p<0,001$). Modelin tüm örneklem ile yapılan tahmininde tükenmişliğin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir dolaylı etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta=-0,09$; $p>0,05$). Yine bu çalışmada sosyal desteğin öz-yeterliğe pozitif yönlü anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur ($\beta=0,12$; $p<0,05$). Tüm örneklem ile yapılan tahmininde sosyal desteğin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir dolaylı etkisi olmadığı görülmüştür ($\beta=0,05$; $p>0,05$). Bu çalışmanın araştırma modelindeki etki değerlerine ilişkin bulgular dikkate alındığında, araştırma modeline ilişkin oluşturulan bazı hipotezlerin ($H_{4(1)}$, $H_{5(1)}$) reddedildiği görülmüştür. Algılanan cevap maliyetinin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, tüm örneklem için yapılan genel model tahmininde ise tükenmişlik ve sosyal desteğin korunma motivasyonu

üzerinde anlamlı bir dolaylı etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Algılanan cevap maliyeti bu çalışmanın örnekleme ile yapılan yol analizi tahminlerinde korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etki oluşturmamıştır. Bu durumun algılanan cevap maliyeti puanlarının bireyler arasında anlamlı bir farklılık göstermiyor olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, model hem istatistiksel anlamlı bulunmuş hem de KMT teorisi ile tutarlı sonuçlar vermiştir.

Araştırmanın amaçlarından biri sağlık çalışanlarının korunma davranışlarına ilişkin izledikleri bilişsel sürecin, yani araştırma modelinin, sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre farklı sonuçlar gösterip göstermediğini ortaya koymaktır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının söz konusu özelliklerine göre tahmin edilmiş olan araştırma modeline ilişkin dikkat çekici sonuçlar sunulmuş, mevcut literatür ile karşılaştırılmış ve tartışılmıştır.

Bu çalışmada, araştırma modeli öncelikle sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre tahmin edilerek cinsiyetin KMT bileşenleri üzerindeki etkileri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Algılanan tehdidin korunma motivasyonuna toplam etkisi kadın ve erkek sağlık çalışanlarında yaklaşık olarak aynı bulunmuştur. Kadın sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve sosyal desteğin öz-yeterlik ile korunma motivasyonu üzerinde anlamlı etkisi varken, erkek sağlık çalışanlarında anlamlı bir etki tespit edilememiştir. Chen ve Lu (2021) ile Luo ve Mou'nun (2022) çalışmalarında olduğu gibi, bu çalışmada da algılanan tehdidin korunma motivasyonuna cevap etkinliği aracılığıyla etkisi erkeklerde daha yüksek; öz-yeterlik aracılığıyla etkisinin ise kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, kadınların koruyucu eylemlerinde öz-yeterliklerinden daha fazla yararlanma eğiliminde olduğunu ortaya koyan Verkijika'nın (2019) argümanlarıyla da uyumlu bulunmuştur. Erkekler cevap etkinliği ile korunma motivasyonunu artırmaktadır, yani korunma davranışını gerçekleştirmeleri durumunda hastalıktan korunacaklarının farkındalığı ile korunma motivasyonu kazanmaktadırlar. Kadınlar ise öz-yeterliklerine daha fazla dikkat ederek korunma motivasyonunda ve davranışlarında devamlılık geliştirmektedir, başka bir deyişle korunma davranışını gerçekleştirebilecek yeterliliklerinin farkındalığıyla korunma motivasyonu kazanmaktadır. Bu tez çalışmasında, Li ve Sun'ın (2021) çalışmasında olduğu gibi uyumsuz davranışları temsil

eden ödüllerin kadınların korunma motivasyonunu negatif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bu bulgu, ödüller boyutunun etkisinin KMT'nin diğer bileşenlerinden ağır basması durumunda kadın sağlık çalışanlarının kendini tehdiye karşı korumak yerine sosyal anlamda getirisi olduğunu düşündüğü eylemlere yöneleceği ve korunma motivasyonunun düşük olacağı anlamına gelmektedir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre tahmin edildiğinde, 40 yaş altı sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonlarını başa çıkma değerlendirme (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığı ile artırdığı görülmüştür. Kırk yaş ve üzeri sağlık çalışanlarında ise algılanan tehdidin korunma motivasyonlarını korku aracılığı ile artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarında ödüllerin korunma motivasyonunu azaltıcı etkisi 40 yaş altı sağlık çalışanlarından daha fazla bulunmuştur. Witte ve Allen (2000) genel olarak daha az risk altında olan gençlerin, hastalık tehdidiyle daha çok başa çıkma değerlendirme süreciyle mücadele etme eğiliminde olduğunu belirtmiştir. Öte yandan yaşı daha büyük olan bireyler medyadan aldıkları bilgiler nedeniyle daha çok tehdit değerlendirme süreciyle mücadele etme eğilimindedir (Van Bavel vd., 2020). Yaş ile ilgili dikkat çeken diğer bulgular, tükenmişliğin 40 yaş altı sağlık çalışanlarının öz-yeterliğini ve korunma motivasyonunu anlamlı şekilde azaltması; sosyal desteğin ise 40 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının öz-yeterliğini anlamlı şekilde artırmasıdır. Bunun nedeni olarak, De Maeyer'in (2019) çalışmasında vurguladığı gibi gençlerin tükenmişliğe daha yatkın olması, yaşı daha büyük olan yetişkinlerin ise yakın sosyal partnerlere daha çok sahip olması gösterilebilir. Bu çalışmada, 40 yaş altı sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarının davranışsal cevaplarına etkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının medeni durum değişkenine göre tahmin edildiğinde, korkunun korunma motivasyonuna etkisi bekâr sağlık çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur. Bekâr sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonuna başa çıkma değerlendirme (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığı ile etkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Algılanan tehdidin korunma motivasyonuna toplam etkisi bekâr sağlık çalışanlarında daha yüksek olup bu durumun algılanan tehdidin başa çıkma değerlendirmesine aracılık etmesinden kaynaklandığı

söylenbilir. Sosyal destek ve tükenmişlik evli sağlık çalışanlarının öz-yeterliğini ve korunma motivasyonunu anlamlı şekilde etkilemiştir. Ödüllerin, korunma motivasyonuna etkisi ise evli sağlık çalışanlarında negatif yönde daha yüksek bulunmuştur. Evli sağlık çalışanlarında korunma motivasyonunun davranışsal cevaplara etkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Toghanian ve diğerleri (2022) ile Ezati Rad ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da benzer olarak evli sağlık çalışanlarında korunma davranışları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre tahmin edildiğinde, lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarında korkunun korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının iki katından fazla olduğu bulunmuştur. Buna bağlı olarak da lise ve ön lisans mezunu olan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korku aracılığıyla korunma motivasyonu üzerindeki etkisi de daha yüksek tespit edilmiştir. Bununla birlikte lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarında uyumsuz davranışları temsil eden ödüllerdeki artış korunma motivasyonunu daha fazla azaltmıştır. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu kazanmasında başa çıkma değerlendirmesi süreci (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) daha fazla etkili olmuştur. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarında, öz-yeterliğin cevap etkinliği üzerindeki etkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlik ve sosyal desteğin, öz-yeterlik ve korunma motivasyonuna etkisi lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarında anlamlı bulunmuştur. Lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarının korunma motivasyonlarının davranışsal cevaplara etkisi lise ve ön lisans eğitim mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak lisans ve lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının COVID-19 servislerinde daha yoğun bir şekilde görev yapmaları sebebiyle tükenmişliğe daha fazla maruz kalmaları gösterilebilir. Pförtner ve diğerleri (2022) çalışmalarında görece yüksek eğitilmiş bireylerin daha düşük eğitilmiş bireylere göre korunma davranışlarına daha yüksek olasılıkla uyduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada lise ve ön lisans eğitim mezunu sağlık çalışanlarında korunma motivasyonunun korunma davranışları üzerindeki etkisinin daha yüksek olmasının korku boyutunun görece daha yüksek etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının tehdit değerlendirmesi aracılığıyla; lisans ve

lisansüstü eğitim mezunu sağlık çalışanlarının ise başa çıkma değerlendirmesi aracılığıyla korunma motivasyonu kazandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının meslek değişkenine göre tahmin edildiğinde, algılanan tehdidin diğer sağlık çalışanlarının cevap etkinliğini daha fazla artırdığı bulunmuştur. Algılanan öz-yeterlik cevap etkinliğini en fazla hemşirelerde etkilemiştir. Tükenmişlik ve sosyal destek öz-yeterlik ile korunma motivasyonunu yalnızca hemşirelerde anlamlı şekilde etkilemiştir. Hemşirelerde algılanan tehdidin korunma motivasyonuna etkisinin öz-yeterlik ve cevap etkinliği aracılığıyla olduğu, korkunun korunma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Hemşirelerin korunma motivasyonunu kazanmasında başa çıkma değerlendirmesi sürecinin (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) daha fazla etkili olduğu bulunmuştur. Korku ile en fazla korunma motivasyonu kazananlar, diğer sağlık çalışanları olarak tespit edilmiştir. Ödüllerin ise yalnızca hemşirelerin korunma motivasyonunu etkilediği görülmüştür. Tehdit değerlendirmesi sürecinden en az etkilenen grup, hemşireler olmuştur. Korunma motivasyonu korunma davranışlarını en fazla hemşirelerde artırmıştır. Arslanca ve diğerlerinin (2021) çalışmasında benzer şekilde hemşirelerin COVID-19'dan korunma davranışları puanının ($91,91 \pm 13,24$) uzman hekimlerin puanından ($79,43 \pm 21,76$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir ($p < 0,001$). Mortada ve diğerlerinin (2021) çalışmasında da kadın ve hemşire olmak ile COVID-19'dan korunma davranışlara uymak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p \leq 0,01$). Hemşirelerin daha fazla korunma motivasyonu kazanmaları ve daha fazla koruyucu davranış sergilemeleri sosyal ve cinsiyet normlarına atfedilebilir, çünkü kadın sağlık çalışanları birçok sosyal yükü birlikte üstlenmekte, aile üyelerinin bakımına ve sağlık müdahalelerine de öncülük etmektedir (Mortada vd., 2021: 690).

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının çalışma deneyimi değişkenine göre tahmin edildiğinde, algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki doğrudan etkisi yalnızca çalışma deneyimi 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarında anlamlı bulunmuştur. Korkunun korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin çalışma deneyimi 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak çalışma deneyimi 10 yıl ve üzeri olan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma

motivasyonu üzerindeki toplam etkisinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma deneyimi 10 yıldan az olan sağlık çalışanlarının başa çıkma değerlendirme sürecinin (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) korunma motivasyonuna etkisi daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen, 10 yıldan az çalışma deneyimi olan sağlık çalışanlarında ödüllerin korunma motivasyonu üzerindeki negatif etkisi anlamlı bulunmuştur. Tükenmişlik, çalışma deneyimi 10 yıldan az olan sağlık çalışanlarının öz-yeterliliğini ve korunma motivasyonunu anlamlı bir şekilde etkilemiştir. Sosyal destek ise çalışma deneyimi 10 yıldan fazla olan sağlık çalışanlarının öz-yeterliliğini ve korunma motivasyonunu anlamlı bir şekilde etkilemiştir. Çalışma deneyimine ilişkin bu bulguların, sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre yapılan model tahminine ilişkin bulgularla oldukça benzer olduğu ve ilgili yorumların çalışma deneyimi için de geçerli olabileceği anlaşılmaktadır.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı birey olup olmaması değişkenine göre tahmin edildiğinde, birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarında öz-yeterliliğin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisi daha yüksek bulunmuştur. Ödüllerin korunma motivasyonuna olan negatif etkisi de birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur. Algılanan tehdidin korunma motivasyonuna toplam etkisi birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarında daha yüksek tespit edilmiştir. Bu bulgular neticesinde, birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonuna ulaşmada tehdit değerlendirmesi sürecinden daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılabilir. Tükenmişlik ve sosyal destek, birlikte yaşadığı birey olan sağlık çalışanlarının öz-yeterliliği ve korunma motivasyonunu anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarında korunma motivasyonunun davranışsal cevaplara etkisi daha yüksek bulunmuştur. Hyun ve diğerleri (2022) ise çalışmalarında farklı olarak, yalnız yaşayanlardan ziyade aile üyeleriyle birlikte yaşayanların COVID-19'dan korunma davranışlarını daha fazla gerçekleştirildiğini ortaya koymuş, bunun nedeni olarak yalnız yaşayanların hastalığa karşı oldukça savunmasız olan çocukları veya yaşlı aile üyeleri için endişe etmediklerini belirtmiştir. Birlikte yaşadığı birey olmayan sağlık çalışanlarına ait bu bulguların, bekâr ve 40 yaş altı sağlık çalışanlarının bulguları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olup olmaması değişkenine göre tahmin edildiğinde, algılanan tehdidin başa çıkma değerlendirmesi (algılanan cevap etkinliği ve öz-yeterlik) aracılığıyla korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin çocuğu olmayan sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmüştür. Öz-yeterliğin cevap etkinliği üzerindeki etkisinin de çocuğu olan sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmüştür. Tükenmişlik ve sosyal desteğin algılanan öz-yeterlik ile korunma motivasyonu üzerindeki etkileri çocuğu olan sağlık çalışanlarında anlamlı bulunmuştur. COVID-19'dan korunmada algılanan tehdidin toplam etkisinden çocuğu olmayanlar çocuğu olanların iki katı etkilenmiştir. Bu bulgulara göre çocuğu olan sağlık çalışanlarının daha kararlı ve bilinçli olarak korunma davranışları sergilediği, çocuğu olmayan sağlık çalışanlarının ise algıladıkları tehdit ve korku ile motive oldukları söylenebilir. Sonuç olarak çocuğu olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu, korunma davranışlarını pozitif yönde daha fazla etkilemiştir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının COVID-19 servisinde çalışıp çalışmaması değişkenine göre tahmin edilmiştir. Bu çalışmada, algılanan tehdidin toplam etkisinin COVID-19 servisinde çalışanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin başa çıkma değerlendirmesi süreci (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığı ile korunma motivasyonuna pozitif yönlü anlamlı etkisi tespit edilmiştir. Uyumsuz davranışları simgeleyen ödüller, COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu etkilemezken, COVID-19 servisinde çalışmayanların korunma motivasyonunu anlamlı şekilde azaltmıştır. COVID-19 servisinde çalışmayanların çalışanlara göre, algıladığı tehdidin korku üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik ve sosyal desteğin öz-yeterlik ile korunma motivasyonu üzerindeki etkileri COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanları için anlamlı bulunmuştur. COVID-19 servisinde çalışanların korunma motivasyonu, korunma davranışlarını daha fazla artırmıştır. Model sağlık çalışanlarının hâlen COVID-19 servisinde çalışıp çalışmaması değişkenine göre tahmin edildiğinde COVID-19 servisinde hâlen çalışanlar için algılanan tehdit ve korkunun, korunma motivasyonu üzerindeki etkisi anlamsız bulunmuştur. COVID-19 servisinde hâlen çalışan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu davranışsal cevaplarını COVID-19 servisinde çalışmayanlara göre daha fazla artırmıştır. Bu sonuçlara göre COVID-19 servisinde

çalışan sağlık çalışanlarının hastalığa ilişkin algılanan tehdit ve korkudan ziyade, korunma motivasyonlarını başa çıkma değerlendirmesi yoluyla kazandıkları söylenebilir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu değişkenine göre tahmin edilmiştir. Bu çalışmada, genel sağlık durumu iyi olan sağlık çalışanları için ödüllerin korunma motivasyonu üzerinde anlamlı negatif etkisi bulunmuştur. Algılanan tehdidin korku üzerindeki etkisinin genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Algılanan tehdidin başa çıkma değerlendirmesi süreci aracılığıyla korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin genel sağlık durumu iyi olan sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık durumu iyi olan sağlık çalışanlarında tükenmişliğin öz-yeterlik ve korunma motivasyonu üzerindeki etkileri anlamlı iken, genel sağlık durumu kötü olanlarda sosyal desteğin öz-yeterlik ve korunma motivasyonu üzerindeki etkileri anlamlı bulunmuştur. Dikkat çekici bir bulgu olarak genel sağlık durumu kötü olan sağlık çalışanlarında korunma motivasyonunun COVID-19'dan korunma davranışlarını daha fazla etkilediği tespit edilmiştir. Genel sağlık durumu değişkenine göre sağlık çalışanlarının pandemide algıladığı tehdit ve korkunun korunma davranışlarını harekete geçirmede daha etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının kronik hastalığı olup olmaması değişkenine göre tahmin edildiğinde, kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında ödüllerin korunma motivasyonu üzerindeki negatif etkisi daha fazla bulunmuştur. Başka bir deyişle, ödüllerin etkisi baskın olduğunda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre koruyucu davranışları gerçekleştirme niyetleri daha düşük olacaktır. Kronik hastalığı olanlarda tükenmişliğin öz-yeterlik ve korunma motivasyonunu azaltıcı etkisinin de kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarında algılanan tehdit başa çıkma değerlendirmesi süreci (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığıyla korunma motivasyonunu anlamlı şekilde etkilemiştir. Bu bulgular sonucu, kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarının başa çıkma değerlendirmesi süreci ile hastalıktan korunmakta olduğu söylenebilir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olup olmaması değişkenine göre tahmin edildiğinde, ödüllerin, yalnızca birlikte yaşadığı bireyde kronik hastalık olmayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur. Bu bulgudan, sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireyler olması durumunda sosyal getirisi olan ancak bulaşı artırabilecek uyumsuz davranışlardan kaçındığı sonucuna ulaşılabilir. Birlikte yaşadığı bireyde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının cevap etkinliği öz-yeterlikten daha fazla etkilenmiştir. Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarında tükenmişliğin, öz-yeterlik ve korunma motivasyonunu daha fazla azalttığı tespit edilmiştir. Bu durumun, birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olan sağlık çalışanlarının üzerinde daha fazla sorumluluk ve bakım yükü hissetmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Birlikte yaşadığı bireyde kronik hastalık olmayan sağlık çalışanlarında korunma motivasyonunun davranışsal cevapları daha fazla etkilediği görülmüştür. Bu sonucun kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarının algıladıkları cevap etkinliğinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarının kronik hastalığı olanlara göre korunma davranışları sergilemesi neticesinde hastalıktan korunacaklarına dair inançlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarına COVID-19 bulaşıp bulaşmaması durumu değişkenine göre tahmin edildiğinde, kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarında korkunun korunma motivasyonuna doğrudan etkisinin ve aracılık etkisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak COVID-19 hastalığını geçiren sağlık çalışanlarının hastalığa ilişkin sürecin zorlukları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması gösterilebilir. Kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarında öz-yeterliğin algılanan cevap etkinliğine, cevap etkinliğinin korunma motivasyonuna etkisinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarında öz-yeterliğin korunma motivasyonu üzerindeki etkisi anlamsız bulunmuştur. Öz-yeterliğin etkisinin anlamsız olmasının, sağlık çalışanlarının daha önce COVID-19 hastalığı geçirmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında, algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki etkisi başa çıkma değerlendirmesi süreci (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığıyla olmuştur. Bu anlamlı aracılık etkisi sebebiyle kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarının korunma

motivasyonlarının korunma davranışlarına etkisinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında, ödüllerin korunma motivasyonunu anlamlı şekilde azalttığı görülmüştür. Kendine COVID-19 bulaşan sağlık çalışanları için ödüller korunma motivasyonlarını azaltacak bir risk faktörü olarak bulunmamıştır. Tükenmişliğin algılanan öz-yeterlik ve korunma motivasyonunu azaltıcı etkisinin, kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında anlamlı bulunması dikkat çeken bir sonuçtur. Korunma motivasyonunun davranışsal cevaplara etkisinin kendine COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak COVID-19 bulaşmamış sağlık çalışanlarının algılanan öz-yeterlik ve cevap etkinliklerinin tüm doğrudan ve aracılık etkilerinin anlamlı olması, yani başa çıkma değerlendirmesi sürecinin daha etkin olması gösterilebilir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşıp bulaşmaması durumu değişkenine göre tahmin edilmiştir. Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarında cevap etkinliği ve ödüllerin korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında öz-yeterliğin korunma motivasyonuna doğrudan etkisinin ve aracılık etkisinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve sosyal desteğin, öz-yeterlik ve korunma motivasyonuna etkisi anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşan sağlık çalışanlarında ödüllerin, birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmayan sağlık çalışanlarında ise tükenmişliğin korunma motivasyonu için bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının pandemide işe gidememe durumu değişkenine göre tahmin edildiğinde, pandemide işe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisi daha fazla bulunmuştur. Pandemide işe gidemeyen sağlık çalışanlarının kendisi veya birlikte yaşadığı bireylerin hastalanmış olması, kendisine veya birlikte yaşadığı bireye COVID-19 bulaşmış olması, izolasyon süreci yaşamış olması, bir yakını kaybetmiş olması ve benzeri zorlu durumlarla yüzleşmesi hastalığa karşı algılanan tehdidi artırmış olabilir.

Pandemide işe gidememe durumu olmayan sağlık çalışanlarında ödüllerin korunma motivasyonunu daha fazla azalttığı, buna karşın korunma motivasyonunun ise davranışsal cevapları daha fazla artırdığı tespit edilmiştir. Pandemide işe gidememe durumu olan, başka bir deyişle hastalık, yakınlarının ölümü ve izolasyon süreci deneyimleyen sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarının hastalığa karşı uyumsuz davranışları temsil eden ödüllerden etkilenmemesi ise arzu edilen bir bulgudur.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının pandemide izolasyon süreci yaşayıp yaşamama durumu değişkenine göre tahmin edildiğinde, yalnızca pandemide izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarında cevap etkinliğinin korunma motivasyonuna doğrudan etkisinin ve aracılık etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Pandemide izolasyon süreci yaşayan sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde pandemide işe gidememe durumu olan sağlık çalışanlarında da algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisi daha fazla bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının izolasyon sürecinde ailelerinden uzak kalmış olmalarının, hastalanarak büyük zorluklar ve sıkıntılar yaşamış olmalarının hastalığa karşı algıladıkları tehdidi artırdığı düşünülmektedir. Buna karşın, pandemide izolasyon süreci yaşamayan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarının korunma davranışlarını daha fazla etkilediği tespit edilmiştir.

Araştırma modeli sağlık çalışanlarının COVID-19 aşısı yaptırma durumu değişkenine göre tahmin edildiğinde, bu çalışmada aşı yaptıran sağlık çalışanlarında hem tehdit değerlendirmesi hem de başa çıkma değerlendirmesi süreçlerinin korunma motivasyonuna etkisi, aşı yaptırmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Algılanan tehdit ve korkunun korunma motivasyonu üzerindeki etkisi aşı yaptıran sağlık çalışanlarında anlamlı bulunmuştur. Tükenmişliğin ve sosyal desteğin öz-yeterlik ile korunma motivasyonu üzerindeki etkileri aşı yaptıran sağlık çalışanlarında anlamlı bulunmuştur. Dikkat çekici bir bulgu olarak uyumsuz davranışları temsil eden ödüllerin, aşı yaptıran sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarını anlamlı şekilde azalttığı tespit edilmiştir. COVID-19 aşısı yaptıran sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarının korunma davranışlarına etkisinin daha az olması, tükenmişlik ve ödüllerin aşı yaptıran sağlık çalışanlarında anlamlı bir risk faktörü olmasıyla açıklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde korunma davranışlarını sergilemek için gerekli olan korunma motivasyonlarını elde ederken bilişsel olarak nasıl bir yol izledikleri araştırılmıştır. Bunu araştırmak için öncelikle KMT'ye dayanan AFPB-CO Ölçeğinin Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiş, buna ilişkin izlenen süreç ve analizlere yer verilmiştir. Sağlık çalışanlarının pandemi döneminde hastalıktan korunmaları için önemli olduğu düşünülen tükenmişlik ve algılanan sosyal destek, korunma motivasyonu teorisi modeline entegre edilerek bu araştırmanın modeli oluşturulmuştur. Bu çalışmada AFPB-CO-TR, MTÖ ve ÇBASDÖ Ölçekleri olmak üzere toplamda üç ölçek kullanılmıştır. Çalışmanın değişkenlerine (algılanan cevap etkinliği, algılanan öz-yeterlik, algılanan cevap maliyeti, algılanan tehdit, korku, ödüller, korunma motivasyonu, davranışsal cevaplar, aile sosyal desteği, arkadaş sosyal desteği, özel insan sosyal desteği, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı) ilişkin tanımlayıcı istatistiklere ve aralarındaki ilişkilere yer verilerek diğer çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Daha sonra araştırma modelinin hem tüm örnekleme göre hem de sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklerine göre tahmin sonuçlarına yer verilmiştir. Bu tahminler sonucunda sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu ve pandemiye karşı davranışsal cevaplarına ilişkin süreç anlatılarak literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan AFPB-CO Ölçeği, psikometrik özellikler ve uyum kriterleri bakımından uygun ve kabul edilebilir bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum kriterlerinin bazılarının alt sınırın dışında, ancak sınıra oldukça yakın olduğu; ödüller boyutuna ilişkin Cronbach alfa katsayısının ise orijinal AFPB-CO Ölçeğine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak literatürdeki örnek çalışmalar ile bu sonuçların kabul edilebilir olduğu desteklenmiştir. Ayrıca AFPB-CO Ölçeğinin diğer güvenirlik kriterlerini sağlıyor olması sonucunda bu değerlerin tolere edilebilir olduğu düşünülmüştür. AFPB-CO Ölçeğinin diğer bulguları, İran'da geliştirilen orijinal versiyonunun bulgularına oldukça benzer bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulguların pandemi dönemi sonrasında yine sağlık

çalışanları üzerinde yapılacak araştırmalarda nasıl değişkenlik gösterdiği yeni çalışmalar yapılarak ortaya koyulabilir. Böylece elde edilecek olan bulgularla pandeminin ilave etkisi ve KMT modelinin pandemi dışında nasıl çalıştığı anlaşılabilir. Bu çalışmada bazı uyum kriterlerinin kabul edilebilirlik alt sınırına yakın bulunmasının ve ödüller boyutunun güvenilirlik katsayısının diğer boyutlardan göreceli olarak daha düşük olmasının, araştırmanın bir pandemi hastanesinde yapılmış olmasından veya cevaplama işlemi sırasındaki yanlılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda AFPB-CO Ölçeğinin Türkçe versiyonunun genel olarak orijinal versiyonu ile benzer faktör yapısı ve psikometrik özelliklere sahip olduğu ve ölçme aracı olarak kullanılması için uygun ve yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulgular literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Ancak literatürde sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını KMT teorisi ile inceleyen çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte Türkiye'de bu çalışmaya benzer başka bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca literatürde pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarını KMT teorisi ile inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu tez çalışmasının sonuçları ile karşılaştırılan çalışmalarda boyutların puanları, boyutlar arasındaki korelasyon ve etki değerleri sağlık çalışanlarının pandemi hastanesinde görev yapıp yapmamasına ya da COVID-19'lu hastalara hizmet verip vermemesine göre de değişkenlik gösterecektir. Bu nedenle, daha iyi bir değerlendirmenin yapılabilmesi için sağlık çalışanları üzerinde KMT teorisi ile yapılmış çalışmaların çoğaltılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Literatürdeki çalışmalarla yapılan karşılaştırmalarda bu çalışma ile benzerliklerin olduğu görülmüş, benzerliklerin özellikle bu çalışmadaki örneklemin sosyodemografik ve kültürel yapısına yakın örneklerle yapılan çalışmalarda daha da arttığı görülmüştür. Buna göre, COVID-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının KMT'nin boyutlarından genel olarak benzer şekilde etkilendiği söylenebilir. İncelenen çalışmalarda KMT boyutlarının puanları arasındaki farklılıkların çalışmaların yapıldığı evrenin kültürüyle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. ABD'de yapılan çalışmalar incelendiğinde bireylerin hem tehdit değerlendirmesi puanları hem de korunma motivasyonu ve korunma davranışına ilişkin puanları bu çalışmadan ve benzer kültürlere sahip ülkelerde yapılan çalışmalardan oldukça düşük bulunmuştur. Bu durum, pandeminin ciddiyetini anlama ve korunma

davranışı sergileme konusunda bireylerin daha dirençli ve özgür bir geleneğe sahip olduğunu göstermektedir. İngiltere ve Almanya’da yapılan çalışmalarda ise bireylerin korunma motivasyonlarına başa çıkma değerlendirmesi süreciyle ulaştığı, uyumsuz davranışları temsil eden ödülleri ve cevap maliyeti puanlarının ölçek ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Bu tez çalışmasında da ödülleri boyutu ölçek ortalamasının altındadır ve algılanan cevap maliyeti puanı ölçek ortalamasına oldukça yakındır. Bu sonuçlar, çalışmanın evrenini oluşturan sağlık çalışanlarının daha az uyumsuz (maladaptif) davranış sergilediğini göstermektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının algılanan tehdit puanının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Pandemi döneminde uygulanan politikaların bu hastalığın ölümle sonuçlanabilen bir “tehdit” olduğunu sıklıkla vurgulaması ve bu çalışmanın örneklemini pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının oluşturması tehdidin daha yüksek algılanmasına neden olabilir. Algılanan tehdidin göreceli olarak yüksek olması, COVID-19’un ciddi bir halk sağlığı riski olarak görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada, araştırma modelinin sosyodemografik ve COVID-19 pandemisine ilişkin özelliklere göre yapılan tahminlerinde algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin birçok tahmin sonucunda görece olarak yüksek bulunması, daha fazla araştırma yapılarak algılanan tehdidin sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin incelenmesi gerekliliğini göstermektedir. İleriki çalışmalara, sağlık çalışanlarının benzer özellikleri için KMT modeli tahmin sonuçlarını elde ederek algılanan tehdidin etkisinin tekrar incelenmesi ve bu çalışmanın sonuçları ile karşılaştırılması önerilmektedir. Sağlık çalışanları için algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki etkisinin daha çok doğrudan veya başa çıkma değerlendirmesi aracılığı ile gerçekleşmesi beklenir. Farklı bulaşıcı hastalıklar, pandemiler veya felâketler meydana geldiğinde, algılanan tehdidin sağlık çalışanlarının korunma motivasyonunu korku aracılığıyla etkileyip etkilemediği incelenmelidir. Çünkü sağlık çalışanlarının duyduğu kişisel korkunun anksiyete, depresyon ve tükenmişlik gibi risk faktörlerini tetikleyebileceği, hem kendi sağlıklarını hem de hizmet sunumunun kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada araştırma modelinin tahmini sonucunda elde edilen etki değerlerinin gücü incelendiğinde, araştırmanın evrenini oluşturan sağlık çalışanları için algılanan tehdit ve

öz-yeterliğin COVID-19'dan korunma motivasyonunun belirleyicileri olduğu, algılanan tehdidin sağlık çalışanlarının korunma motivasyonuna COVID-19 ile başa çıkma değerlendirme süreci (algılanan öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığı ile katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarının sağlığının teşviki ve pandemiden bireysel korunma motivasyonlarının artırılması çalışmalarında tehdit değerlendirme ve öz-yeterlik unsurlarına odaklanılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye'de pandemi döneminde sağlık bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının tehdit değerlendirme ve korku algılarına yönelik risk iletişimi stratejilerinin oluşturulmasının, daha geniş çapta politika yönelimlerine katkıda bulunabileceğini vurgulamıştır. Risk iletişimi riskin doğası, büyüklüğü, önemi ve kontrolü ile yönetimi hususunda ilgili paydaşlar arasındaki karşılıklı bilgi alışverişi sürecidir (Covello, 1997: 179). Sosyal ve bilişsel davranış modellerine ilişkin sonuçlar, sağlık ve risk iletişimi araştırmalarında sıklıkla dikkate alınmaktadır (Neuwirth vd., 2000). Turancı (2010) çalışmasında risk iletişiminin “yönetim” sürecinin önemli bir parçası olduğu bildirilmiştir. Böylece risk iletişiminin pandemi yönetiminde de önemli bir unsur olduğu söylenebilir. Pandemi döneminde uygulanan risk iletişimi stratejileri ile bireylerde korku ve panik yaratabilecek mesaj içeriklerinin doğru, etkili ve titiz bir çalışma ile oluşturulmasının algılanan tehdidin korunma motivasyonunu korku aracılığı yerine başa çıkma değerlendirme (öz-yeterlik ve cevap etkinliği) aracılığı ile artırabileceği düşünülmektedir. Narimani (2023) çalışmasında, mesajlarda tehdit ve öz-yeterlik unsurlarının dengeli sunulmasının bireyleri risk kontrolü ve tehlide yeterli bilgiyle tepki verme sürecine yönlendireceğini; bireylere yüksek düzeyde korku mesajlarının sunulmasının koruyucu davranışların benimsenmesinde caydırıcı olabileceğini vurgulamıştır. Pandemi hem sosyal hem de psikolojik anlamda büyük zorluk çeken sağlık çalışanlarının korku mesajları aracılığıyla korunma motivasyonu kazanması psikolojik olarak daha fazla zorluk çekmelerine neden olabileceğinden, sağlık çalışanları için risk iletişimi stratejilerinin ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın araştırma modeli sağlık çalışanlarının özelliklerine göre tahmin edildiğinde, kadın sağlık çalışanlarının korunma motivasyonuna erkeklere göre daha fazla uyumlu (adaptif) davranışlar sergileyerek ulaştıkları sonucuna varılmıştır. Kadın sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin öz-yeterlik aracılığı ile korunma motivasyonuna etkisi

erkek sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. Araştırma modelinin mesleklere göre tahmin edilmesinde, büyük çoğunluğu kadınlardan oluşan hemşireler için de benzer sonuçlar bulunmuştur. Algılanan tehdidin korunma motivasyonuna toplam etkisinin en az olduğu meslek grubunun hemşireler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadın, hemşire ve çalışma deneyimi 10 yıldan az olan sağlık çalışanlarında ödüllerin korunma motivasyonuna negatif yönlü anlamlı etkisi olduğu, buna karşın korunma motivasyonunun korunma davranışlarına etkisinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda kadın, hemşire ve 10 yıldan az çalışma deneyimi olan sağlık çalışanlarının kendileri için bir risk faktörü olan ödüllerden (sosyal getirisi olan riskli davranışlardan) feragat ederek korunma motivasyonlarına katkı sağladığı söylenebilir. Kadın sağlık çalışanları hem hastalarına hem de birlikte yaşadığı bireylere karşı bakım sağlama sorumluluğu taşıdığından, hastalıktan korunma davranışlarını gerçekleştirmede erkek sağlık çalışanlarına göre daha istekli olabilirler. Ancak bu tez çalışmasında tükenmişliğin kadın sağlık çalışanlarının öz-yeterliğini anlamlı şekilde etkileyen bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Kadın sağlık çalışanları, çalışma hayatında bu risk faktörünü tetikleyebilecek birçok faktörle karşı karşıyadır. Hennein ve diğerlerinin (2023) COVID-19 döneminde yaptıkları çalışmada ABD’li kadın sağlık çalışanlarının cinsiyete dayalı iş yükü, aile üyelerinin annelik beklentileri, nesneleştirme ve mesleki ilerlemede eşit olmayan fırsatlardan muzdarip olduğu bildirilmiştir. Bu perspektiften bakıldığında, sağlık çalışanları arasında cinsiyet eşitliğini sağlayacak programlara yer verilmesi, sağlık bakım hizmeti verenlerin büyük çoğunluğunu oluşturan kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve diğer risk faktörlerinden korunmasını sağlayacak çalışmaların yapılması önerilebilir.

Lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarında korunma motivasyonu, algılanan tehdidin cevap etkinliği ve öz-yeterlik üzerindeki etkileri aracılığı ile artarken; lise ve ön lisans eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarında korunma motivasyonu, algılanan tehdidin korku üzerindeki etkisi aracılığı ile artmıştır. Lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarında algılanan tehdidin korunma motivasyonu üzerindeki toplam etkisi daha fazla olup korunma motivasyonları koruyucu davranışlarını lisans ve lisansüstü eğitim mezunlarına göre daha fazla etkilemiştir. Yani algılanan tehdidin korunma motivasyonuna etkisinin yüksek olduğu gruplarda, korunma motivasyonunun koruyucu davranışlara etkisi de yüksek bulunmuştur. Benzer bulgulara yaş, cinsiyet, meslek, çocuk

sahibi olup olmama, COVID-19 servisinde çalışıp çalışmama ve kendine COVID-19 bulaşıp bulaşmaması gibi değişkenlerde de rastlanmıştır. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının hastalığa ilişkin algıladıkları korkunun azaltılması için risk ve fayda iletişiminin, verilecek eğitimlerin farklı ihtiyaçlara ve özelliklere göre uyarlanması önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Sağlık çalışanlarının pandemiden korunma motivasyonu kazanabilmesi ve korunma davranışları gerçekleştirebilmesi için cinsiyet, meslek, yaş ve eğitim düzeyi gibi özelliklerine göre farklı stratejiler geliştirilmesi önerilebilir.

Bu çalışmadaki bazı sağlık çalışanı gruplarında tükenmişliğin korunma motivasyonunu azaltıcı etkisi olduğu görülmüştür. Tükenmişliğin risk oluşturduğu sağlık çalışanları grupları; kadın, 40 yaş altı, evli, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu, hemşire, 10 yıldan az çalışma deneyimine sahip, yalnız yaşayan, çocuğu olan, COVID-19 servisinde çalışan ve birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık olanlardır. COVID-19 pandemisinden sonra meydana gelebilecek herhangi bir pandemi ya da olası felâketle başa çıkabilmek ve bu duruma hazırlıklı olabilmek için öncelikle sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin mümkün olduğunca azaltılması gereklidir. Özaydın ve Güdük'ün (2021) çalışmasında, sağlık çalışanlarının yoğun tükenmişlik duygusu yaşamalarının hastalara sundukları bakımın kalitesinin düşmesine, hata yapma riskinde ve hasta ölüm oranlarında artışa neden olabileceği belirtilmiştir. Tükenmişlik düzeyinin azaltılması için ise gerekli tedbirlerin alınması ve destekleyici stratejiler geliştirilmesi önerilir. Bu çerçevede, tükenmişliğin risk faktörü oluşturduğu gruplar öncelikli olmak üzere, salgın sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarına yönelik rehabilitasyon programlarının uygulanması; halihazırdaki görev saatlerinin azaltılması, farkındalık eğitimlerinin verilmesi, kişisel gelişim grupları ve meditasyon gruplarının oluşturulması gibi müdahaleler ile tükenmişliğin azalmasına katkıda bulunulabilir. Bazı sağlık çalışanı gruplarında ise algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonunu artırdığı görülmüştür. Pandemi döneminde algılanan sosyal desteğin korunma motivasyonlarına katkı sağladığı sağlık çalışanları grupları; kadın, 40 yaş ve üzeri, evli, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu, hemşire, 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip, birlikte yaşadığı bireyler olan, çocuğu olan, COVID-19 servisinde çalışan, genel sağlık durumu kötü olan ve birlikte yaşadığı bireylere COVID-19 bulaşmamış olanlardır. Pandemi gibi riskli dönemlerde sağlık

çalışanlarının korunma motivasyonlarını artırmak ve tükenmişliğin korunma davranışları üzerindeki etkisini azaltmak için sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun için sağlık yöneticilerinin pandemi döneminde sağlık çalışanlarını ruhsal ve sosyal yönden güçlendirecek çalışmalar yapmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. DSÖ'nün sağlık yöneticilerine bu anlamda tavsiyeleri bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarına kendilerinin veya aile üyelerinden birinin stresli bir olaya maruz kalması durumunda esnek çalışma sağlanması, iş arkadaşlarının birbirlerine sosyal destek sağlayabileceği zamanın oluşturulması tavsiye edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının mental sağlık ve psikolojik desteğe daha kolay erişimlerinin sağlanmasının, alınacak önlem ve stratejilerin bütün sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde uygulanmasının önemi vurgulanmıştır (WHO, 2020e). Ancak pandemi dönemlerinde özellikle COVID-19 servisinde çalışan sağlık çalışanlarına bu desteklerden yararlanmaları konusunda öncelik verilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

COVID-19 pandemisi gibi meydana gelebilecek pandemilerde, sağlık çalışanlarının işle ilgili psikolojik ihtiyaçlarına politika yapıcılar tarafından cevap verilmesinin ve psikososyal sıkıntılarının en aza indirgenmeye çalışılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilecek politikaların, sağlık çalışanlarının hem hastalığa karşı korunma motivasyonlarını ve sosyal destek algılarını artırabileceği hem de tükenmişlik gibi psikolojik risklerden kaçınmalarına yardımcı olabileceği söylenebilir. Bu amaçla en azından, pandemi gibi zorlu süreçlerde gerçekleştirilecek politikalar kapsamında, tüm sağlık çalışanlarının uygun eğitim, psikolojik ve sosyal destek ve maddi tazminat ile desteklenmesi önerilebilir.

Bu çalışmanın bulguları Ankara'daki bir pandemi hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının korunma motivasyonu kazanmalarında ve korunma davranışı sergilemelerinde etkili olan süreçleri ortaya koymaya çalışmıştır. Tükenmişlik ve sosyal desteğin hangi sağlık çalışanı gruplarında korunma motivasyonunu etkilediği ortaya koyulmuştur. Tüm bunların, sağlık çalışanlarını korunma davranışlarına sevk etmek için faydalı olabilecek iletişim programları, uygulamalar ve materyaller hazırlanmasında dikkate alınması gereken temel faktörler hakkında fikir verebileceği düşünülmektedir. Bu araştırma pandeminin ikinci yılında yapılmış kesitsel bir çalışma olup Ankara'daki bir

eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık alışanlarının Mayıs-Haziran 2021 dönemindeki korunma davranışlarını ortaya koymaktadır. Herhangi bir salgın meydana geldiğinde, hastalığın şiddeti arttıka ya da azaldıkça hastalığa karşı korunma davranışları, algılanan tehdit ve algılanan cevap etkinliği gibi faktörlerde farklılıklar olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple ileriki çalışmalar için COVID-19 gibi benzer bir tehdit durumunda KMT'nin boyutlarının ne ölçüde değiştiğini ortaya koyan araştırmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akalın, B., & Modanlıoğlu, A. (2021). Covid-19 sürecinde yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin duyu-durum ve tikenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 346-352.
- Aksayan, S., & Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-11.
- Aksu, B.Ç. (2021). COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının iş güvencesizliği algıları, algılanan iş stresleri ve işten ayrılma niyetleri üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 747-776.
- Albrecht, T.L., & Goldsmith, D.J. (2003). Social support, social networks, and health. T.L. Thompson, A.M. Dorsey, K.I. Miller, & R. Parrott (Eds.), in *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. s.263-284.
- Al-Dossary, S.A. (2021). Factors affecting preventive behaviours during the Coronavirus Disease 2019 pandemic in Saudi Arabia: An application of protection motivation theory. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 9(1),17-23.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. (4. Baskı). Detay Yayıncılık, Ankara. s.792-793.
- Alpar, R. (2016). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*. (4. Baskı). Detay Yayıncılık, Ankara. s.488-507.
- Alper Ay, F., & İçen, B.T. (2021). Türkiye'de Covid-19 pandemisinin 3. pik döneminde sağlık çalışanlarının Covid-19 kaygısı ve tikenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*, 14(80).
- Al-Rasheed, M. (2020). Protective behavior against Covid-19 among the Public in Kuwait: An examination of the protection motivation theory, trust in government, and sociodemographic factors. *Social Work in Public Health*, 35(7), 546–556.

- Amartuvshin, A.K. (2021). *Burnout and social support among healthcare workers during Covid-19: Evidence from Italy* (Master's Theses). The University of San Francisco Department of Economics. 1410.
- Ansari-Moghaddam, A., Seraji, M., Sharafi, Z., Mohammadi, M., & Okati-Aliabad, H. (2021). The protection motivation theory for predict intention of COVID-19 vaccination in Iran: A structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, *21*(1).
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(2), 68-75.
- Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, *46*, 88-100.
- Arslanca, T., Fidan, C., Daggez, M., & Dursun, P. (2021) Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A crosssectional study in Turkish health care workers. *PloS One*, *16*(4), e0250017.
- Aschwanden, D., Strickhouser, J.E., Sesker, A.A., Lee, J.H., et al. (2021). Preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: Associations with perceived behavioral control, attitudes, and subjective norm. *Front. Public Health*, *9*, 662835.
- Asevedo, D.M., Magalhaes L.E.N., & Neiva G.R. (2016). Burnout syndrome: An literature review about the burnout in doctors and medicine students. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, *15*(2), 25-27.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychol. Bull.*, *121*, 417–436.
- Assuncao, A.A., Machado, C.J., Prais, H.A.C., & De Araujo, T.M. (2013). Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occup. Med.*, *63*, 234-237.

- Avcı, Ü., & Seferoğlu, S.S. (2011). Bilgi toplumunda öğretmenin tükenmişliği: Teknoloji kullanımı ve tükenmişliği önlemeye yönelik alınabilecek önlemler. *Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 9, 13-26.
- Azadeh, M., Ramezani, T., & Taheri-Kharameh, Z. (2020). Factors affecting workplace protective behaviors against Covid-19 disease in employees of crowded public offices: Application of protection motivation theory. *Iran Occupational Health*, 17, Special Issue: Covid-19.
- Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., et al. (2020). Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19: A cross-sectional study. *Am J Respir Crit Care Med*, 202, 1388–1398.
- Baghianimoghadam, M., Mohammadi, V., Noorbala, M., & Mahmoodabad, S.M. (2016). An intervention based on protection motivation theory in reducing skin cancer risk. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 21(3), 141–148.
- Balicer, R.D. (2007). Modeling infectious diseases dissemination through online role-playing games. *Virtual Epidemiology*, 18(2), 260–261.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129.
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824.
- Bashirian, S., Barati, M., Shoar, L.M., Mohammadi, Y., & Dogonchi, M. (2019). Factors affecting breast self-examination behavior among female healthcare workers in Iran: The role of social support theory. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(4), 224-233.

- Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S., Barati, M., & Karimi-Shahanjarini, A. et al. (2020). Factors associated with preventive behaviours of Covid-19 among hospital staff in Iran in 2020: An application of the protection motivation theory. *The Journal of Hospital Infection*, 105(3), 430–433.
- Bassetti, M., Vena, A. & Giacobbe, D.R. (2020). The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: Challenges for fighting the storm. *European Journal of Clinical Investigation*, 50(3), e13209.
- Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13(2), 139-161.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1–45.
- Bellemans, L., Devos, G., Tuytens, M., & Vekeman, E. (2023). The role of self-efficacy on feelings of burnout among Flemish school principals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Educational Administration*, 61(6), 567-585.
- Berdyklychev, B., Geroglu, B., Dikmen, Ç., Shaikhi, I.A., Erguder, T. & Nayir, N. (2020). COVID-19 health system response monitor, policy responses for Turkey. <https://www.covid19healthsystem.org/countries/turkey/livinghit.aspx?Section=5.1%20Governance&Type=Section> (Erişim Tarihi: 20.02.2021).
- Bish, A. & Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 797–824.
- Bish, A., Yardley, L., Nicoll, A., & Michie, S. (2011). Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: A systematic review. *Vaccine*. 29, 6472–6484.

- Bodas, M., & Peleg, K. (2020). Self-isolation compliance in the Covid-19 era influenced by compensation: findings from a recent survey in Israel. *Health Affairs*, 39(6), 936-941.
- Boer, H., & Mashamba, M.T. (2005). Psychosocial correlates of HIV protection motivation among black adolescents in Venda, South Africa. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 17(6), 590-602.
- Bolat, O.İ. (2011). Öz Yeterlilik ve Tükenmişlik İlişkisi: Lider-üye etkileşiminin aracılık etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(2), 255-66.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 92, 458-475.
- Boss, S., Galletta, D., Lowry, P., Moody, G., & Polak, P. (2015). What do systems users have to fear? Using fear appeals to engender threats and fear that motivate protective security behaviors. *MIS Quarterly*, 39(4), 837-864.
- Bronfman, N., Repetto, P., Cisternas, P., Castañeda, J., & Córdón, P. (2022). Government trust and motivational factors on health protective behaviors to prevent COVID-19 among young adults. *Int J Public Health*, 67, 1604290.
- Brooks, S. P., & Bubela, T. (2020). Application of protection motivation theory to clinical trial enrolment for pediatric chronic conditions. *BMC Pediatrics*, 20(1).
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Browne, M.W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. Bollen, K.A., & Long, J.S. (Eds.), in *Testing structural equation models*. Beverly Hills, CA: Sage. s.136-162.
- Buckley, C., Wee, S-L., & Qin, A. (2020). China's doctors, fighting the coronavirus, beg for masks. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/02/14/world/asia/china-coronavirus-doctors.html> (Erişim Tarihi: 12 Şubat 2022).

- Bürgelt, P.T., Paton, D., & Johnston, D.M. (2009). Factors and processes influencing individual and community preparedness for a pandemic outbreak in New Zealand: Full project report. *JCDR Research Report 2009/01*.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., et al. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*, 292, 113312.
- Cattell, R. (1978). *The scientific use of factor analysis*. New York: Plenum.
- Chamroonsawasdi, K., Chottanapund, S., Pamungkas, R.A., Tunyasitthisundhorn, P., Sornpaisarn, B., & Numpaisan, O. (2021). Protection motivation theory to predict intention of healthy eating and sufficient physical activity to prevent diabetes mellitus in Thai population: A path analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 121–127.
- Chamroonsawasdi, K., Chottanapund, S., Tunyasitthisundhorn, P., Phokaewsuksa, N., Ruksujarit, T., & Phasuksathaporn, P. (2017). Development and validation of a questionnaire to assess knowledge, threat and coping appraisal, and intention to practice healthy behaviors related to non-communicable diseases in the Thai population. *Behavioral Sciences*, 7(4), 20.
- Chen, A., & Lu, Y. (2021). Protective behavior in ride-sharing through the lens of protection motivation theory and usage situation theory. *International Journal of Information Management*, 61, 102402.
- Chen, F., Griffith, A., Cottrell, A., & Wong Y.L. (2013). Behavioural responses to epidemics in an online experiment: Using virtual diseases to study human behavior. *PloS One*, 8(1), e52814.
- Chen, M.F. (2020). Moral extension of the protection motivation theory model to predict climate change mitigation behavioral intentions in Taiwan. *Environmental Science and Pollution Research*, 27(12), 13714–13725.

- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., et al. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Chen, Y.L., Lin, Y.J., Chang, Y.P., Chou, W.J., & Yen, C.F. (2021). Differences in the protection motivation theory constructs between people with various latent classes of motivation for vaccination and preventive behaviors against COVID-19 in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 7042.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Christenfeld, N., Gerin, W., Sanders, M., et al. (1997). Social support effect on cardiovascular reactivity: is a stranger as effective as a friend? *Psychosom Med*, 59, s.88-398.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309–319.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). *Issues in the study and application of social support, social support and health*. Academic Press: Cambridge, MA, USA. s.4-5,22.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Conner, M., & Norman, P. (2015). *Predicting and changing health behaviour*. McGraw-Hill Education.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104.
- Cortina-Rodriguez, G.G., & Afanador, Y. (2020). Burnout the clinical personnel of Puerto Rico during the COVID-19 pandemic. *Preprints*, 2020070451. doi: 10.20944/preprints202007.0451.v1.

- Coster, W.J., & Mancini, M.C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50–57.
- Covello, V.T. (1997). Risk perception, risk communication and EMF exposure: Tools and techniques for communicating risk information. R., Matthes, J.H., Bernhardt, M.H., Repacholi (Eds.), in *Risk perception, risk communication and its application to EMF exposure*. München: Markl-Druck.
- Cristobal, E., Flavián, C., & Guinaliu, M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ) measurement validation and effects on consumer satisfaction and web site loyalty. *Managing Service Quality: An International Journal*, 17, 317-340.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Czeisler, M., Wolkow, A.P., Czeisler, C.A., Howard, M.E., Rajaratnam, S.M.W., & Lane, R.I. (2023). Association between burnout and adherence with mask usage and additional COVID-19 prevention behaviours: findings from a large-scale, demographically representative survey of US adults. *BMJ Open*, 13(3), e066226.
- Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- Çokluk, O., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları* (4. Baskı). Pegem Yayıncılık. Ankara. s.334.
- Çolak, D. (2021). *COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul.
- Çöl, M., & Güneş, G. (2020). COVID-19 salgınına genel bir bakış. O., Memikoğlu, V. Genç (Ed.), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi COVID-19 içinde*, ss.1-8.

- Dağlı, F., & Gönen, Ü.Y. (2022). Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisine yönelik metaforik algıları: Kayseri İli örneği. *Bilim Armonisi Dergisi*, 5(1), 32-47.
- Dasgupta, P. (2012). Effect of role ambiguity, conflict and overload in private hospitals' nurses' burnout and mediation through self efficacy. *Journal of Health Management*, 14, 513-534.
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183.
- De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J., Grindle, M., Munoz, S.A., et al. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21, 104.
- De Maeyer, C., & Schoenmakers, B. (2019). Exploring intergenerational differences in burnout and how they relate to work engagement, norms, and values: A mixed-methods study. *BJGP Open*, 3(2).
- De Nooijer, J., Lechner, L., Candel, M., & de Vries, H. (2004). Short-and long-term effects of tailored information versus general information on determinants and intentions related to early detection of cancer. *Preventive Medicine*, 38(6), 694-703.
- De Vaus, D. (2004). *Surveys in social research* (5th ed.). London: Routledge.
- Demirbilek, Y., Pehlivan Türk, G., Özgüler, Z.Ö. & Alp Meşe, E. (2020). COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(SI-1), 489–494.
- Denning, M., Goh, E.T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., et al. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PloS One*, 16(4), e0238666.

- De-Palpe, J., & Croce, R. (1986). The existence of burnout among corrective therapists: A descriptive analytical investigation. *American Corrective Therapy Journal, March/April*, 32-38.
- Doğan, İ. (2015). *Farklı veri yapısı ve örneklem büyüklüklerinde yapısal eşitlik modellerinin geçerliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Dos Santos, W.G. (2020). Natural history of COVID-19 and current knowledge on treatment therapeutic options. *Biomed Pharmacother, 129*, 110493.
- Eberhardt, J., & Ling, J. (2021). Predicting COVID-19 vaccination intention using protection motivation theory and conspiracy beliefs. *Vaccine, 39*(42), 6269–6275.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Dordrecht: Kluwer Academic, Plenum Publishers.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi, 34*, 45-55.
- Eker, D., Arkar, H., & Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12*(1), 17-25.
- Elghazally, S.A., Alkarn, A.F., Elkhayat, H., Ibrahim, A.K., & Elkhayat, M.R. (2021). Burnout impact of COVID-19 pandemic on health-care professionals at Assiut University Hospitals, 2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5368.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., et al. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale, 46*, 73–80.

- Er, A.G. (2020). SARS-CoV-2 infeksiyonunun epidemiyolojisi. A., Topeli İskit, M., Durusu Tanrıöver & Ö., Uzun (Ed.), *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi COVID-19 Pandemi Raporu (20 Mart-20 Kasım 2020)* içinde. s.22-27.
- Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdem, S. (2021). *Sağlık alanında hizmet veren bireylerde empati düzeyi, stresle başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul. ss.108.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı* içinde, 143-154.
- Esin, M.N. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. S., Erdoğan, N., Nahcivan, & M.N., Esin (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* içinde, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. s.169–192.
- Esquibel, M. (2013). *Message framing and protection motivation theory as predictors of breastfeeding intentions* (PhD Theses). School of Communication, Florida State University. ss.110.
- Estebarsari, F., Rahimi Khalifehkandi, Z., Latifi, M., Farhadinasab, A., Vasli, P., & Mostafaie, D. (2023). Protection motivation theory and prevention of breast cancer: A systematic review. *Clinical Breast Cancer*, 23(4), e239–e246.
- Everitt, B. (1975). Multivariate analysis: The need for data, and other problems. *British Journal of Psychiatry*, 126, 237-240.
- Ezati Rad, R., Mohseni, S., Kamalzadeh Takhti, H., et al. (2021). Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11.

- Farooq, A., Laato, S., & Najmul Islam, A.K.M. (2020). Impact of online information self-isolation intention during the Covid-19 pandemic: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22, 1–15.
- Faryabi, R., Rezabeigi Davarani, F., Daneshi, S., & Moran, D.P. (2023). Investigating the effectiveness of protection motivation theory in predicting behaviors relating to natural disasters, in the households of southern Iran. *Frontiers in Public Health*, 11, 1201195.
- Fattahi, H., Seproo, F.G., & Fattahi, A. (2022). Effective factors in people's preventive behaviors during Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 22, 1218.
- Fessell, D., & Cherniss, C. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and beyond: Micropractices for burnout prevention and emotional wellness. *Journal of the American College of Radiology*, 17(6), 746-748.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Publishing Co, Inc., Boston.
- Floyd, D., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407–429.
- Fontes, A., Pereira, C.R., Menezes, S., Soares, A., Almeida, P., Carvalho, G., & Arriaga, P. (2022). Predictors of health-protective and helping behaviors during the Covid-19 pandemic: The role of social support and resilience. *Psychological Reports*, 332941221123777.
- Fornell, C., & Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73–82.

- Freudenberger, H.J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child Care Quarterly*, 6(2), 90-93.
- Freudenberger, H.J. (1985). *Women's burnout: How to spot it, how to reverse it, and how to prevent it*. Garden City, NY: Doubleday.
- Freudenberger, H.J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Anchor Press.
- Freudenberger, H.J., & Richelson, G. (1981). *Burnout: How to beat the high cost of success*. New York: Bantam Books.
- Galletta, M., Portoghese, I., D'Aloja, E., Mereu, A., Contu, P., et al. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 59-66.
- Gallmeister, D. (2021). *What are the determinants of the protection motivation theory predicting the willingness to get vaccinated against Covid-19?* (Student Thesis). University of Twente, Department of Conflict, Risk and Safety. ss.28.
- Ghaffari, M., Rakhshandehrou, S., Tezval, J., Harooni, J., & Armoon, B. (2019). Skin cancer-related coping appraisal among farmers of rural areas: Applying protection motivation theory. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 1-7.
- Giorgi, G., Lecca, L.I., Alessio, F., Finstad, G.L., et al. (2020). COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 7857.
- Giusti, E.M., Pedroli, E., D'Aniello, G.E., et al. (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Front Psychol*, 11, 1684.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottlieb, B.H., & Bergen, A.E. (2010). Social support concepts and measures. *J. Psychosom. Res.* 69, 511–520.

- Griffin, B., Conner, M., & Norman, P. (2022). Applying an extended protection motivation theory to predict Covid-19 vaccination intentions and uptake in 50-64 year olds in the UK. *Social Science & Medicine (1982)*, 298, 114819.
- Grothmann, T., & Patt, A. (2005). Adaptive capacity and human cognition: The process of individual adaptation to climate change. *Global Environmental Change*, 15, 199-213.
- Gupta, N., Dhamija, S., Patil, J., & Chaudhari, B. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Industrial Psychiatry Journal*, 30, 282–284.
- Gündüz Hoşgör, D., Çatak Tanyel, T., Cin, S., & Bozkurt Demirsoy, S. (2021). COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul İli örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 372-386.
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T., & Baltes, B.B. (2007). The relationship between selfreported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2), 133–144.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis*. (7th Ed.). Prentice-Hall, Inc, Upper Saddle River, USA: NY, s.708-710.
- Hair, J.F., Black, W.C., Tatham, R.L., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hambleton, R.K., & Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1), 1-30.
- Hanson, C.L., Crandall, A., Barnes, M.D., & Novilla, M.L. (2021). Protection motivation during COVID-19: A cross-sectional study of family health, media, and economic influences. *Health Education & Behavior*, 48(4), 434–445.
- Havaei, M., Salehi, L., Akbari-Kamrani, M., Rahimzadeh, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2019). Effect of education based on protection motivation theory on adolescents' reproductive health self-care: A randomized controlled trial.

International Journal of Adolescent Medicine and Health. doi:10.1515/ijamh-2018-0195.

Hedayati, S., Damghanian, H., Farhadinejad, M., & Rastgar, A.A. (2023). Meta-analysis on application of protection motivation theory in preventive behaviors against COVID-19. *International journal of disaster risk reduction*, 103758. Advance online publication. doi:10.1016/j.ijdrr.2023.103758.

Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *Am. J. Orthopsychiatry*, 79, 491–499.

Hennein, R., Gorman, H., Chung, V., & Lowe, S.R. (2023). Gender discrimination among women healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Findings from a mixed methods study. *PloS One*, 18(2), e0281367.

Herath, T., & Rao, H.R. (2009). Protection motivation and deterrence: A framework for security policy compliance in organisations. *European Journal of Information Systems*, 18(2), 106–125.

Hobart, J., & Cano, S. (2009). Improving the evaluation of therapeutic interventions in multiple sclerosis: The role of new psychometric methods. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 13(12), iii–177.

Hodgkins, S., & Orbell, S. (1998). Can protection motivation theory predict behavior? A longitudinal test exploring the role of previous behavior. *Psychology and Health*, 13(2), 237-250.

Hoelter, J.W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness of-fit indices. *Sociological Methods and Research*, 11(3), 325-44.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 7, e1000316.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect. Psychol. Sci*, 10, 227-237.

- Hosseingholizadeh, N., Sadeghi, R., Ardebili, H.E., Foroushani, A.R., & Taghdisi, M.H. (2019). The Correlation of self-efficacy and social support with social participation: A cross sectional study among the elderly. *Journal of Medicine and Life*, 12(3), 239–246.
- Hoşgör, H., & Yaman, M. (2021). Tükenmişlik sendromu üzerinde Covid-19 korkusunun etkisi: Hastane çalışanları örneği. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 400-417.
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One*, 15(5), e0233831.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company. s.31.
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annu. Rev. Sociol.*, 14, 293–318.
- Hovland, C., Janis, I.L., & Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., et al. (2020). Frontline nurse's burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497e506.
- Huang, R., Wang, Z., Yuan, T., Nadarzynski, T., Qian, H.Z., Li, P., & Zou, H. (2021). Using protection motivation theory to explain the intention to initiate human papillomavirus vaccination among men who have sex with men in China. *Tumour Virus Research*, 12, 200222.

- Hyun, W., Son, Y., & Jung, S. (2022). Infection preventive behaviors and its association with perceived threat and perceived social factors during the COVID-19 pandemic in South Korea: 2020 community health survey. *BMC Public Health*, 22, 1381.
- Ibarra-Rovillard, M.S., & Kuiper, N.A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clin Psychol Rev.*, 31, 342–52.
- International Test Commission (ITN). (2018). *Guidelines for translating and adapting tests. International Journal of Testing*, 18(2), 101–134.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Arı, H.O., Çelik, H., & Yıldırım, H.H. (2020). *Covid-19 pandemi yönetiminde Türkiye örneği: Sağlık politikası uygulamaları ve stratejileri*. TUSPE Rapor: 2020/2, TUSPE Yayınları, Ankara.
- Jackson, S.E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 63-77.
- Jackson, S.E., & Schuler, R.S. (1983). Preventing employee burnout. *Personnel*, 60(2), 58–68.
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1345–1352.
- Jalilian, F., Joulaei, H., Mirzaei-Alavijeh, M. et al. (2016). Cognitive factors related to cigarettes smoking among college students: An application of theory of planned behavior. *The Social Sciences*, 11(7), 1189–1193.
- Jang, Y., You, M., Lee, H., Lee, M., Lee, Y., et al. (2021). Burnout and peritraumatic distress of healthcare workers in the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21(1), 2075.

- Janis, I.L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: recent developments in theory and experimental research. L. Berkowitz (Ed.), in *Advances in Experimental Socialpsychology*. New York, NY Academic Press. ss.166-224.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47.
- Jesus, L.M.T., & Valente, A.R. (2016). *Cross-cultural adaptation of health assessment instruments*. https://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/JesusValente_2016.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2020).
- Johansson, M.A., Quandelacy, T.M., Kada, S., Prasad, P.V., Steele, M., et al. (2021). SARS-CoV-2 transmission from people without Covid-19 symptoms. *JAMA Network Open*, 4(1), e2035057.
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. (2021). *Maps & trends, mortality analyses*. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (Erişim Tarihi: 20.02.2021).
- Kamran, A., & Naeim, M. (2020). Behavioural change theories: A necessity for managing COVID-19. *Public Health*, 197, e4–e5.
- Karaçam, Z. (2019). Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 28-37.
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (26. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 23, 123-124.
- Kazarian, S.S., & McCabe, S.B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *J Community Psychol*, 19, 150-160.
- Kendel, F., Spaderna, H., Sieverding, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., et al. (2011). Eine deutsche adaptation des ENRICHD Social Support Inventory (ESSI) teststatistische überprüfung an kardialen patienten. *Diagnostica*, 57, 99–106.

- Kent de Grey, R.G., Uchino, B.N., Trettevik, R., Cronan, S., & Hogan, J.N. (2018). Social support and sleep: A meta-analysis. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(8), 787–798.
- Khan, A., & Husain, A. (2010). Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychol Rep.*, 106, 534–538.
- Khazae-Pool, M., Naghibi, S.A., Pashaei, T., Jahangiry, L., Daneshnia, M., & Ponnet, K. (2020). Development and initial validation of a scale for assessing affecting factors on preventive behaviors of Covid-19 (AFPB-CO): Using the protection motivation theory. *Research Square/BMC Infectious Diseases Series*, 1-24. doi: 10.21203/rs.3.rs-23051/v1.
- Kıcalı, Ü.Ö., & Acar, D. (2021). An integrated approach to COVID-19 preventive behaviour intentions: Protection motivation theory, information acquisition, and trust. *Social Work in Public Health*, doi: 10.1080/19371918.2021.2018082.
- Kim, A-Y., & Kim, T-S. (2016). Factors influencing the intention to adopt identity theft protection services: Severity vs vulnerability. *PACIS 2016 Proceedings*, s.68.
- Kim, J.K., & Crimmins, E.M. (2020). Age differences in the relationship between threatening and coping mechanisms and preventive behaviors in the time of COVID-19 in the United States: Protection motivation theory. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(3), 239-246.
- Kitamura, T., Kijima, N., Watanabe, K., Takezakii, Y., & Tanaka, E. (1999). Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, s.649.
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. London: Methuen.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.

- Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Koerth, J., Vafeidis, A.T., Hinkel, J., & Sterr, H. (2013). What motivates coastal households to adapt pro-actively to sea-level rise and increasing flood risk? *Regional Environmental Change*, 13(4), 897–909.
- Koeske, R.D., & Koeske, G.F. (1989). Working and non-working students: Roles, support, and well-being. *Journal of Social Work Education*, 3, 244-256.
- Kowalski, R.M., & Black, K.J. (2021). Protection motivation and the Covid-19 virus. *Health Communication*, 36(1), 15–22.
- Kuckartz, U., Rädiker, S., Ebert, T., & Schehl, J. (2013). *Statistik: Eine verständliche einföhrung*. (2. Auflage). Springer. s.213.
- Labrague, L.J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893–1905.
- Lahiri, A., Jha, S.S., Chakraborty, A., Dobe, M., & Dey, A. (2021). Role of threat and coping appraisal in protection motivation for adoption of preventive behavior during COVID-19 pandemic. *Front. Public Health*, 9, 678566.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3, e203976.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.), in *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington:Taylor&Francis, ss.237-250.
- Leiter, M.P., & Maslach C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339.

- Leiter, M.P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res.*, 3(4), 89–100.
- Leo, C.G., Sabina, S., Tumolo, M.R., Bodini, A., Ponzini, G., et al. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: A review of the existing literature. *Frontiers in Public Health*, 9, 750529.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Li, J.Y., You, Z., Wang, Q., Zhou, Z.J., Qiu, Y., et al. (2020). The epidemic of 2019-novel-coronavirus (2019-nCoV) pneumonia and insights for emerging infectious diseases in the future. *Microbes and Infection*, 22(2), 80–85.
- Li, Q., Liu, Q., Chen, X., Tan, X., Zhang, M., et al. (2019). Protection motivation theory in predicting cervical cancer screening participation: A longitudinal study in rural Chinese women. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.5307.
- Li, Z., & Sun, X. (2021). Analysis of the impact of media trust on the public's motivation to receive future vaccinations for cCOVID-19 based on protection motivation theory. *Vaccines*, 9, 1401.
- Lin, H., Chen, M., Yun, Q. et al. (2022). Protection motivation theory and smoking quitting intention: Findings based on structural equation modelling and mediation analysis. *BMC Public Health*, 22, 838.
- Lin, L., Savoia, E., Agboola, F., & Viswanath, K. (2014). What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 14, 484.
- Lin, N.S.R., Ensel, W.M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness a model and an empirical test. *J Health Soc Behav.*, 20, 108–119.

- Lin, Y.J., Yen, C.F, Chang, Y.P., & Wang, P.W. (2021). Comparisons of motivation to receive COVID-19 vaccination and related factors between frontline physicians and nurses and the public in Taiwan: Applying the extended protection motivation theory. *Vaccines*, 9(5), 528-538.
- Lindfors, P.M., Heponiemi, T., Meretoja, O.A., Leino, T.J., & Elovainio, M.J. (2009). Mitigating on-call symptoms through organizational justice and job control: A cross-sectional study among Finnish anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol. Scand*, 53, 1138-1144.
- Ling, M., Kothe, E.J., & Mullan, B.A. (2019). Predicting intention to receive a seasonal influenza vaccination using protection motivation theory. *Social Science & Medicine*, 233, 87–92.
- Liu, C., Sun, C.-K., Chang, Y.-C., Yang, S.-Y., Liu, T., & Yang, C.-C. (2021). The impact of the fear of COVID-19 on purchase behavior of dietary supplements: Integration of the theory of planned behavior and the protection motivation theory. *Sustainability*, 13, 12900.
- Liu, X., He, Y., Fu, H., Chen, B., Wang, M., & Wang, Z. (2018). How environmental protection motivation influences on residents' recycled water reuse behaviors: A case study in Xi'an City. *Water*, 10(9), 1282.
- Liu, Y., & Jiang, X. (2023). Application of protection motivation theory and cultural tightness-looseness for predicting individuals' compliance with the government's recommended preventive measures during regular prevention and control of the COVID-19 pandemic in China. *Front. Public Health*, 11, 1043247.
- Liu, Y.C., Kuo, R.L., & Shih, S.R. (2020). Covid-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328-333.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514.

- Lunn, P.D., Belton, C.A., Lavin, C., McGowan, F.P., Timmons, S., & Robertson, D.A. (2020). *Using behavioural science to help fight the coronavirus*. <https://www.esri.ie/publications/using-behavioural-science-to-help-fight-the-coronavirus> (Erişim Tarihi: 01.11.2020).
- Luo, Y., & Mou, J. (2022). Understanding gender differences in mHealth apps continuance: a modified protection motivation theory. *Journal of Electronic Business & Digital Economics*, 1(2), 225-247.
- Macdonell, K., Chen, X., Yan, Y., Li, F., Gong, J., Sun, H., et al. (2013). A protection motivation theory-based scale for tobacco research among chinese youth. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 4(3), 154.
- Maddux, J.E. (1993). Social cognitive models of health and exercise behavior: An induction and review of conceptual issues. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5, 116-140.
- Maddux, J.E., & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation theory and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469–479.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A.M., et al. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 452–463.
- Makara-Studzińska, M., Załuski, M., & Adamczyk, K. (2021). Polish emergency dispatchers during a COVID-19 pandemic-burnout syndrome, perceived stress, and self-efficacy. Effects of multidimensional path analysis. *Front. Psychol.*, 12, 729772.
- Marsh, H.W., & Hocevar, D. (1988). A new, more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: Application of second-order confirmatory factor analysis. *Journal of Applied Psychology*, 73(1), 107–117.
- Marsh, H.W., Hau, K.T., Artelt, C., Baumert, J., & Peschar, J.L. (2006). OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs:

- Cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. *International Journal of Testing*, 6(4), 311-360.
- Maslach, C. (1976) Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111–124.
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *American Psychological Society*, 12(5), 190-192.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1978). Lawyer burn-out. *Barrister*, 5(2), 8, 52-54.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. Sanders, G.S., & Suls, J. (Eds.), in *Social Psychology of Health and Illness*. Erlbaum, Hillsdale. 227-251.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burnout syndrome in the daycare setting. *Child Care Quarterly*, 62, 100-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matos, M.M., Sharp, J.G., & Iaochite, R.T. (2022). Self-efficacy beliefs as a predictor of quality of life and burnout among university lecturers. *Front. Educ.*, 7, 887435.

- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., et al. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Network Open*, 3(8).
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Bethencourt, J.M., Marrero, R., & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1919–1929.
- Mazloomi Mahmoodabad, S.S., Sadeghi, R., Fallahzadeh, H., Rezaeian, M., et al. (2018). Validity and reliability of the Preventing Hookah Smoking (PHS) Questionnaire in adolescents based on the protection motivation theory. *Int J Pediatr.*, 6(10), 8327-8337.
- Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., et al. (2021). COVID-19: A heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226–228.
- Meier, S.T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36(10), 899–910.
- Melendez, W.A., & DeGuzman, R.M. (1983). *Burnout: The new academic disease*. ASHE-ERIC Higher Education Research Report, No. 9. Washington, DC: American Association for the Study of Higher Education.
- Meydan, C.H., & Şeşen, H. (2015). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. (2. Baskı). Detay Yayıncılık. Ankara. s.97-98.
- Meyerowitz, E.A., Richterman, A., Gandhi, R.T., & Sax, P.E. (2021). Transmission of SARS-CoV-2: A review of viral, host, and environmental factors. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), 69-79.
- Mikkola, L., Suutala, E., & Parviainen, H. (2018). Social support in the workplace for physicians in specialization training. *Med. Educ.*, 23, 1–10.
- Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7(2), 163-184.

- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(1), 106-143.
- Moalemi, S., Kavosi, Z., Beygi, N., et al. (2018) Evaluation of the Persian version of Maslach Burnout Inventory–human services survey among Iranian nurses: Validity and reliability. *Galen Medical Journal, 7*, e995.
- Molero, MdM., Pérez-Fuentes, MdC., & Gázquez, J.J. (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Front. Psychol., 9*, 2605.
- Montgomery, A., Panagopoulou, E., Esmail, A., Richards, T., & Maslach, C. (2019). Burnout in healthcare: The case for organisational change. *BMJ (Clinical research ed.), 366*, 14774.
- Morowatisharifabad, M.A., Abdolkarimi, M., Asadpour, M., Sheikh Fathollahi, M., & Balaei, P. (2018). The predictive effects of protection motivation theory on intention and behaviour of physical activity in patients with type 2 diabetes. *Open Access Maced J Med Sci., 6*(4), 709-714.
- Mortada, E., Abdel-Azeem, A., Al Showair, A., & Zalat, M.M. (2021). Preventive behaviors towards Covid-19 pandemic among healthcare providers in Saudi Arabia using the protection motivation theory. *Risk Management and Healthcare Policy, 14*, 685–694.
- Moss, M., Good, V.S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C.N. (2016). A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *Am J Respir Crit Care Med, 194*, 106–113.
- Mulilis, J.P., & Lipka, R. (1990). Behavior changes in earthquake preparedness due to negative threat appeals: A test of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 619-638.
- Muthén, B. (1978). Contributions to factor analysis of dichotomous variables. *Psychometrika, 43*, 551–560.

- Mwagwabi, F.M. (2015). *A protection motivation theory approach to improving compliance with password guidelines* (PhD Theses). Murdoch University, School of Engineering and Information Technology. ss.263.
- Naeim, M. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak provides a unique platform to review behavioral changes in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 1-2.
- Nelson, B., & Kaminsky, D.B. (2020). COVID-19's crushing mental health toll on health care workers. *Cancer Cytopathol*, *128*, 597-598.
- Neuwirth, K., Dunwoody, S., & Griffin, R.J. (2000). Protection motivation and risk communication. *Risk Analysis: An Official Publication of The Society For Risk Analysis*, *20*(5), 721–734.
- Nguyen, H.T., & Tang, C.W. (2022). Students' intention to take e-learning courses during the COVID-19 pandemic: A protection motivation theory perspective. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, *23*(3), 21–42.
- Norman, P., Boer, H., & Seydel, E.R. (2005). Protection motivation theory. M., Conner, & P., Norman (Eds.), in *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Open University Press. s.81-126.
- Nudelman, G., Kamble, S.V., & Otto, K. (2023). Using protection motivation theory to predict adherence to COVID-19 behavioral guidelines. *Behav Med*, *49*(3), 236-245.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oenema, A., Tan, F., & Brug, J. (2005). Short-term efficacy of a web-based computer-tailored nutrition intervention: Main effects and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, *29*(1), 54-63.
- Oğuz, H., & Özkul, M. (2016). Duygusal emek sürecine yön veren sosyolojik faktörler üzerine bir araştırma: Batı Akdeniz uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, *7*(16), 130-154.

- Okuhara, T., Okada, H., & Kiuchi, T. (2020). Predictors of staying at home during the Covid-19 pandemic and social lockdown based on protection motivation theory: A cross-sectional study in Japan. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(4), 475.
- Omichi, C., Kaminishi, Y., Kadotani, H., Sumi, Y., et al. (2022). Limited social support is associated with depression, anxiety, and insomnia in a Japanese working population. *Front. Public Health*, 10, 981592.
- OSG (Office of the Surgeon General). (2022). *Addressing health worker burnout: The U.S. surgeon general's advisory on building a thriving health workforce*. US Department of Health and Human Services.
- Ozer, S. (2023). Social support, self-efficacy, self-esteem, and well-being during COVID-19 lockdown: A two-wave study of Danish students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 65(1), 42–52.
- Örmen, U. (1993). *Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul. ss.105.
- Özaydın, Ö., & Güdük, Ö. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları mental sorunlar. *YIU Sağlık Bil Derg*, 2, 83-90.
- Özgüven, G. (2004). *Psikolojik testler*. (1. Baskı). Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık. s.110-113.
- Özışık, L. (2020). COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu. Sain Güven, G., & Uyaroğlu, O.A. (Ed.). *İç hastalıkları ve COVID-19 içinde*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri. s.103-108.
- Özkahraman, Ş., Demir, Y., & Gökdoğan, F. (2010). Üniversite öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyi ve ilişkili faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19, 7-12.
- Öztek, Z. (2020). Pandemi mücadelesi ve yan kazanımlar. *Sağlık ve Toplum, Covid-19 Özel Sayısı-Temmuz*, 6-14.

- Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health, 42*(5), 533–544.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., et al. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun, 88*, 901–907.
- Park, J.E., Jung, S., Kim, A., & Park, J.E. (2018). MERS transmission and risk factors: A systematic review. *BMC Public Health, 18*(1), 574.
- Peng, S., Zhang, J., Liu, X. et al. (2023). Job burnout and its influencing factors in Chinese medical staffs under China's prevention and control strategy for the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health, 23*, 284.
- Perlman, B., & Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations, 35*(4), 283–305.
- Pförtner, T.K., Dohle, S., & Hower, K.I. (2022). Trends in educational disparities in preventive behaviours, risk perception, perceived effectiveness and trust in the first year of the COVID-19 pandemic in Germany. *BMC Public Health, 22*(1), 903.
- Pilcher, J.J., & Bryant, S.A. (2016). Implications of social support as a self-control resource. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 10*, 228.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout on mental health setting. *Hospital and Community Psychiatry, 29*, 233-237.
- Pines, A., & Maslach, C. (1980). Combatting staff burn-out in a day care center: A case study. *Child Care Quarterly, 9*(1), 5–16.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.

- Pines, A.M., & Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling, 40*, 50-64.
- Pinho-Gomes, A.C., Peters, S., Thompson, K., et al. (2020). Where are the women? Gender inequalities in COVID-19 research authorship. *BMJ Glob Health, 5*(7), e002922.
- Plotnikoff, R.C., & Higginbotham, N. (1998). Protection motivation theory and the prediction of exercise and low-fat diet behaviours among Australian cardiac patients. *Psychology & Health, 13*(3), 411-429.
- Plotnikoff, R.C., & Trinh, L. (2010). Protection motivation theory: Is this a worthwhile theory for physical activity promotion? *Exercise and Sport Sciences Reviews, 38*(2), 91-98.
- Plotnikoff, R.C., Rhodes, R.E., & Trinh, L. (2009). Protection motivation theory and physical activity. *Journal of Health Psychology, 14*(8), 1119-1134.
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., et al. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med, 175*, 698-704.
- Poudel, A., Gurung, B., & Khanal, G.P. (2020). Perceived social support and psychological wellbeing among Nepalese adolescents: The mediating role of self-esteem. *BMC Psychol, 8*, 43.
- Poussin, J.K., Botzen, W.J.W., & Aerts J.C.J.H. (2014). Factors of influence on flood damage mitigation behaviour by households. *Environmental Science & Policy Journal, 40*, 69-77.
- Prasetyo, Y.T., Castillo, A.M., Salonga, L.J., Sia, J.A., & Seneta, J.A. (2020). Factors affecting perceived effectiveness of Covid-19 prevention measures among Filipinos during enhanced community quarantine in Luzon, Philippines: Integrating protection motivation theory and extended theory of planned behavior. *International Journal of Infectious Diseases: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases, 99*, 312-323.

- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R.W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research, 1*(3), 153–161.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., et al. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current Psychiatry Reports, 22*(8), 1-22.
- Rachmayanti, R.D., Bawazier, K.F., Yasutome, T., Indawati, R., et al. (2023). The effect of social support on stress levels of health workers during the COVID-19 pandemic: A literature review. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 18*(2), 116-125.
- Rahi, S. (2023). What drives citizens to get the COVID-19 vaccine? The integration of protection motivation theory and theory of planned behavior. *Journal of Social Marketing, 13*(2), 277-294.
- Reich, M.R. (2020). Pandemic governance in Japan and the United States: The control-tower metaphor. *Health Systems and Reform, 6*(1), e1829314.
- Robinson, R.S. (2014). Purposive sampling. Michalos, A.C. (Ed.), in *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht.
- Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*(1), 93-114.
- Rogers, R. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. J.T., Cacioppo & R.E., Petty (Eds.), in *Social Psychophysiology*, New York: Guilford Press. s.153-176.
- Rogers, R.W., & Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. Gochman, D. (Ed.). in the *Handbook of health behavior research I: Personal and social determinants*, New York: Plenum Press. s.113-132.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 1-8.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior, 15*(2), 175-183.

- Rudi, R. (2023). *An analysis of phishing susceptibility through the lens of protection motivation theory* [Master's Theses] University of Agder Faculty of Social Sciences Department of Information Systems.
- Sağlam Arı, G., & Çına Bal, E. (2008). Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131-148.
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014, 22 Mayıs). *Resmî Gazete* (Sayı: 29007). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> (Erişim Tarihi: 01.10.2020).
- Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1982). Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experiences. *Journal of Personality*, 50(3), 331-344.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139.
- Sat, S. (2011). *Örgütsel ve bireysel özellikler açısından iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki: alanya'da banka çalışanları üzerinde bir inceleme* [Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana. ss.122.
- Savage, L.J. (1954). *The Foundations of Statistics*. Wiley Publications in Statistics.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), s.384.
- Schaufeli, W.B., Leiter M.P., & Maslach C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Schug, C., Morawa, E., Geiser, F., Hiebel, N., et al. (2021). Social support and optimism as protective factors for mental health among 7765 healthcare workers in Germany during the COVID-19 pandemic: Results of the VOICE study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 3827.

- Sharifirad, G., Yarmohammadi, P., Sharifabad, M. A., & Rahaei, Z. (2014). Determination of preventive behaviors for pandemic influenza A/H1N1 based on protection motivation theory among female high school students in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 3*, 7.
- Shillair, R. (2020). Protection motivation theory. Bulck, J.V. (Editor-in-Chief), Ewoldsen, D.R., Mares, M.L., & Scharrer, E. (Associate Editors). in the *International Encyclopedia of Media Psychology*, John Wiley & Sons, Inc., 1-3.
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C.C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress, and Coping, 29*(4), 367–386.
- Shrestha, N. (2021). Factor analysis as a tool for survey analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics, 9*(1), 4-11.
- Sılığ, A. (2003). *Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Snyder, J. (2009). The role of coworker and supervisor social support in alleviating the experience of burnout for caregivers in the human-services industry. *South. Commun. J., 74*, 373-389.
- Soon, J.M., Vanany, I., Abdul Wahab, I.R., Abdullah Sani, N., Hamdan, R.H., & Jamaludin, M.H. (2022). Protection motivation theory and consumers' food safety behaviour in response to COVID-19. *Food Control, 138*, 109029.
- Sotoudeh, A., Mazloomi Mahmoodabad, S.S., Vaezi, A.A., Fattahi Ardakani, M., & Sadeghi, R. (2020). Determining skin cancer protective behaviors in the light of the protection motivation theory among sailors in Bandar-Bushehr in the South of Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 21*(12), 3551–3556.
- Søvold, L.E., Naslund, J.A., Kousoulis, A.A., Saxena, S., Qoronfleh, M.W., et al. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health, 9*, 679397.

- Spoorthy, M.S., Pratapa, S.K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, 102119.
- Spruijt, I., Cronin, A., Udeorji, F., Nazir, M., Shehu, S., Poix, S., et al. (2023). Respected but stigmatized: Healthcare workers caring for COVID-19 patients. *PloS One*, *18*(7), e0288609.
- Sterling, M.R., Tseng, E., Poon, A., et al. (2020). Experiences of home health care workers in New York City during the coronavirus disease 2019 pandemic: a qualitative analysis. *JAMA Intern Med*, *180*, 1453–1459.
- Streiner D.L., & Norman G.R. (1995). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Streiner, D.L., Norman, G.R., & Cairney J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. (5th ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Suhr, D. (2008). *Step your way through path analysis, western users of SAS software conference proceedings*. <http://www.lexjansen.com/wuss/2008/pos/pos04.pdf> (Erişim Tarihi: 15 Haziran 2022).
- Sutton, S.R. (1982). Fear-arousing communications: A critical examination of theory and research. Eiser, J. R. (Ed.), in *Social Psychology and Behavioral Medicine*, New York: John Wiley & Sons, 303–337.
- Sürgevil Dalkılıç, O. (2014). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu tükenmişlikle mücadele teknikleri*. (2. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. ss.247.
- Şahin, N. (1994). Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. *Türk Psikoloji Dergisi*, *9*(33), 19-26.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. (1.Baskı). Seçkin Yayınevi, Ankara. ss.867.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020a). *COVID-19 bilgilendirme platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> (Erişim Tarihi: 21.03.2023).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020b). *COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. Bilimsel danışma kurulu çalışması*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html> (Erişim Tarihi: 24.02.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *COVID-19 aşısı ulusal uygulama stratejisi*. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77706/covid-19-asisi-ulusal-uygulama-stratejisi.html> (Erişim Tarihi: 23.02.2021).
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, S.E. (2017). *Health Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Teasdale, E., Yardley, L., Schlotz, W., & Michie, S. (2012). The importance of coping appraisal in behavioural responses to pandemic flu. *British Journal of Health Psychology, 17*, 44-59.
- The Lancet. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet, 395*, 922.
- Timpka, T., Spreco, A., Gursky, E., Eriksson, O., Dahlström, Ö., et al. (2014). Intentions to perform non-pharmaceutical protective behaviors during influenza outbreaks in Sweden: A cross-sectional study following a mass vaccination campaign. *PloS One, 9*, e91060.
- Toghanian, R., Ghasemi, S., Hosseini, M., & Nasiri, M. (2022). Protection behaviors and related factors against COVID-19 in the healthcare workers of the hospitals in Iran: A cross-sectional study. *Iran J Nurs Midwifery Res, 27*, 587-592.
- TPD (Türkiye Psikiyatri Derneği). (2020). *COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının tükenmişlikten korunma rehberi. Türkiye Psikiyatri Derneği ruhsal travma ve afet çalışma birimi*. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/14202016552-TukenmislikCOVID.pdf> (Erişim tarihi: 10 Nisan 2022).

- Traş, Z., & Arslan, E. (2013). Ergenlerde sosyal yetkinliğin, algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *İlköğretim Online Dergisi*, 12(4), 1133-1140.
- Tsai, Y.C., & Liu, C.H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: A pilot study in Taiwan. *BMC Health Serv. Res*, 12, 199.
- Tuan, N.Q., Phuong, N.D., Co, D.X., Son, D.N., ... & Tuan, N.V. (2021). Prevalence and factors associated with psychological problems of healthcare workforce in Vietnam: Findings from COVID-19 hotspots in the national second wave. *Healthcare*, 9(6), 718.
- Tuna, T., & Özdin, S. (2021). Levels and predictors of anxiety, depression, and burnout syndrome in physicians during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2470–2483.
- Turancı, E. (2010). Risk iletişimde kitle iletişim araçlarının kullanımı ve “risk” içerikli mesajların oluşturulması sürecine yönelik bir değerlendirme. *Akdeniz İletişim Dergisi*, 14, 87-104.
- TÜBA (2020). *COVID-19 pandemi değerlendirme raporu*. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34, Ankara.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspect. Psychol. Sci.*, 4, 236–255.
- Um, M., & Harrison, D.F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22(2), 100-115.
- Üner, S. (2020). Pandemiye küresel durum. Türk Tabipleri Birliği Covid-19 izleme kurulu. *Covid-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu* içinde. 88-101.

- Ünüvar, A. (2003). *Çok yönlü algılanan sosyal desteğin 15-18 yaş arası lise öğrencilerinde problem çözme becerisine ve benlik saygısına etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. ss.130.
- Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 Pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(1).
- Vacondio, M., Priolo, G., Dickert, S., & Bonini, N. (2021). Worry, perceived threat and media communication as predictors of self-protective behaviors during the COVID-19 outbreak in Europe. *Front. Psychol.* 12, 577992.
- Van Bavel, J.J.V., Baicker, K., Boggio, P S., Capraro, V., & Wille R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471.
- Van Bavel, R., Rodríguez-Priego, N., Vila, J., & Briggs, P. (2018). Using protection motivation theory in the design of nudges to improve online security behavior. *International Journal of Human-Computer Studies*. doi:10.1016/j.ijhcs.2018.11.003.
- Verkijika, S.F. (2019). If you know what to do, will you take action to avoid mobile phishing attacks?: Self-efficacy, anticipated regret, and gender. *Computers in Human Behavior*, 101(December), 286–296.
- Vindegard, N., & Benros, M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav. Immun.*, 89, 531–542.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. Wiley.
- Wachira, E., Laki, K., Chavan, B., Aidoo-Frimpong, G., & Kingori, C. (2023). Factors influencing COVID-19 prevention behaviors. *Journal of Prevention (2022)*, 44(1), 35–52.
- Wang, C.M., Qu, H.Y., & Xu, H.M. (2016). Relationship between social support and self-efficacy in women psychiatrists. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 103-106.

- Wang, J.N., Sun, W., Chi, T.S., Wu, H., & Wang, L. (2010). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese doctors: A cross-sectional survey. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 83, 905-911.
- Wang, L.J., Chen, C.K., Hsu, S.C., Lee, S.Y., Wang, C.S., & Yeh, W.Y. (2011). Active job, healthy job? Occupational stress and depression among hospital physicians in Taiwan. *Ind. Health*, 49, 173-184.
- Wang, P.W., Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Chen, I.H., Yen, C.F., Kuo, Y.J., Griffiths, M.D., Pakpour, A.H. (2021). Motivation to have COVID-19 vaccination explained using an extended protection motivation theory among university students in China: The role of information sources. *Vaccines*, 9, 380.
- Watkins, R. E., Cooke, F. C., Donovan, R. J., MacIntyre, C. R., Itzwerth, R., & Plant, A. J. (2007). Influenza pandemic preparedness: motivation for protection among small and medium businesses in Australia. *BMC Public Health*, 7, 157.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12(4), 324–333.
- Westcott, R., Ronan, K., Bambrick, H. ve Taylor, M. (2017). Expanding protection motivation theory: investigating an application to animal owners and emergency responders in bushfire emergencies. *BMC Psychology*, 5(1), 13.
- WHO (World Health Organization). (2017). *Process of translation and adaptation of instruments*. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ (Erişim Tarihi: 10.06.2020).
- WHO. (2018a). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. World Health Organization.
- WHO. (2018b). *Occupational safety and health in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders*. World Health Organization. s.51-55.
- WHO. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Surveillance and case definitions*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus->

2019/technical-guidance/surveillance-and-casedefinitions (Erişim Tarihi: 4 Mayıs 2021).

WHO. (2020a). *WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (Erişim Tarihi: 30.01.2020).

WHO. (2020b). *WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11.02.2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Erişim tarihi: 11.02.2020).

WHO. (2020c). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (Erişim tarihi: 11.03.2020).

WHO. (2020d). *Burn-out an "occupational phenomenon": International classification of diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-on-international-classification-of-diseases> (Erişim tarihi: 04 Nisan 2022).

WHO. (2020e). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> (Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2022).

WHO. (2023a). *Coronavirus disease (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/> (Erişim Tarihi: 21.03.2023).

WHO. (2023b). *Coronavirus disease (COVID-19) dashboard, situation by country, territory & area*. <https://covid19.who.int/table> (Erişim Tarihi: 21.03.2023).

Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a

- simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health Medicine Journal*, 20(7), 832–837.
- Wills, T.A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. San Diego, CA: Academic Press. s.61–82.
- Wills, T.A. (1991). Social support and interpersonal relationships. Clark M.S. (Ed.), in *Review of Personality and Social Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage, 12, 265–289.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 591–615.
- Woon, L.S.C., Sidi, H., Jaafar, N.R.N., & Bin Abdullah, M.F.I.L. (2020). Mental health status of university healthcare workers during the COVID-19 Pandemic: A post-movement lockdown assessment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 9155.
- Wu, C.S., Wong, H.T., Chou, L.Y., To, B.P., Lee, W.L., & Loke, A.Y. (2014). Correlates of Protective Motivation Theory (PMT) to adolescents' drug use intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 671–684.
- Wu, H., Zhao, Y., Wang, J.N., & Wang, L. (2009). Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: A cross-sectional survey. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 83, 155-164.
- Wu, Y. (2005). Protection motivation theory and adolescent drug trafficking: relationship between health motivation and longitudinal risk involvement. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(2), 127–137.
- Wurtele, S.K. (1988). Increasing women's calcium intake: The role of health beliefs, intentions, and health value. *Journal of Applied Social Psychology*, 18(8), 627-639.
- Wurtele, S.K. ve Maddux, J.E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior. *Health Psychology*, 6, 453-466.

- Xiao, H., Li, S., Chen, X., Yu, B., Gao, M., Yan, H., & Okafor, C.N. (2014). Protection motivation theory in predicting intention to engage in protective behaviors against schistosomiasis among middle school students in rural China. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 8(10), 1-10.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020b). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med. Sci. Monit.*, 26(26), e923549.
- Xiao, S.Y. (1994). The theoretical basis and applications of Social Support Rating Scale (SSRS). *J Clinical Psychiatry*, 4, 98–100.
- Xiao, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020a). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PloS One*, 15, e0233831.
- Xu, X. (2009). *Health motivation in health behavior: Its theory and application. Department of Psychology College of Liberal Arts [PhD Thesis]*. University of Nevada, Las Vegas. ss.185.
- Yang, N., Xiao, H., Wang, W., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Effects of doctors' empathy abilities on the cellular immunity of patients with advanced prostate cancer treated by orchiectomy: The mediating role of patients' stigma, self-efficacy, and anxiety. *Patient Prefer Adherence*, 12, s.1305-1314.
- Yeke, S. (2020). *İşe yabancılaşmada algılanan sosyal destek ve duygusal zekâ: duygusal emek kuramı boyutlarının aracılık rolü üzerine bir araştırma [Doktora Tezi]*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 155-159.
- Yıldız, A. & Kaya, S. (2022). COVID-19 pandemisinin yönetiminde halkın hastalıktan korunma davranışlarının incelenmesi: Korunma motivasyonu teorisi yaklaşımı. A. Sivrikaya ve Ö. Uğurluoğlu (Ed.), *Pandemide yönetim ve ekonomi içinde*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. s.31-56.

- Yıldız, A., Kaya, S., & Güngörer, B. (2023). The relationship among burnout, perceived social support and cognitive factors affecting preventive behaviours of healthcare workers: The COVID-19 pandemic period. *International Journal of Healthcare Management*. doi:10.1080/20479700.2023.2265674.
- Yıldız, A., Kaya, S., Altunkaynak, B. & Güngörer B. (2022). Covid-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirme ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4), 861-882.
- Yılmaz, A., Taşdemir Yiğitoğlu, G., & Yılmaz, H. (2022). Effect of Covid-19 on social support perception and stress in healthcare workers at a tertiary hospital. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 12(1), 54-64.
- Yu, Y., Lau, M.M.C., & Lau, J.T.F. (2022). Application of the protection motivation theory to understand determinants of compliance with the measure of banning gathering size >4 in all public areas for controlling COVID-19 in a Hong Kong Chinese adult general population. *PloS One*, 17(5), e0268336.
- Zhan, J., Chen, C., Yan, X., Wei, X., Zhan, L., Chen, H., & Lu, L. (2022). Relationship between social support, anxiety, and depression among frontline healthcare workers in China during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 947945.
- Zhang, M., Wei, W., Li, Q., Chen, X., Zhang, M., Zuo, D., & Liu, Q. (2021). Determinants of intention to participate in breast cancer screening among urban Chinese women: An application of the protection motivation theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11093.
- Zhang, W., Xiong, S., Zheng, Y., Wu, J. (2022). Response efficacy and self-efficacy mediated the relationship between perceived threat and psychic anxiety among college students in the early stage of the Covid-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2832.
- Zhou, T., Xu, C., Wang, C., Sha, S., et al. (2022). Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: A perspective from the job demands-resources model. *BMC Health Serv. Res.*, 22, 284.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., et al. [China Novel Coronavirus investigating and research team.] (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

Zimet, G.D., Powel, S.S., Farley, G.K. ve diğçerleri. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 55, 610-617.



EK 1. Anket Formu**GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU**

Değerli sağlık çalışanı,

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Aslı YILDIZ'ın, Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığındaki doktora tezi kapsamında yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma davranışlarını algılanan sosyal destek ve tükenmişlik düzeyi ile değerlendirmektir.

Bu araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, gizli kalacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Onay vermeden önce, çalışma ve anketle ilgili aklınıza takılan veya sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa rahatlıkla sorabilirsiniz. Ayrıca çalışma bittikten sonra ölçek formunda belirtilen araştırmacıya telefon ya da e-posta aracılığıyla ulaşabilir, sorularınızı sorabilir ve sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

Siz değerli sağlık çalışanlarına bu zor günlerde kıymetli vaktinizden ayırarak bu çalışmaya katkı sağladığınız için,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

Tarih:

Araştırmacı

Adı Soyadı : Aslı YILDIZ
 Adres : Hacettepe Üniversitesi
 İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü
 E-posta :
 Cep Tel :
 İmza :

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen kutucuğu işaretleyiniz.

- Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.**
 (Lütfen bu formu onayladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

EK 1.1 Anket Formu

1. **Cinsiyetiniz** () Kadın () Erkek
2. **Yaşınız**
3. **Medeni durumunuz** () Evli () Bekâr () Boşanmış/Ayrı yaşıyor
4. **Eğitim düzeyiniz**
 () Lise () Ön lisans () Lisans () Yüksek lisans
 () Doktora / Tıpta Uzmanlık () Post-Doktora / Yan dal
5. **Mesleğiniz**
 () Hekim () Hemşire () Ebe () Sağlık Memuru
 () Diğer Sağlık Personeli : lütfen belirtiniz.
6. **Mesleki çalışma süreniz**ay..... yıl
7. **Kimlerle yaşamaktasınız?**
 () Çekirdek aile (ben, eşim ve çocuklarım/ ben ve çocuklarım)
 () Geniş aile (ben, eşim, çocuklarım ve büyükanne, büyükbaba ile/ ben, çocuklarım ve büyükanne, büyükbaba ile)
 () Ev arkadaşı/arkadaşları, bir aile yanında veya bir aile büyüğüm ile
 () Tek yaşıyorum
8. **Çocuğunuz var mı?** () Var ise sayısı:..... () Yok
9. **COVID-19 tanılı hastalara klinik/yoğun bakım hizmeti verdiniz mi?** () Evet () Hayır
10. **Şu anda COVID-19 servisinde mi çalışmaktasınız?** () Evet () Hayır
11. **Bugünkü genel sağlık durumunuzu COVID-19 salgını öncesine göre derecelendiriniz.**
 () Çok Kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok İyi
12. **Sizde ve birlikte yaşadığınız bireylerde kronik hastalığı olan var mı?**

Kronik hastalığı olan birey	Var (Belirtiniz)	Yok
Örnek; Kendim, Eşim, Çocuğum, Anneannem, Ev arkadaşım vb.	Hipertiroidi	X

EK 1.2 Anket Formu

13. Bu süreçte size veya birlikte yaşadığınız bireylere COVID-19 bulaştı mı?

() Evet (ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz) () Hayır

<p>COVID-19 Bulaşan Birey/ler</p>	
--	--

14. Fiziksel sağlığınıza aşağıdakilerden hangilerini gerçekleştirerek destekte bulunuyorsunuz?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- () Dengeli beslenerek () En az 7-8 saat uyuyarak () İş arasında kendime vakit ayırarak
 () Ek gıda ve vitamin takviyesi alarak () Spor, doğa yürüyüşü, yoga vb. yaparak
 () Yeterli günlük su tüketimi ile () Diğer (lütfen belirtiniz):.....

15. Salgın sürecinde aşağıdaki durumlardan biri nedeniyle işe gidemediğiniz oldu ise işaretleyiniz. (Birden fazla durum yaşadığınız çoklu işaretleme yapabilirsiniz)

- () Hastalandım
 () Ailemde hastalanan bir kişiye/kişilere bakmak zorunda kaldım
 () Bir yakınımı kaybettim
 () Ailevi problemler yaşadım
 () Diğer nedenlerle (lütfen belirtiniz):

16. Pandemide izolasyon süreci yaşadınız mı? (Ailenizden ayrı otel, yurt vb. bir yerde kaldınız mı?)

() Evet () Hayır

17. Covid-19 aşısı yaptırdınız mı?

() Evet () Hayır

EK 1.3 Anket Formu

Madde No	COVID-19'DAN KORUNMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Dünyadaki herkes gibi, bana da koronavirüs bulaşabilir.					
2	Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar koronavirüsten etkilenir.					
3	Alışveriş merkezi, market, iş yeri gibi dış mekanlarda bulunan yüzeylere temas sonucunda bana koronavirüs bulaşabilir.					
4	Sağlıklı kalmam veya korona hastalığına yakalanmam şansıma ve kaderime bağlıdır.					
5	Korona hastalığı ölümle sonuçlanabilir, çünkü henüz kesin bir tedavisi yoktur.					
6	Korona hastalığı sonucunda akciğerlerim hayatımı sekteye uğratacak şekilde ciddi zarar görebilir.					
7	Her şeyden önemlisi, ailemin korona enfeksiyonuna yakalanmasından endişeleniyorum.					
8	Herkesin el temasının olduğu yüzeylere temas ettiğimde endişeleniyorum.					
9	Gerekli işler için bile olsa evden çıkarken korkuyorum.					
10	Korona hastalığına yakalanırsam, hastanede/evde kaygı dolu günler geçirmek zorunda kalırım.					
11	Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca kesintisiz yıkanması zaman alıcı ve zordur.					
12	İnsanlarla el sıkışmazsam veya onlarla iletişim kurarken aramıza mesafe koyarsam, bana kızabilirler.					
13	Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor.					
14	Maske takarken nefes almak zordur.					
15	Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkamam cildimi daha hassas bir hale getiriyor ve tahriş ediyor.					
16	Evde kalır ve karantinaya girersem, bunalıma girer ve sıkılırım.					
17	Koronavirüs salgının olduğu bugünlerde seyahat etmek veya evden çıkmak beni mutlu ediyor.					
18	İnsanlarla el sıkıştığımda ya da onları öptüğümde daha samimi hissederim.					
19	Soğuk gıda ve ekmek arası yemek, sıcak yemek ve ısıtılmış ekmek yemekten daha zevklidir.					
20	Ellerimi sabun ve suyla en az 20 saniye yıkamam, beni korona hastalığımdan yüksek oranda korur.					
21	Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske kullanmam, koronavirüsü başkalarına bulaştırmamı engeller.					
22	Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur.					
23	Evimde ve işyerimdeki yüzeyleri dezenfekte etmem, koronavirüsten korunmama yardımcı olur.					
24	Satın aldığım ve dışarıdan getirdiğim her şeyi dezenfekte ederim.					
25	Sosyal mesafemi (en az 1 metre) koruyarak, kendimin ve başkalarının sağlığını korumak istiyorum.					
26	Koronavirüs bulaşma riski olduğu sürece, ailem ve arkadaşlarımla internet üzerinden (online) görüşme yapmayı düşünüyorum.					
27	Yiyecekleri ve ekmeği, yemeden önce ısıtıyorum.					
28	Dış mekanlardaki yüzeylere temas ettikten sonra ve yüzüme dokunmadan önce ellerimi yıkamak benim için kolaydır.					
29	Korona hastalığı belirtilerim (ateş, nefes darlığı, halsizlik, öksürük, tat kaybı, ishal ve kusma vb.) olursa, hemen bir hastaneye başvurabilir veya bir doktorla görüşebilirim.					
30	Evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde herhangi bir sorun yaşamadan temiz maske kullanabilirim.					
31	Koronaya yakalanma ihtimalim olduğu sürece, üzgün ve engellenmiş hissetsem bile evde kalabilirim.					

EK 1.4 Anket Formu

Madde No	COVID-19'DAN KORUNMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ (devamı)	Her Zaman	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
32	Dış yüzeylere temas ettiğimde, ellerimi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkar ya da dezenfekte ederim.					
33	Koronavirüs bulaş zincirini kırmak için, kullanmış olduğum maskeleri uygun şekilde çöp kutusuna atarım.					
34	Farklı temas yüzeylerini düzenli olarak dezenfekte ederim (ev ve araba anahtarlarımı, iş ve kredi kartlarımı, cep telefonumu, vb.)					
35	Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağzıma ve burnuma ellerimle dokunmamaya gayret ederim.					
36	Eve girmeden önce, evde belirlediğim bir alanda (örn; kapalı balkon ya da banyo) kıyafetlerimi değiştirir ve orada bırakırım.					

Madde No	ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Kuvvetle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Evet	Kuvvetle Evet	Kesinlikle Evet
1.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3.	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4.	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6.	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7.	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8.	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10.	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11.	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12.	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK 1.5 Anket Formu

Madde No	MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ					
		Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2	İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
5	Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
6	İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
7	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
8	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
9	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
10	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
11	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
12	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
13	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
14	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					
15	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
16	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
17	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
18	Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
19	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
20	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
21	Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
22	İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					

EK 2. Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

Sayın Uzman,

Aşağıdaki tabloda T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının COVID-19'dan korunma motivasyonlarını ölçmek amacıyla uyarlama çalışması yapılan “COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeği”nin dil bilimciler tarafından yapılmış olan Türkçe çevirisi bulunmaktadır. Formda bulunan her bir maddenin ölçülecek olan özelliği ülkemiz kültürüne göre temsil edip etmediği, maddelerin yeterince yalın ve açık olup olmadığı, uygun çevirisinin yapıp yapılmadığını değerlendirmeniz arzu edilmektedir. Maddelere ilişkin değerlendirmenizi “Yeterli ve uygun (4)”, “Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir (3)”, “Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir (2)”, “Uygun değil (1)” seçeneklerinden **yalnızca birini seçerek** ve verdiğiniz puan (1), (2) ve (3) ise lütfen ilgili kutucuğa yapılması gereken değişikliği ve maddenin niçin uygun olmadığını yazarak yapınız.

Konuya ilişkin değerlendirmenizi kolaylaştıracak açıklamalar formun son sayfasında yer almaktadır.

Değerli katkılarınız için teşekkürlerimi sunarım.

Aslı YILDIZ
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Doktora Öğrencisi

EK 2.1 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

COVID-19'DAN KORUNMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ KAPSAM GEÇERLİLİĞİ DEĞERLENDİRME FORMU					
ALGILANAN TEHDİT BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
1	Dünyadaki herkes gibi, bana da Korona bulaşabilir. Like all people in the world, I may be infected with Corona.	+			
2	Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar Korona'dan etkilenir. Only the elderly and those with chronic illnesses are affected by Corona.		+ (Açıklama yazınız:)		
3	(Alışveriş merkezi - benzin istasyonu ve işyeri gibi) dış mekanlarda bulunan yüzeylerle temas sonucu bana Korona bulaşabilir. I may be infected with Corona as a result of contact with outdoor surfaces (shopping center - gas station and workplace).				
4	Sağlıklı kalabilmek veya korona bulaşması şansıma ve kaderime bağlıdır. Staying healthy or having a corona depends on my luck and fate.				
5	Korona hastalığının sonu ölümcül olabilir, çünkü kesin bir tedavisi yok. The result of Corona disease can be deadly because there is no definitive cure for it.				
6	Korona hastalığı sonucunda ciğerlerim hayatımı sekteye uğratabilecek şekilde ciddi zarar görebilir. The result of Corona disease is severe damage to my lungs that disrupts my life.				
KORKU BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
7	Ailemin Korona olmasından daha çok endişeleniyorum (En çok da aileme Korona bulaşmasından endişe ediyorum). I'm more worried about my family having Corona (Most of all, I am concerned about my family being infected with Corona).				

EK 2.2 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

KORKU BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir	Uygun değil
8	Farklı yüzeylerle temas ettiğimde endişelenirim (Örn. asansör kapısı, ev kapısı – alışveriş merkezi - benzin istasyonu - iş yeri) I get anxious if I come in contact with different surfaces (e.g., elevator door, home door - shopping center - gas station - workplace).				
9	Gerekli işler için bile evden çıkarken korkuyorum. I am scared of even going out of the house for essential work.				
10	Eğer Korona hastalığına yakalanırsam, hastanede anksiyete içerisinde uzun günler geçirmek zorunda kalırım. If I have Corona, I have to spend long days in the hospital with anxiety.				
ALGILANAN CEVAP MALİYETİ BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir	Uygun değil
11	Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca sürekli yıkanması zaman alıcı ve zor. Continuous washing of hands at least 20 seconds outside the home is time-consuming and difficult.				
12	İnsanlarla el sıkışmazsam veya iletişim içindeyken onlarla arama mesafe koyarsam, bana kızabilirler. If I do not shake hands or I have a distance with them when communicating with others, they may be angry with me.				
13	Eldiven giydiğimde ellerim terliyor. When I wear gloves, my hands sweat.				
14	Maske ile nefes almak zor. It is hard to breathe with a mask.				
15	Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkamak cildimi hassaslaştırıyor. Washing regularly my hands with soap makes my skin more sensitive.				
16	Evde kalır ve karantinaya girersem bunalıma girer ve sıkılırım. If I stay at home and be a quarantine, I get depressed and bored.				

EK 2.3 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

ÖDÜLLER BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
17	Korona salgının olduğu bugünlerde seyahat etmek veya evden çıkmak beni mutlu ediyor. In these days of Corona outbreaks, traveling or leaving home makes me happy.				
18	Başkalarıyla el sıkıştığımda ya da onları öptüğümde daha samimi hissediyorum. When I shake hands with others or kiss them, I feel more intimate.				
19	Soğuk gıda ve ekme yemek, pişmiş yemek ve sıcak ekme yemekten daha zevkli. Eating cold food and bread is more enjoyable than cooked food and hot bread.				
ALGILANAN CEVAP ETKİNLİĞİ BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
20	Ellerimi sabun ve suyla en az 20 saniye yıkamak, kendimi Korona hastalığından korumanın mükemmel bir yoludur. Washing my hands with soap and water for at least 20 seconds is an excellent way to prevent me from Corona disease.				
21	Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske ve eldiven kullanmak, Korona'yı bulaştırmamı engeller. Wearing masks and gloves outdoors and in crowded places prevent me from transmitting Corona.				
22	Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (2 metre) korumam Korona bulaşma zincirini kırmaya yardımcı olur. Maintaining my physical and social distance with others (2 meters) helps break the Corona transmission chain.				
23	Evimde ve işyerimdeki yüzeyleri dezenfekte etmek beni Korona'ya karşı korur. Disinfecting the surfaces of my home and workplace protects me against Corona.				

EK 2.4 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

KORUNMA MOTİVASYONU BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
24	Eve dışarıdan getirdiklerimi, satın aldığım her şeyi dezenfekte ederim. I am going to disinfect all the nuts and the stuff I buy outside the house.				
25	2 metrelik mesafe ile hem kendimin hem de başkalarının sağlığını korumak istiyorum. I want to keep myself and others healthy by being 2 meters away.				
26	Korona bulaşma riski olduğu sürece ailem ve arkadaşarımla online olarak görüşmeyi planlıyorum. As long as there is a risk of Corona transfer, I plan to keep in touch with family and friends online.				
27	Yemek ve ekmeği, yemeden önce iyice ısıtırım. I'm going to warm the food and bread before eating well.				
ALGILANAN ÖZ-YETERLİK BOYUTU		Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
28	Yüzüme dokunmadan önce ve dış mekânlardaki yüzeylere temas ettikten sonra ellerimi kolayca yıkayabilirim. I can easily wash my hands before contacting my face and after contact with surfaces outdoors.				
29	Ateşim, nefes darlığım veya öksürüğüm olursa, hemen hastaneye gidebilir veya bir doktora başvurabilirim. If I have had a fever, shortness of breath, or cough, I can go to the hospital immediately or talk to a doctor.				
30	Herhangi bir sorun olmaksızın, evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde temiz maske ve eldiven kullanabilirim. Without any problems, I can use clean masks and gloves when I get out of the house and into crowded places.				
31	Korona kapma ihtimalim olduğu sürece, üzgün veya kısıtlanmış hissetsem bile evde kalabilirim. I can stay home for as long as I have a chance of getting a corona, even if I'm upset and frustrated.				

EK 2.5 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

DAVRANIŞSAL CEVAPLAR BOYUTU	Yeterli ve uygun	Uygun, ancak küçük değişiklik gerekir	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir	Uygun değil
<p>32 Farklı yüzeylere temas ettiğimde ellerimi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkar ya da dezenfekte ederim. When exposed to different surfaces, I wash or disinfect my hands with soap and water for at least 20 seconds.</p>				
<p>33 Korona bulaşma zincirini kırmak için, kirli eldivenleri ve maskeleri kullandıktan sonra çöp kutusuna atarım. To cut the Corona transmission chain, I put the dirty gloves and masks after use in the trash bin.</p>				
<p>34 Farklı temas yüzeylerini düzenli olarak dezenfekte ederim (ev ve araba anahtarlarımı, iş ve kredi kartlarımı, cep telefonumu, vb.) I regularly disinfect different levels of contact (home - car - work - pedestrian card, mobile phone, etc.)</p>				
<p>35 Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağızma ve burnuma ellerimle dokunmamaya dikkat ederim. When touching contaminated surfaces, I take care not to touch my eyes, mouth, and nose with my hands.</p>				
<p>36 Eve girmeden önce kıyafetlerimi dışarıda değiştiririm ve dışarıya koyarım. I change clothes outside and put them outside before I get inside the home.</p>				

EK 2.6 Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

KORUNMA MOTİVASYONU TEORİSİ VE BOYUTLARINA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

Psikometrik test tekniği kullanılan bu teori, çeşitli sağlık problemlerine, bulaşıcı hastalıklara, kronik hastalıklara, sağlık tehditlerine vb. karşı insanların nasıl davranışlar sergilediğini ortaya koymak ve davranış profiline göre eğitimler vermek, halkı bilinçlendirmek, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için koruma davranışının altında yatan faktörlerin belirlenmesi gibi amaçlarla kullanılmıştır.

Sağlıkla ilgili davranışları öngörmek ve müdahale etmek için bir çerçeve olarak kabul edilen bu teori, “**tehdit değerlendirmesi (threat appraisal)**” ve “**başa çıkma değerlendirmesi (coping appraisal)**” kullanarak davranışsal değişiklikleri değerlendirmede yararlı olan sosyal bir bilişsel teori olarak bilinir. Burada **tehdit değerlendirmesi**, kişinin herhangi bir sağlık riski karşısında ne kadar tehdit altında olduğunu değerlendirmesi sürecini ele alır ve şu alt bileşenlerden oluşur:

- (a) Sağlık probleminin algılanan ciddiyeti
- (b) Bireyin (sağlık problemine karşı) algılanan yatkınlığı
- (c) İçsel ödüller ve
- (d) Dışsal ödüller

Sağlık probleminin “**algılanan ciddiyeti (perceived severity)**” bireyin hastalık hakkında duyduklarından ve çevresindeki insanların deneyimlerinden zihninde hastalığa atfettiği ciddiyeti ve korkuları ifade eder. “**Algılanan yatkınlık (perceived vulnerability)**” bireyin algıladığı sağlık riskinin bir ölçüsüdür. **İçsel ödüller (intrinsic rewards)**, sağlıklı davranışı gerçekleştirmede kişiyi motive eden içsel faktörlerdir. **Dışsal ödüller (extrinsic rewards)** ise bireyi sağlıklı davranışı gerçekleştirmede motive eden dışsal faktörlerdir.

Başa çıkma değerlendirmesi ise, kişinin sağlık riskinden korunmaya uyumlu davranış gösteren yönünü ifade eder ve şu alt bileşenlerden oluşur:

- (a) Cevap etkinliği
- (b) Öz-yeterlik ve
- (c) Cevap maliyeti

“**Cevap etkinliği**”, bireyin korunma davranışlarını gerçekleştirmesi ile bir tehdidi ortadan kaldıracacağına dair tahminini/inancını; “**öz-yeterlik**”, bireyin önerilen bir korunma planını başarılı bir şekilde gerçekleştirme becerisine inancını; ve “**cevap maliyeti**” ise sağlıklı kalma yolunda sergilenen davranışların fırsat maliyetine dair bireysel görüşü ifade etmektedir. Yani Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT) modelinde, algıları “sağlıklı davranış niyeti”ne bağlayan *iki yol* ve toplamda *yedi bileşen* mevcuttur.

EK 3. Ölçeğin Geri Çevirisinin Uygunluk Onayı

Gönderen: Asli Yildiz
 Gönderildi: 21 Eylül 2020 Pazartesi 12:11
 Kime: khazaie_m
 Bilgi: sdkaya
 Konu: AFPB-CO Scale's Turkish Adaptation Study- Asli YILDIZ (PhD Thesis)

Dear Khazaee-Pool and Abolhassan Naghibi,

21.09.2020

On May 27, 2020, I got your permission to use your "Assessing Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19 (AFPB-CO)" scale in my doctoral thesis named "Assessment of Healthcare Professionals' Protection Behaviours of COVID-19 with Perceived Social Support and Burnout Level: An Application within the Frame of Protection Motivation Theory".

I am working on adapting the scale in Turkish and our culture. The Turkish translation of the AFPB-CO scale was made by two certified translators and it was finalized by taking the expert opinions of 19 healthcare professionals. Afterwards, it was translated back into English by the translators, and the final form is send in attachment.

If you confirm the suitability of the scale to the original form you have developed, whether there is a semantic difference and any deviation from its original version, I will be able to "pilot test" the scale with peace of mind.

If there are unsuitable points in the scale, we can talk about them via e-mail.

Your opinion is very important for the healthy progress of my work. Thank you in advance for taking your valuable time with me.

Best regards...

Ash YILDIZ
 Hacettepe University
 Social Sciences Institute
 Department of Health Management

ANKARA / TURKEY



ASLI YILDIZ
 5.10.2020 (Pzt) 14:25
 Kime: khazaie_m
 Bilgi: sdkaya

Tümünü yanıtla | v

Bu ileti yüksek önem derecesiyle gönderildi.

Dear Khazaee-Pool and Abolhassan Naghibi,

As you may recall, I have sent you an e-mail about the Turkish Version of the Scale of AFPB-CO. I wonder if you had an opportunity to review my Turkish version of the scale (which was back-translated into English). Do the items have the correct meaning you meant?

I look forward to receive your opinion

Kind regards...

Ash YILDIZ
Health Expert
Health Ministry of Turkey
General Directorate of Health Services



khazaie_m
 5.10.2020 (Pzt) 21:26
 Kime: ASLI YILDIZ R

Dear YILDIZ,

I saw it. It is OK.
 You're sincerely,
 Maryam

Sent from my Samsung Galaxy smartphone.

EK 4. AFPB-CO Ölçeğinin Kullanım İzni

Re: Request For Permission About Your Questionnaire - Aslı YILDIZ

27.05.2020 Çar 10:16 tarihinde yanıtladınız

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce



maryam khazaie
27.05.2020 Çar 10:14
Kime: Siz
Bilgi: Sıdika Kaya



Dear YILDIZ,

As previously (04.05.2020) granted approval to use our scale in your study, I again confirm that I agree and let Aslı YILDIZ using my scale entitled AFPB-CO based on the Protection Motivation Theory in his thesis (Assessment of Healthcare Professionals' Protection Behaviours of COVID-19 with Perceived Social Support and Burnout Level: An Application within the Frame of Protection Motivation Theory).

Your Sincerely,
Maryam

Dr. Maryam Khazaie-Pool, PhD
Assistant Professor in Health Education & Promotion,
Department of Public Health,
School of Health,
Marandaran University of Medical Sciences,

Check my recent publications at:

http://isid.research.ac.ir/Maryam_Khazaiepool

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=maryam+khazaiepool>

<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56094659600>

On Wednesday, May 27, 2020, 12:50:21 AM GMT+4:30, Aslı Yıldız


wrote:

EK 5. ÇBASD Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Kullanım İzni

Re: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" Kullanım İzni- Aslı YILDIZ

🕒 Bu iletiyi 22.05.2020 Cum 14:39 tarihinde ilettiniz
🌐 İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

HA haluk arkar
22.05.2020 Cum 14:34
Kime: Siz

 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal ...
14 KB

Sayın Aslı Yıldız,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Aslı Yıldız"
Kime: "haluk arkar"
Kk: "Sıdika Kaya"
Gönderilenler: 22 Mayıs Cuma 2020 14:17:26
Konu: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" Kullanım İzni- Aslı YILDIZ

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.

Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

Sayın Haluk Arkar hocam,

Ben Aslı YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi ABD (N15246695 öğrenci numaralı) doktora öğrencisiyim. "Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tükenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Koruma Motivasyonu Teorisi Çerçevesinde Bir Uygulama" başlıklı doktora tezimde, Sayın Eker ve Yıldız (2001) ile uyarılama çalışmasını gerçekleştirmiş olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni kullanabilmem için "Etik Kurul"a sunmak üzere tarafınızdan izin istemekteyim. Saygılarımla arz ederim...

EK 6. MTÖ Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Kullanım İzni



Canan Ergin
Kime: Siz

22.05.2020 Cum 12:04



Merhaba,
Ekte izin belgenizi bulabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.
CE

İZİN BELGESİ

22.05.2020

Sayın Aslı Yıldız
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Doktora Programı

Yürüteceğiniz "Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tükenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Korunma Motivasyonu Teorisi Çerçevesinde Bir Uygulama" konulu tez çalışmanızda, Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MBI) ölçeğini kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Canan Ergin
Özyeğin Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

EK 7. T.C. Sağlık Bakanlığının COVID-19 Bilimsel Araştırma Çalışmaları Uygunluk Onayı

Bilimsel Araştırma Başvurusu



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>

29.05.2020 (Cum) 13:27

Kime: ASLI YILDIZ

Tümünü yanıtla

Bu iletiyi 29.05.2020 17:21 tarihinde ilettiniz

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.

Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.

Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.

Açıklama :

Form Adı : ASLI YILDIZ-2020-05-27T15_30_27

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

EK 8. Etik Komisyon İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Tarih: 05/11/2020
Sayı: 35853172-300-E.00001316133



0001316133

Sayı : 35853172-300
Konu : Ashı YILDIZ (Etik Komisyon İzni)

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 20.10.2020 tarihli ve E-12908312-300-00001293627 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programı öğrencilerinden Ashı YILDIZ'ın Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında hazırladığı "Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tükenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Korunma Motivasyonu Teorisi Çerçevesinde Bir Uygulama" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 27 Ekim 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 60372143-5805-4451-83df-68ac34e9710e linki ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Sevda TOPAÇ



EK 9. Orijinallik Raporu

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	01
		Revizyon Tarihi Rev.Date	04.01.2023

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 05/02/2024	
Tez Başlığı: Sağlık Çalışanlarının COVID-19'dan Korunma Davranışlarının Algılanan Sosyal Destek ve Tükenmişlik Düzeyi ile Değerlendirilmesi: Korunma Motivasyonu Teorisi Çerçevesinde Bir Uygulama	
Yukarıda başlığı verilen tezinin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 240 sayfalık kısmına ilişkin, 02/02/2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezinin benzerlik oranı %14'tür.	
Uygulanan filtrelemeler**:	
1. <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2. <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç	
3. <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç	
4. <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil	
5. <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezinin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim. 05.02.2024	
Aslı YILDIZ	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	ASLI YILDIZ	Öğrenci No	
	Enstitü Anabilim Dalı	SAĞLIK YÖNETİMİ		
	Programı	SAĞLIK YÖNETİMİ		
	E-posta/Telefon			
	Statüsü	Doktora <input checked="" type="checkbox"/>	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr <input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Sıdıka KAYA

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

EK 9.1. Orijinallik Raporu

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	01
		Revizyon Tarihi Rev.Date	04.01.2023

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF HEALTH ADMINISTRATION

Date: 05/02/2024

Thesis Title (In English): Assessment of Healthcare Workers' Protective Behaviours Against COVID-19 With Perceived Social Support and Burnout Level: An Application Within The Framework of Protection Motivation Theory

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 02/02/2024 for the total of 240 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 14%.

Filtering options applied**:

- Approval and Declaration sections excluded
- References cited excluded
- Quotes excluded
- Quotes included
- Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval. 05.02.2024

Aslı YILDIZ

Student Information	Name-Surname	Aslı YILDIZ	Student Number	
	Department	Health Management		
	Programme	Health Management		
	E-mail/Phone Number			
	Status	PhD <input checked="" type="checkbox"/>	Combined MA/MSc-PhD <input type="checkbox"/>	

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED.
Prof. Dr. Sıdıka KAYA

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding refence, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.