Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

COVID-19 SALGINI'NDA GÖREV ALAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİN YORDAYICISI OLARAK BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, ALGILANAN TEHDİT BOYUTU VE DUYGUSAL EMEK DEĞİŞKENLERİNİN ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Meryem ABA

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

COVID-19 SALGINI'NDA GÖREV ALAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİN YORDAYICISI OLARAK BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, ALGILANAN TEHDİT BOYUTU VE DUYGUSAL EMEK DEĞİŞKENLERİNİN ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Meryem ABA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

KABUL VE ONAY

Meryem ABA tarafından hazırlanan "COVID-19 Salgını'nda Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 12.01.22 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ayşe Bikem Hacıömeroğlu (Başkan)

Doç. Dr. Sedat Işıklı (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Zehra Çakır (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) 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)

……/……/……

Meryem ABA

"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

*(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle 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 imkanı 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 işbirliği 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 özgün olduğunu, **Doç. Dr. Sedat IŞIKLI** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Meryem ABA

Eşim Barış Can Aba'ya…

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecim boyunca beni destekleyen, sabırla dinleyen, kaygılandığımda beni yatıştıran, ihtiyacım olduğunda beni yönlendiren, hem akademik olarak hem de mesleki olarak örnek aldığım çok değerli yüksek lisans tez danışmanım Doç. Dr. Sedat Işıklı'ya çok teşekkür ederim. Ayrıca, tez jürimde yer almayı kabul ederek çok kıymetli noktalarda önemli katkılar sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Ayşe Bikem Hacıömeroğlu'na ve Dr. Öğretim Üyesi Zehra Çakır'a da teşekkürlerimi sunarım.

Salgının ortaya çıkmasıyla neredeyse hiç bilmedikleri bir sistemde ders vermeye devam ederek mesleki ve akademik gelişimime katkı sağlayan değerli ve kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ferhunde Öktem'e, Prof. Dr. Müjgan İnözü Mermerkaya'ya, Prof. Dr. İhsan Dağ'a, Doç. Dr. Sedat Işıklı'ya, Doç. Dr. Sait Uluç'a ve son olarak Dr. Öğretim Üyesi Pınar Bıçaksız'a teşekkür ederim.

Mesleki gelişimime oldukça katkı sağlayan çok değerli süpervizörüm Dr. Öğretim Üyesi Zehra Çakır'a ayrıca teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana maddi destek sağlayan TUBİTAK' a da ayrıca teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimime başladığım zamandan beri her badirede yanımda olan çok sevdiğim canım arkadaşım Ayça Kapyapar'a teşekkürü borç bilirim. Ayrıca yüksek lisans sınıfımdaki arkadaşlarıma da yaşattıkları güzel anılar ve verdikleri destek için teşekkür ederim. Biliyorum ki verdiğiniz destek hem çok kıymetli hem de çok sakinleştirici.

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen aileme, 'Sen yaparsın kızım, ben sana güveniyorum.' diyen annem Fatma Cesur'a, 'Yapamazsan oturur, beraber çay içeriz kızım, dünyanın sonu değil ya!' diyen babam Bedrettin Cesur'a ve 'Abla hala bitiremedin mi okumayı?' diyerek beni her zaman gülümseten kardeşim Furkan Cesur'a teşekkürlerimi sunarım.

Son 3 yıldır hayatın çok farklı olabileceğini bana gösteren, her sıkıntımda yanımda olan, benimle çözüm yolları arayan, desteğini benden hiç esirgemeyen sevgili eşim Barış Can Aba'ya çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans tez çalışmamın her sürecinde bana yardımcı olan, en güncel bilgileri benimle paylaşan, tezimi oluşturmamda çok yardımı dokunan ve salgında canla başla çalışmaya devam eden sevgili kayınvalidem Şükran Aba'ya ve kayınpederim Ümit Aba'ya içtenlikle teşekkür ederim. Ayrıca tez veri toplama sürecinde neredeyse tüm sosyal çevresini kullanarak bana destek olan kardeşim 'Beren Su Aba'ya da çok teşekkür ederim.

Son olarak, bu salgın sürecinde gerektiğinde canlarını tehlikeye atarak görevlerini yerine getirmeye devam eden tüm sağlık çalışanlarına verdikleri tüm emekler için çok teşekkür ederim.

ÖZET

ABA, Meryem. *COVID-19 Salgını'nda Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Anakara, 2022.

Bu tez çalışmasında COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarının travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri göstermelerinde demografik, salgına ilişkin ve psikolojik değişkenlerin yordayıcı rolü incelenmiştir. Araştırma için 202 kadın (%58.4), 144 erkek (%41.6) olmak üzere 19-66 (*Ort* = 34.6, *ss* = 9.0) yaş aralığında 346 katılımcıdan veri toplanmıştır. Anket setini Demografik Bilgi Formu, Olay Etkisi Ölçeği-R, Beck Depresyon Envanteri, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duygusal Emek Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve algılanan tehdit boyutu için bazı anket soruları oluşturmuştur. Bağımlı değişkenlerin belirti düzeyini belirlemek amacıyla betimleyici analizler yapılmıştır. Sonrasında, demografik, salgına ilişkin ve psikolojik bağımsız değişkenlerin travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyleriyle ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi ile incelenmiştir. Travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerini anlamlı olarak yordayan değişkenleri incelemek amacıyla bir dizi Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yürütülmüştür. Araştırmadaki katılımcıların %58'i yüksek travma sonrası stres, %45'i yüksek depresif belirtiler, %26'sı yüksek duygusal tükenme, %26'sı yüksek duyarsızlaşma ve %65'i düşük kişisel başarı belirti düzeylerine sahip bulunmuştur. Ayrıca, genç olmak, erkek olmak, ön safta göre almak, kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, sağlık sistemine güvenin azalması, düzenli görülen tedavinin aksaması, ev halkıyla ilişkilerin bozulması, COVID-19 haberlerini günlük takip etme süresinin artması ve meslek nedeniyle maruz kalınan ayrımcılık deneyiminin travma sonrası stres, depresif veya tükenmişlik belirti düzeylerini yordadığı görülmüştür. Psikolojik değişkenlerden belirsizliğe tahammülsüzlüğün İleriye Yönelik Kaygı alt boyutunun Kaçınma, Girici Düşünce, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarını; Engelleyici Kaygı alt boyutunun Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutlarını; duygusal emeğin alt boyutlarından Sahte Duygular alt boyutunun tüm sonuç değişkenlerini (Kişisel Başarı alt boyutu hariç); Gizlenen Duygular alt boyutunun Kaçınma ve düşük Kişisel Başarı alt boyutlarını; Derinlemesine Eylem boyutunun yüksek Kişisel Başarı alt boyutunu ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanının tüm bağımlı değişkenleri ve alt boyutlarını (düşük Kişisel Başarı) yordadığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler

COVID-19 Salgını, sağlık çalışanı, travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler, tükenmişlik belirtileri

ABSTRACT

ABA, Meryem. *Examining the Role of Intolerance of Uncertainty, Perceived Threat Dimension and Emotional Labor Variables as Predictors of Post-Traumatic Stress Symptoms, Depressive Symptoms and Burnout Symptoms in Healthcare Workers Working in the COVID-19 Outbreak,* Master Thesis, Ankara, 2022.

In this thesis, the predictive role of demographic, outbreak-related and psychological variables on the post-traumatic stress, depressive, and burnout symptoms of healthcare workers involved in the COVID-19 Outbreak was examined. For the research, data were collected from 346 participants, 202 women (58.4%) and 144 men (41.6%), aged between 19-66 (M = 34.6, SD = 9.0). The questionnaire set consisted of Demographic Information Form, Event Effect Scale-R, Beck Depression Inventory, Maslach Burnout Scale, Emotional Labor Scale, Intolerance of Uncertainty Scale, and some survey questions for perceived threat dimension. Descriptive analyzes were conducted to determine the symptom level of dependent variables. Afterwards, the relationship between demographic, outbreak-related, and psychological independent variables and post-traumatic stress, depressive, and burnout symptom levels was examined by Pearson Product-Moment Correlation Coefficient Analysis. A series of Hierarchical Multiple Linear Regression Analyzes was conducted to examine the variables that significantly predicted post-traumatic stress, depressive and burnout symptom levels. It was found that 58% of the participants in the study had high post-traumatic stress, 45% high depressive symptoms, 26% high emotional exhaustion, 26% high depersonalization and 65% low personal achievement symptom levels. In addition, being young, being male, being in the front line, having a chronic illness, decreased trust in the health system, delay/termination of regular treatment, problematic relations with households, increased daily follow-up time for COVID-19 news, and discrimination due to occupation predicted post-traumatic stress, depressive or burnout symptom levels. Among the psychological variables, Prospective Anxiety subdimension of intolerance of uncertainty predicted Avoidance, Intrusion, Emotional Exhaustion and Depersonalization; Inhibitory Anxiety predicted Intrusion and Hyperarousal; False Feelings subdimension of Emotional Labor predicted all outcome variables (except for the Personal Achievement sub-dimension); Hidden Emotions predicted Avoidance and low Personal Achievement; Deep Surface Acting predicted high Personal Achievement, and finally, COVID-19 Threat Perception total score predicted all dependent variables (low Personal Achievement).

Keywords

COVID-19 Outbreak, healthcare worker, post-traumatic stress symptoms, depressive symptoms, burnout symptoms

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY i

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI ii

ETİK BEYAN iii

TEŞEKKÜR v

ÖZET vii

ABSTRACT ix

İÇİNDEKİLER xi

TABLOLAR DİZİNİ xvii

ŞEKİLLER DİZİNİ xix

GİRİŞ **1**

1. BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE **4**

1.1. . TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ **4**

1.1.1. . Stres, Travmatik Yaşam Olayı ve Travma Sonrası Stres Belirtileri 4

1.1.2. . Travma Sonrası Stres Bozukluğu 6

1.1.2.1. TSSB'ninTarihçesi 6

1.1.2.2. RiskFaktörleri 7

1.1.3. Geçmiş Salgınlar, COVID-19 Salgını ve Travma Sonrası Stres (TSS) Belirtileri 7

1.2.DEPRESİF BELİRTİLER **12**

1.2.1. .Depresyon Tanımı ve Depresif Belirtiler……..……12

1.2.2.Depresif Belirtiler, Geçmiş Salgınlar ve COVID-19 Salgını……..13

1.3. TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİ.....18

1.3.1.Tanımı.....18

1.3.2. Tükenmişlik Kavramını Açıklayan Modeller……..19

1.3.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli (1980)……..……..19

1.3.2.2. .Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli (1980)……..…20

1.3.2.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli (1982)……..……...21

1.3.2.4. Pines Tükenmişlik Modeli (1988)……..…...22

1.3.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli (1981)……...……..22

1.3.3. Tükenmişlik Belirtileri……..23

1.3.4.Tükenmişlik Belirtileri, Geçmiş Salgınlar ve COVID-19 Salgını……..24

1.4. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK……..27

1.4.1. Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı……27

1.4.2. Tanılar Arası Faktör Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük……..29

1.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19 Salgını 29

1.5. COVID-19TEHDİT ALGISI……..33

1.5.1. Paralel İşleme Modeli (Parallel Processing Model)…….33

1.5.2.Hastalık Temsillerinin Sağduyu Modeli (The Common Sense Model of Illness Representations) 34

1.5.3. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)……35

1.5.4. Koruma Motivasyon Teorisi (Protection Motivation Theory)……..35

1.5.5. Stres Değerlendirmesi (Etkileşimsel Stres Modeli [Transactional Theory of Stress]) 36

1.5.6. COVID-19 Tehdit Algısı , Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19 Salgını 37

1.6.DUYGUSAL EMEK……...**40**

1.6.1. Duygusal Emeğin Zaman İçerisinde Değişimi……40

1.6.1.1. Hochschild (1979, 1983)……..40

1.6.1.2. Ashforth ve Humphrey (1993)……..42

1.6.1.3. Morris ve Feldman (1996)……43

1.6.1.4. Grandey (2000)……43

1.6.2. Duygusal Emek, Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19……..44

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI……48

2.. BÖLÜM: YÖNTEM…….……50

2.1. ÖRNEKLEM……..50

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI……..54

2.2.1. Demografik Bilgi Formu……...55

2.2.2. Olay Etkisi Ölçeği -R (OEÖ-R)……55

2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)……56

2.2.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği……56

2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği……57

2.2.6. Tehdit Algısı/ Stres Değerlendirme Ölçeği……57

2.2.7. Duygusal Emek Ölçeği……59

2.3. İŞLEM……59

2.4. VERİLERİN ANALİZİ……..60

3.BÖLÜM: BULGULAR……62

3.1.ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN DEĞİŞKENLERİN BETİMLEYİCİ ANALİZ BULGULARI 62

3.2.ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİN DÜZEYİ.....75

3.3.ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİ YORDAYAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER: HİYERARŞİK ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ 77

3.3.1.Araştırma Kapsamında İncelenen Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtileri ile Demografik ve Salgına İlişkin Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analiz Sonuçları 78

3.3.2.Araştırma Kapsamında İncelenen Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 95

3.3.2.1.Travma Sonrası Stres Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi.....97

3.3.2.2.Depresif Belirtileri Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 106

3.3.2.3.Tükenmişlik Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi 109

4. BÖLÜM: TARTIŞMA……..……122

4.1.TRAVMA SONRASI STRES, DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 123

4.2.TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 125

4.3.DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 132

4.4.TÜKENMİŞLİK BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 136

4.4.1.Duygusal Tükenme Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi 139

4.4.2.Duyarsızlaşma Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi 140

4.4.3.Kişisel Başarı Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi 142

4.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE KLİNİK DOĞURGULARI…….143

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER……...147

SONUÇ 150

KAYNAKÇA 152

EKLER 177

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu 177

Ek 2: Demografik Bilgi Formu.....179

Ek 3: Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R).....186

Ek 4: Beck Depresyon Envanteri 188

Ek 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....191

Ek 6: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği.....194

Ek 7: Duygusal Emek Ölçeği.....195

Ek 8: Etik Komisyon İzni.....196

Ek 9: Orijinallik Raporu.....197

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklemin Demografik Özellikleri (N=346) 50
Tablo 2. Aşı Tutumu ve Aşı Olma Zamanı Yanıtlarının Betimsel Analiz Sonucu 63
Tablo 3. Türkiye'deki Sağlık Sistemine Olan Güvenin Betimsel Analiz Sonucu 63
Tablo 4. COVID-19 Salgını'na Bağlı Yaşanan Deneyimlerin Betimsel Analizi 64
Tablo 5. COVID-19 Salgını ile Gelen Kısıtlamaların Neden Olduğu Yaşam Olaylarının Betimsel Analizi 65
Tablo 6. COVID-19 Salgını'na İlişkin Haberlerin Takip Edildiği Kaynakların Betimsel Analizi 66
Tablo 7. COVID-19 Salgını Haberlerini Takip Etmek İçin Günlük Ayrılan Sürenin Betimsel Analizi 67
Tablo 8. COVID-19 Salgını İçin Alınan Önlemler ve Ek Önlemin Gerekliliği Değişkenlerinin Betimsel Analizi 67
Tablo 9. Alınması Gereken Ek Önlemlerin Türüne Ait Betimsel Analiz Sonucu 67
Tablo 10. Ayrımcılığa Uğrama Deneyimi Betimsel Analiz Sonuçları 69
Tablo 11. Deneyimlenen Ayrımcılığın Türüne Ait Betimsel Analiz Sonuçları 69
Tablo 12. Travmatik Yaşam Olayı Türlerine Ait Betimsel Analiz Bulguları 70
Tablo 13. Kişisel Koruyucu Ekipman Tedariği Değişkenine Ait Betimsel Analiz Bulguları 70
Tablo 14. Hikaye Türlerine Ait Betimsel Analiz Bulguları 70
Tablo 15. Mağdurla Özdeşim Anketinin Betimsel Analiz Bulguları 72
Tablo 16. COVID-19 Stres Kaynakları Anketine Verilen Yanıtların Betimsel Analiz Sonuçları 73
Tablo 17. Çalışma Değişkenlerinin Betimsel Analiz Sonuçları (N=346) 74
Tablo 18. Bağımlı Değişkenlerin Belirti Düzeylerinin Şiddetine Yönelik Betimsel Analiz Sonuçları 75
Tablo 19. Çalışmanın Bağımlı Değişkenleri ile Demografik ve Salgına İlişkin Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gösteren Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analiz Bulguları (N= 346) 79
Tablo 20. Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Kaçınma Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 98
Tablo 21. Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Girici Düşünce Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 101
Tablo 22. Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 103
Tablo 23. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Toplam Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 106

Tablo 24. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 109
Tablo 25. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 112
Tablo 26. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları 115
Tablo 27. Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizlerinin Özet Tablosu.....118

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Değişkenlerin Dahil Edilme Şeması.....97

GİRİŞ

Salgın hastalıklar insanlık tarihinin başından beri meydana gelmekte ve milyonlarca insanın ölümüne neden olmaktadır. Şimdiye kadar yaşanmış olan epidemik (örneğin; SARS, MERS, Ebola) ve pandemik (örneğin; H1N1 ve şimdilerde SARS-Cov-2) salgınlar, insanların yaşamları üzerinde, yani fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda, oldukça ağır etkilere neden olmuştur. Öyle ki, yaşanılan salgınlar sonrasında bireylerin duygu, düşünce ve davranış örüntülerinde kalıcı değişiklikler olmuş; kültürel, toplumsal, dini ve sosyal yaşamda büyük farklılıklara yol açmıştır (Huremović, 2019).

Tıpkı geçmiş salgın zamanlarında olduğu gibi, günümüzde yaşanmakta olan COVID-19 Salgını'na da tüm dünya hazırlıklı olmadığı bir şekilde (örneğin; küresel acil durum protokolü olmadan, yeterli koruyucu ekipmanı sağlayamadan veya ekonomik nedenlerle yeterli sağlık hizmeti oluşturamadan) yakalanmıştır. Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının Aralık ayında başlamış olan COVID-19 Salgını, 11 Mart 2020 tarihi itibariyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilmiş olup, günümüzde özellikle ABD, Brezilya, Rusya, İspanya ve İtalya gibi gelişmiş ülkelerin de aralarında bulunduğu, tüm dünyada 221 ülkede ve 2 uluslararası gemide insan yaşamını etkilemeye devam etmektedir (DSÖ, 2021). Bugün itibariyle (18 Eylül 2021) 228 milyondan fazla kişiye COVID-19 tanısı konulmuş ve şimdiye kadar 4,5 milyondan fazla kişinin COVID-19 Salgını nedeniyle yaşamını yitirdiği rapor edilmiştir (Worldometer, 2021; DSÖ, 2021).

Ülkemizde ilk COVID-19 tanısı 10 Mart 2020 tarihinde konulmuş olup, bugün itibariyle (18 Eylül 2021) yaklaşık 7 milyon kişiye COVID-19 tanısı konulmuş ve şimdiye kadar 61 binden fazla kişinin COVID-19 Salgını nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (T.C. SB, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) COVID-19 için acil kullanım listesine aldığı ilk aşı olan Pfizer/ BioNtech COVID-19 aşısından sonra birçok COVID-19 aşısı geliştirilmiş olmasına rağmen DSÖ bu aşıları COVID-19'un kesin tedavisi olarak tanımlamamış ve hatta aşı olan bireylerin temizlik, maske ve mesafe kurallarını uygulamaya devam etmesi yönünde önerilerde bulunmuştur (DSÖ, 2021). Aşının bulunmasıyla yayılma hızı azalmış olan salgının kesin olarak ne zaman biteceği hakkında herhangi bir bilgi bulunmamaktadır (DSÖ, 2021).

Tüm bu verilerin ışığında, COVID-19 Salgını'nın dünyada belli dengeleri yıkacağı ve siyasetten ekonomiye, bireyselden toplumsala birçok alanda belli sonuçlar doğurduğu ve doğuracağı açıktır. Sadece belli bir bölgeyi değil de dünya çapında birçok bölgeyi etkileyen COVID-19 Salgını küresel bir afet niteliği taşımakta olup, hızlı bulaşması, hastalığın doğasının tam olarak anlaşılamaması, kesin tedavisinin olmaması, artan ölüm sayısı, yaşanan ekonomik ve psikolojik kayıplar gibi nedenlerle bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde olumsuz bir etkiye sebep olduğu ve daha da olacağı düşünülmektedir (Ho ve ark., 2020; Maunder ve ark., 2006).

Ülkemizde verilen son bilgilere göre, özel hastaneler, poliklinikler ve devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarının %21-%33 oranlarında değişen COVID-19 hastalığına yakalanma riskinin olduğu; 31 Mayıs 2021'e kadar olan verilerde 403 sağlık çalışanının COVID-19 hastalığı nedeniyle hayatlarını kaybettikleri belirtilmiştir (Büyükbayrak, 2021; Türk Tabipleri Birliği, 2020). Salgının üzerinden geçen 1,5 senede, geçmiş salgınlarda olduğu gibi, COVID-19 Salgını'nda da ellerinden geleni yaparak en üst düzeyde hizmet vermeye devam eden sağlık çalışanları toplumdaki bireyler gibi ve hatta belki virüsle ön safta savaşmanın getirdiği yükle, bu durumdan psikolojik olarak çok daha olumsuz etkilenmektedirler (Kang ve ark., 2020; Lee ve ark., 2007). Salgın zamanlarında sağlık çalışanlarının psikolojik iyi oluşlarını inceleyen birçok çalışmada, sürekli ölen insanları görme, COVID-19'un küresel bir afet olması ve travmatik bir yaşam olayı olarak kabul edilmesi, virüse bağlı sevilen veya yakın kaybı, rutin kaybı, karantinadan/ izolasyondan dolayı sosyal hayatın ve sosyal desteğin azalması, dolayısıyla kişinin yalnız hissetmesi, salgının çok tehdit edici olarak algılanıp çaresizlik ve umutsuzluk duygularına kapılma, belirsizlik, salgınla birlikte oluşan ağır iş yükü, duygusal yük ve arkasından gelen fiziksel ve zihinsel yorgunluk, hastalık ve salgın hakkındaki bilgilerin yetersizliği nedeniyle hastaları iyileştirememe ve dolayısıyla yetersiz hissetme gibi faktörlerin sağlık çalışanlarında sıklıkla travma sonrası stres tepkilerini, kaygı, tükenmişlik belirtilerini ve depresif belirtileri ortaya çıkardığı bulunmuştur (Chew ve ark., 2020; Ho ve ark., 2005; Imai ve ark., 2010; Kang ve ark., 2020; Lee ve ark., 2007; Maunder ve ark., 2006; Mertens ve ark., 2020; Satici ve ark., 2020b; Taha ve ark., 2014; Wu ve ark., 2009; Yoon ve Kim, 2013; Zhu ve ark., 2020).

Alanyazındaki bu veriler ışığında, geçmiş salgınlarda olduğu gibi COVID-19 Salgını'nda da sağlık çalışanlarının psikolojik olarak olumsuz etkileneceği düşünülebilir. Bu doğrultuda mevcut çalışmada, COVID-19 Salgını süresince görev alan sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini yordamada belirsizliğe tahammülsüzlük, salgına ilişkin tehdit algısı ve duygusal emek değişkenlerinin rolü

incelenmiştir. Bir sonraki kısımda araştırmada yer alan değişkenlerin alanyazın taraması sunularak mevcut çalışmanın yapısı aktarılmış; çalışmanın önemi, amacı ve araştırma soruları ise bölümün sonuna eklenmiştir.

1. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ

1.1.1. Stres, Travmatik Yaşam Olayı ve Travma Sonrası Stres Belirtileri

Stres, Latincede ‘stringere’ yani gerilmek, 17. yüzyılda ise bela veya felaket anlamlarında kullanılmıştır. Stresin geniş çalışmalara dayanan ilk tanımı 20. yüzyılın ortalarında Hans Selye (1956) tarafından bireylerin herhangi bir uyarana verdikleri gerek bedensel gerekse de zihinsel ‘genel tepkiler’ şeklinde yapılmıştır. Ardından stres çalışmaları devam etmiş ve ortaya attıkları stresle baş etme modelinde Lazarus ve Folkman (1984), psikolojik stresi, bireylerin baş edilemez olarak gördükleri, genel olarak iyilik hallerine zarar verebilecek veya tehlikeye atabilecek ve mevcut kaynaklarının yeterli olmayacağını düşündükleri bir çevreyle olan ilişkilerinde ortaya çıktığını savunmuşlardır.

Strese karşı kişilerin gösterdiği fiziksel (örn: hızlı nefes alıp vermek, terleme vb.), psikolojik (örn; sosyal ortamlardan kaçınma, zihin karışıklığı, alkol, sigara gibi maddelere aşırı düşkünlük) ve duygusal tepkilerden (örn; hayal kırıklığı, karamsarlık vb.) bazılarının kişinin bozulan dengesine tekrar kavuşmak için işlevsel olduğu (örn; ‘Savaş ya da Kaç ya da Donup Kalma’ mekanizması gibi) öne sürülmüş olsa da; bireylerin stres yoğunlukları arttıkça verdikleri tepkilerin de işlevsel olmaktan çıktığı (örn; stres karşısında bayılma gibi) görülmüştür (Cannon, 1915; Lazarus ve Folkman 1984; Schauer ve Elbert, 2010; Selye, 1956).

Strese verilen tepkiler stresin yoğunluğuna, kaynağına, stresin algılanma şekline göre çok daha olumsuz veya anormal olabilmektedirler (Schauer ve Elbert, 2010). Bu faktörler göz önüne alındığında, bireylerin bedensel bütünlüğünü, yaşamını ve yaşamının normal seyrini sekteye uğratan, bireyi güvenli bölgesi olan ve mantıklı düşünmeyi sağlayan tolerans penceresinden çıkartan ve dolayısıyla bireyi çaresizlik, mutsuzluk, korku, bilinmezlik ve dehşet gibi olumsuz duygular içerisinde bırakan travmatik stresörlerin bireylerde yoğun strese sebep olarak anormal stres tepkilerini ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir (APA, 2013; Treleaven, 2018; Türksoy, 2003).

Travmatik stresörlerin ortaya çıkmasında etkili olan travmatik yaşam olayları, bireyin başından geçen ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel şiddet tehdidi olan veya gerçek anlamda bunları içeren olaylar, bu olaylara başkalarının başından geçerken tanıklık edilmesi, bu tarz olayların bir aile ferdinin veya yakın çevreden birinin başından geçtiğinin öğrenilmesi ile bu olaylara veya bu olayların rahatsız eden detaylarına sürekli, tekrar edici ve yoğun bir şekilde maruz kalınması olarak ele alınmıştır (APA, 2013; Serinçay ve ark., 2021). Doğrudan deneyimlenebilecek travmatik yaşam olaylarına askeri çatışma, saldırıya uğrama (fiziksel saldırı: yaralanma, bıçaklanma, gasp vb. veya cinsel saldırı: taciz, tecavüz, çocuğa yönelik yapılan cinsel istismar vb.), insanların neden olduğu afet ve kazalar; tanık olunabilecek travmatik yaşam olaylarına saldırı, kaza, savaş veya doğal afet sonucu ölen veya yaralanan bireyleri görme; son olarak dolaylı yoldan yani aile veya yakın çevreden birinin yaşadıklarının öğrenilmesi sonucunda deneyimlenen travmatik yaşam olaylarına ise yakın birinin çok büyük bir kaza atlattığını, ölümden döndüğünü veya ani bir şekilde öldüğünü öğrenme örnekleri verilebilir (APA, 2013; Dürü, 2006).

Travmatik yaşam olayları oluşma şekillerine göre insanlar tarafından istemli olarak meydana getirilenler (savaş, terör, tecavüz, afetler vb.), insanlar tarafından istemsiz olarak meydana gelenler (kazalar, yangın vb.) ve doğal olarak meydana gelenler (deprem, salgın hastalık, sel vb.) olmak üzere 3 ana başlıkta toplanmışlardır (Dürü, 2006; Serinçay ve ark., 2021). Alanyazında bu ayrımın klinik tablosuna bakıldığında, farklı travmatik yaşam olaylarının bireylerde farklı ve değişik seviyelerde travma sonrası stres belirtilerinin görülmesiyle ilişkili olabileceği görülmüştür (Grimm ve ark., 2012). Genel olarak insan eliyle ve kasıtlı olarak meydana getirilen travmaların, özellikle de cinsel travmaların, ani bir şekilde ve hızla gelişen travmaların travma sonrası stres belirtilerinin şiddetini artırdığı gözlenmiştir (Birkeland, Skar ve Jensen, 2021; Kelley ve ark., 2009).

Travmatik yaşam olaylarının oluşma şekilleri ve etkileri her ne kadar birbirinden farklı olsa da günümüz dünyasında travmatik yaşam olaylarına çok sık rastlandığı, özellikle de ülkemizde yaşanan olaylarda büyük kitlelerin etkilendiği görülmüştür. Travmatik bir yaşantıya maruz kalmanın yaygınlığını ölçen yakın tarihli çalışmalarda, yaşamları boyunca bireylerin yaklaşık %70'inin en az bir kez travmatik bir olaya maruz kaldığı ve yaklaşık %4'ünün travma sonrası stres bozukluğu geliştirdiği görülmüştür (Koenen ve ark., 2017; McGrath ve ark., 2017). Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların ise oldukça kısıtlı olduğu göz önüne alınarak yakın tarihli bir çalışma bulunamasa da kapsamlı bir boylamsal çalışmanın verilerine göre, yapılan ilk ölçümde ülkemizdeki bireylerin yaşamları boyunca en az bir kez travmatik yaşam olayına

maruz kalma oranlarının %84 olduğu görülmüş; iki sene sonra yapılan takip çalışmasında ise katılımcılardan yaklaşık %53'ü geçen iki senede en az bir kez travmatik yaşam olayına maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Karancı, Aker ve Işıklı, 2009; 2011).

Yukarıda aktarıldığı gibi, travmatik yaşam olaylarının yaygınlığı oldukça yüksek ve etkileri de oldukça fazladır. Bu bağlamda bakıldığında, travmatik yaşam olaylarıyla karşılaşan bireylerin önemli bir kısmının verdikleri ve travma sonrası stres belirtileri olarak adlandırılan fiziksel, davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkilerin birbirinden farklı olduğu ifade edilmektedir (APA, 2013; Birkeland ve ark., 2021). Örneğin; travmatik yaşam olaylarının, kaçınma (travmayla ilişkili olabilecek her türlü düşünceden, anıdan, mekândan, insandan, durumlardan uzak durmak, uzak durmaya çalışmak vb.), olumsuz düşünce ve inanç sistemleri kurmak (travmatik olaydan sonra kişinin kendisini suçlaması vb.), aşırı uyarılma (öfke patlamaları, uyku problemleri, kendine veya bir başkasına zarar verecek şekilde dürtüsel hareket etme vb.), ortamdan kopma, kendine yabancılaşma ve son olarak da istem dışı düşünme / hatırlama (travmatik olayı hatırlatan veya aynısını tekrar yaşatan rüyalar görmek, travmatik olayın anılarının zihne dolması vb.) tepkilerini ortaya çıkardığı görülmektedir (APA, 2013; Serinçay ve ark., 2021). Dahası bu tepkilerin uzun sürmesi (en az 1 ay) ve şiddetinin artması (bireylerin iş, ev, okul ya da toplumsal ortamdaki işlevselliğini bozacak kadar) halinde bireylerin bir psikolojik bozukluk olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alabileceği (gerekli diğer tanı kriterlerini de karşıladığı sürece) de belirtilmektedir (APA,2013). Bir sonraki kısımda TSSB'nin tüm DSM'ler boyunca tarihi, risk faktörleri kısa bir şekilde tartışılacak ve COVID-19 Salgını çerçevesindeki tablosu aktarılacaktır.

1.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1.1.2.1. TSSB'nin Tarihçesi

Travma kavramı ilk yayınlanan DSM'den itibaren politik, sosyal ve tarihsel olaylar doğrultusunda tekrar tekrar tanımlanmış olsa da Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ilk temelleri 2 faktörlü (yineleyici, girici ve rahatsız eden düşünceler ile kaçınma davranışları) bir model olarak ortaya atılmıştır (Horowitz, Wilner ve Alvarez, 1979). İlk iki DSM'de aşırı stres yaşatacak durumlara maruz kalma olarak yer alan travma (o sıralarda henüz TSSB değil) tanımı, DSM-III'te iki faktörlü modele aşırı uyarılmışlık boyutunun da eklenmesiyle daha geniş kapsamlı hale gelmiş, daha kanıta dayalı araştırmalar sonucunda DSM-5'te TSSB travma ve

stresörlerle ilişkili bozukluklar altında yer almış, travmatik olayların neler olabileceği tanımlanmış (örneğin 'cinsel saldırıya uğrama'nın eklenmesi) ve farklı faktörler eklenerek tanım genişletilmiştir (APA, 2013).

1.1.2.2. Risk Faktörleri

Yukarıda aktarılan bilgiler ve ülkemizde yaşam boyu travmatik yaşam olayına maruz kalma oranının %84 olduğu göz önüne alındığında, başından travmatik bir yaşam olay geçen kimsenin TSSB tanısı alabileceği düşünülmektedir. Ne var ki yapılan Dünya Akıl Sağlığı Araştırmalarında (World Health Mental Surveys-WHMS) her travmatik olay yaşayan insanın TSSB tanısı almadığı hatta TSSB'nin yaşam boyu görülme sıklığının genel popülasyonda yaklaşık %4, hayatları boyunca en az bir kez travmatik yaşam olayına maruz kalmış bireylerde ise yaklaşık %6 olduğu görülmüştür (Koenen ve ark., 2017). Aynı çalışmada, travmatik yaşam olayına maruz kalmaktan ayrı olarak TSSB tanısını yordayan belli risk faktörleri de saptanmıştır. Özellikle genç, kadın, işsiz, bekar, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin TSSB tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

TSSB'nin risk faktörlerini saptamak adına yapılan meta analiz ve gözden geçirme çalışmalarının sonuçları da Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Buna göre, erkekler daha fazla travmatik yaşam olayıyla karşılaşmasına rağmen kadınların daha fazla TSSB tanısı aldığı, dolayısıyla kadın olmak; travmanın türü (örneğin; cinsel saldırılar daha çok TSSB tanısı alma ile ilişkilendirilmiş), yaşanılan travma hakkında sürekli düşünüp durma (travma hakkında ruminasyon), travmadan önce kümülatif bir şekilde travmatik yaşam olaylarına maruz kalma (örneğin; ailenin içinde bulunduğu travmatik yaşam olayları), önceki ruhsal bozukluklar ve ailedeki psikiyatrik tanılar (özellikle kaygı, duygudurum ve davranım bozukluklarında) ve sosyal çevrenin (örneğin; düşük sosyal destek seviyesi) TSSB tanısı için risk faktörlerini oluşturdukları görülmüştür (Başaoğlu ve ark., 2004; Brewin, Andrews ve Valentine, 2000; DiGangi ve ark., 2013; Heron-Delaney ve ark., 2013; Kessler ve ark., 2014; Ozer ve ark.,2013; Tolin ve Foa, 2006).

1.1.3. Geçmiş Salgınlar, COVID-19 Salgını ve Travma Sonrası Stres (TSS) Belirtileri

Dünya üzerindeki insan nüfusunun artmasıyla birlikte travmatik yaşam sebebi olabilecek deprem, kuraklık, sel, orman yangınları, salgın hastalıklar gibi doğal afetlerden insan nedeniyle

oluşabilecek olanlarının sayısı artmıştır. Örneğin; kuraklık ve iklim değişiklikleri nedeniyle ortaya çıkabilecek orman yangınlarının, dünya genelinde yaklaşık %85-90 oranlarında insanlar nedeniyle oluştuğu bildirilmiştir (Insurance Information Instute, 2021). Alanyazında, yaşanılan afetlerin doğal bir şekilde başlasa bile devam etmesindeki faktörlerin beşeri kaynaklı olmasından dolayı afetlerin hem doğal hem de beşeri afetler (örneğin; dere yatağına ev yapan insanların aşırı yağışlardan sonra sel felaketi yaşamaları) olabileceği savunulmaktadır (Moser Jones, 2009; Shaluf, 2007).

Durum her ne olursa olsun, afetlerin insanların yaşamına ve özellikle de psikolojik iyi oluşlarına zarar verdiği açıktır. Örneğin; Kanada yangınları sebebiyle yaşadıkları yerleri tahliye etmek zorunda kalan 1500 katılımcının bulunduğu bir çalışmada, yangından 6 ay sonrasında katılımcılardan yaklaşık %13'ünün TSSB tanısı alabileceği görülmüştür (Agyapong ve ark. 2021). Aynı şekilde, depreme dayanıklı evlerin son senelerde yapılmaya başlandığı ülkemizde, yaşanan 1999 depreminden 14 ay sonra yapılan bir araştırmada, deprem merkezinde yaşayan 530 katılımcıdan %23'ünün TSSB tanısı alabileceği ve bunun da deprem merkezine 100 km uzakta yaşayan 420 katılımcınınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Başoğlu ve ark., 2004).

Ne var ki afetler sadece belli bir bölgeyi etkilemeyebilirler. Geçmişten günümüze yaşanan birçok salgın hastalık, dünyanın birçok yerinde görülmüş ve görüldüğü zamanlarda birçok insanın ölümüne neden olmuşlardır. İspanyol Gribi (Ölen kişi sayısı: 40-50 milyon) , H1N1 Salgını (Ölen kişi sayısı: 284 bin), Ebola (Ölen kişi sayısı: 11 bin), Kara Veba (Ölen kişi sayısı: 200 milyon), SARS (Ölen kişi sayısı: 916), MERS (Ölen kişi sayısı: 850) ve HIV (AIDS) (Ölen kişi sayısı: 25-35 milyon) bu salgınlara örnek olarak verilebilirler (Parıldar, 2020). Yaşanılan bu salgınlarda birçok kişinin hayatını kaybettiği, hastanelerin tıklım tıklım dolduğu ve sağlık sistemlerinin yetersiz kaldığı görülmüştür.

Alanyazında yapılan çalışmalarda, salgınlar sırasında veya sonrasında sağlık çalışanlarında TSSB görülme sıklığının %8-%30 oranlarında olduğu bildirilmiştir (Chan ve Huak, 2004; Laposa ve Alden, 2003; Lin ve ark., 2007; Mealer ve ark., 2007). Travmatik bir yaşam olayı olarak ele alınabilecek bu geçmiş salgıların hemen hemen hepsinde, kritik tıbbi durumları yönetme, salgın nedeniyle aşırı travmatize olmuş hastalara bakım verme, sürekli olarak ölüme tanıklık etme, kalabalık alanlarda çalışma, uzun çalışma saatleri nedeniyle aksayan günlük rutin (sirkadyen ritim) ve salgında ön saflarda (örneğin; salgına yakalananların tutulduğu üniteler)

görev alma gibi nedenlerin sağlık çalışanlarının genel popülasyona göre daha olumsuz etkilenmeleriyle, psikolojik iyi oluşlarının daha çok darbe almasıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (Crabbe ve ark., 2004; Maunder ve ark., 2003; Styra ve ark., 2008; Wu ve ark., 2009). Örneğin, H1N1 Salgını sırasında yapılan bir çalışmada virüsün bulaşma riskinin yüksek olduğu yerlerde çalışanların, daha az riskin bulunduğu ortamlarda çalışanlara kıyasla daha kaygılı hissettikleri ve TSS belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Matsuishi ve ark., 2012). SARS Salgını sırasında sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada ise SARS tedavisinde aktif rol oynayan sağlık çalışanlarının, tedavide rol oynamayan sağlık çalışanlarına oranla tükenmişlik, psikolojik stres ve TSS belirti seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Maunder ve ark., 2006).

Salgınların etkilerini boylamsal olarak araştıran ve uzun süreli psikolojik etkilerine bakan çalışmalarda sağlık çalışanlarında görülen TSS belirtilerinin alınan son ölçümlerde (örneğin; 1 ay sonra veya 1 sene sonra alınan ölçümlerinde) de anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür. Örneğin; MERS Salgını sırasında hastanede ortaya çıkan bir vaka üzerine karantinaya alınan hastanedeki 359 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada, ilk ölçümlerde katılımcılardan %64'ünün TSS belirtileri gösterdikleri, %52'sinin ise TSSB tanısı alabileceği; TSSB tanısı alabilecek olan (yüksek riskli grup) 183 katılımcıdan ikinci araştırmaya (1,5 ay sonra) katılmayı kabul eden 77 katılımcının %55'inin TSS belirtileri gösterdiği, %40'ının ise TSSB tanısı alabileceği görülmüştür (Lee ve ark., 2018). Araştırmacılar aynı zamanda yapılan ilk ölçümlerde MERS Salgını ile alakalı görevlerde rol alan sağlık çalışanlarının almayanlara göre daha fazla TSS belirtileri gösterdikleri; bir ay sonra alınan ölçümlerde ise evde karantinada kalması istenen sağlık çalışanlarında, uyku ve uyuşukluk-benzeri semptomların; MERS tedavisinde daha çok rol alan sağlık çalışanlarında ise girici düşünce düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. İlaveten, bu defa SARS salgını sırasında yapılan boylamsal bir çalışmada, hastalığı kapan ve tedavi alan katılımcıları, sağlık çalışanı olanlar ve olamayanlar şeklinde iki gruba ayırdıklarında salgın sırasında alınan ilk ölçümde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamış olsa da salgından bir sene sonra tekrar alınan ölçümlerde sağlık çalışanlarında TSS belirti düzeylerinin sağlık çalışanı olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Lee ve ark., 2007).

Günümüzde yaşanan COVID-19 Salgını'nın, Çin'in Wuhan kentindeki hayvan pazarından çıktığı, hayvanlardan insanlara bulaştığı söylense de salgının bu denli yayılmasında rol oynayan en büyük faktörün insan hatası (örneğin; toplumun tüm kesimlerine gerekli bilgilendirmelerin yapılmaması, yanlış bilgilendirme, siyasi ve politik nedenler vb.) olduğu düşünülmektedir

(Eyidoğan, 2020). Bu da afetin süresinin uzamasına, etkilerinin küresel çapta olmasına, travmatize olmuş toplumlara yol açmıştır. Örneğin; COVID-19 hastalığını geçirmiş 134 katılımcı ve hastalığı hiç geçirmemiş 214 katılımcının (kontrol grubu) yer aldığı bir çalışmada, 134 katılımcıdan yaklaşık %19'unun travma sonrası stres belirtileri gösterdiği ve bunun kontrol grubunun belirti düzeyinden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Yuan ve ark., 2021).

Küresel bir salgın olan COVID-19 Salgını'nın geçmiş salgınlarda olduğu gibi sağlık çalışanlarında TSS belirtilerinin görülmesine yol açtığı ve bu belirtilerin de genel popülasyona nazaran anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Örneğin, COVID-19 salgını sırasında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanı olmak ve normalden fazla çalışıyor olmak algılanan stres düzeyinin, travma sonrası stres belirtilerinin ve uyum bozukluğunun artması ile ilişkilendirilmiştir (Rossi ve ark., 2020). İlaveten, 432 katılımcının yer aldığı diğer bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yaklaşık %14'ünün TSSB tanısı alabileceği ve sağlık çalışanı olmayanlara göre Olay Etkisi Ölçeği-R puanlarının (intrusyon ve kaçınma alt boyutlarında) daha yüksek olduğu, yani daha fazla TSS belirtileri gösterdikleri görülmüştür (Demartini ve ark., 2020).

Alanyazında yapılan kesitsel, boylamsal çalışmalarda ve meta-analiz çalışmalarında, COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında olası TSSB görülme sıklığının %7-%35 arasında değiştiği, ki bunun da geçmiş salgınlardaki olası TSSB görülme sıklığına yakın olduğu belirtilmiştir (Chew ve ark., 2020; Johnson, Ebrahimi ve Hoffart, 2020; Lai ve ark., 2020; Serrano-Ripoll ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020; Zhou, Guan ve Sun, 2021). Bu oranlardan farklı olarak, İtalya'da, COVID-19 vakasının ilk görüldüğü tarihten kısa bir süre sonra, ilk vakanın görüldüğü hastanede çalışan 45 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada, katılımcıların genel psikolojik durumları ölçülmüş ve %62'sinin TSS belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (Carmassi ve ark., 2021). Elde edilen bu yüksek oranın nedeninin ise katılımcıların İtalya'da salgınla karşılaşan ilk sağlık çalışanları olmaları ve virüs hakkındaki bilgilerinin kısıtlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Daha düşük oranlarla benzer bir sonuç Çin'deki 34 hastanenin (Wuhan, Hubei ve Hubei dışındaki hastaneler) 1267 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada bulunmuş ve salgının ilk ortaya çıktığı Wuhan kentindeki hastanelerde görev alan sağlık çalışanlarının yaklaşık %13'ünün TSS belirtileri gösterdikleri ve bunun da diğer hastanedeki sağlık çalışanlarından (%7) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Lai ve ark., 2020).

COVID-19 Salgını 1,5 seneden fazla zamandır devam etmektedir. Geçen bu süre zarfında salgın 2 defa tepe noktasına ulaşmış, yani günlük vaka sayılarının çok yüksek oranlarda artarak devam ettiği 2 dönem yaşanmıştır. Bu dönemlerde artan vakaların halihazırda alarm halinde olan sağlık çalışanlarının daha fazla stres yaşamalarına yol açtığı düşünülmektedir. Alanyazında bu düşünceyi destekler nitelikte çalışmalar mevcuttur. Örneğin; COVID-19 Salgını'nın tepe noktasına ulaştığı bir dönemden hemen sonra 642 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %21'inin (TSSB Kontrol Listesinin kesme noktası 44 olarak belirlendiğinde ise katılımcıların %37'sinin) olası TSSB tanısı alabileceği ve hem en yaygın hem de en şiddetli görünen belirtilerin aşırı uyarılmışlık alt boyutuna ait olduğu görülmüştür (Zhang ve ark., 2020). İlaveten, 377 sağlık çalışanıyla yapılan bir diğer araştırmada, katılımcıları COVID-19 hastalarına maruz kalma düzeylerine göre (düşük, orta, yüksek) kategorize eden araştırmacılar, katılımcıların maruz kalma derecesi yükseldikçe aşırı uyarılmışlık semptomlarının da arttığını belirtmişlerdir (Yin ve ark., 2020).

Alanyazında yapılan diğer bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarında somatizasyonun yüksek olduğu ve bunun da TSS belirtilerini artırdığı ifade edilmiştir. Sağlık çalışanı olan 906 katılımcıyla gerçekleşen bir çalışmada, örneklemin %7'sinin TSSB tanısı alabileceği ve ayrıca katılımcılardan boğaz ağrısı, öksürük ve nefes darlığı gibi fiziksel belirti gösterenlerde TSS belirtilerinin bu fiziksel belirtileri göstermeyenlere göre daha uzun sürdüğü ve şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Chew ve ark., 2020). İlaveten, 994 sağlık çalışanının yer aldığı diğer bir araştırmada da fiziksel sağlık durumlarını COVID-19 Salgını öncesine göre daha kötü olarak ifade eden katılımcıların TSS belirti düzeylerinin diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Kang ve ark., 2020).

Ülkemizde bu konuda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalara bakacak olduğumuzda, COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında olası TSSB görülme sıklığının %26-%55 olduğu görülmektedir (Karaman ve Yastıbaş, 2021; Yalçın ve ark., 2020). Karaman ve Yastıbaş (2021), 131 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada, katılımcıların %26'sının orta ve yoğun şiddette TSS belirtileri gösterdikleri; bir yakının veya meslektaşın COVID-19 pozitif olmasının, bulaşı engelleme konusundaki bilgi yetersizliğinin, iş arkadaşlarıyla yaşanan uyumsuzluğun, iş deneyimi azlığının ve kişisel koruyucu ekipmanın yetersiz olmasının daha yüksek TSS belirtileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. İlaveten, 257 sağlık çalışanının yer aldığı diğer bir çalışmada ise katılımcıların yaklaşık %55'inin orta ve yoğun şiddette TSS belirtileri gösterdikleri; acil serviste görev alan sağlık çalışanlarının %50'sinin TSS belirtileri gösterdikleri ve bunun da diğer departmanlarda çalışanlardan anlamlı olarak fazla olduğu

görülmüştür (Yalçın ve ark., 2020). Son olarak, 120 sağlık çalışanı ve 70 sağlık çalışanı olmayan bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada yapılan t testi sonuçlarına göre gruplar arsında anlamlı bir fark olduğu görülmüş olup, sağlık çalışanlarının daha yüksek TSS belirti düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (Avcı ve Yağcı, 2021).

Yukarıda tartışılan bulguların ışığında, rahatlıkla söylenebilir ki salgın alanyazınında travma sonrası stresi çalışmak mevcut durumu anlamak ve buna yönelik önleme ve müdahale çalışmaları hazırlamak noktasında oldukça önem arz etmektedir. Bir sonraki kısımda, çalışmanın sonuç değişkenlerinden depresif belirtiler alanyazın ve COVID-19 Salgını çerçevesinde aktarılacaktır.

1.2. DEPRESİF BELİRTİLER

1.2.1. Depresyon Tanımı ve Depresif Belirtiler

Depresyon Latincedeki kelime kökeni ‘depressus’ olup ‘bastırmak, alçakta olmak, çökertmek, çökmek’ anlamlarında kullanılmaktadır. Dilimizde ise çökkünlük, kederli olma hali, mutsuzluk anlamlarına gelmektedir. Depresyon sürekli mutsuzluk, daha önceden keyif alınan aktivitelere karşı ilgi azlığı veya daha önceden keyif alınan aktivitelerden keyif alamama, metabolizmik sorunlar (örneğin; uyku problemleri, yorgunluk) ile karakterize olan, dünya genelinde 264 milyondan fazla insanı etkileyen, 2 hafta gibi kısa sürelerden uzun yıllara kadar sürebilen ve bireylerin işlevselliğinin bozulmasına yol açan en temel hastalıklar arasında yer almaktadır (DSÖ, 2020; GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu denli ciddi sonuçların açıklandığı bir olgunun, depresyonun, 1994 ve 2014 yılları arasında 30 ülkede yapılan araştırmalardaki sonuçlara göre yaygınlığını araştıran bir meta analiz çalışmasında, nokta yaygınlığı (point prevalence) yaklaşık %13, bir yıl yaygınlığı (one year prevalence) %7 ve yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık %11 olarak bulunmuştur (Lim ve ark., 2018). Ülkemizde yapılan epidemiyoloji çalışmalarının güncel olmadığı da göz önüne alınarak, Türkiye’de yapılan en kapsamlı çalışmanın 1998 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması olduğu bilinmektedir; fakat aradan geçen 20 yıllık zamana ve değişen nüfus profiline rağmen bu araştırma tekrarlanmamıştır. Araştırmaya göre, depresyonun bir yıllık yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3 ve genel toplumda ise %4 olarak rapor edilmiştir

(Erol ve ark., 1998). Daha yakın tarihli olarak, Türkiye'de 2000-2012 yılları arasındaki araştırmaları inceleyen bir gözden geçirme çalışmasının bulgularına göre, araştırmalardaki rapor edilen depresyon yaygınlığının doğum sorası dönem için %6-%40; kadınlarda %7-%42; ergen ve çocuklarda %4- %37; üniversite öğrencilerinde %21- %48 ve son olarak da sağlık çalışanlarında %11-%29 aralıklarında değiştiği görülmüştür (Binbay ve ark., 2013).

Yaygınlığı ve farklı gruplarda görülme sıklığı bu denli fazla olan depresyonun belirtileri de birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Genel olarak bilişsel, duygusal, bedensel ve motivasyonel/ davranışsal olmak üzere 4 temel belirti kümesi bulunmaktadır. Bireyin depresif belirtiler gösterdiği dönemde bilişsel anlamda düşünce süreci ve akışında (örneğin; aşırı dikkatsizlik, düşünce akışında yavaşlama, bellek bozukluğu/ unutkanlık) veya düşünce içeriğinde (örneğin; suçluluk/ değersizlik düşünceleri, kararsızlık, intihar düşünceleri) bozulmalara; duygusal anlamda çökkün bir duygudurumuna (örneğin; umutsuzluk, mutsuzluk, karamsarlık duyguları içinde olma), sıkıntı ve bunaltı hissine (örneğin; sinirlilik hali, tahammülsüzlük), motivasyonel ve davranışsal anlamda ilgi azlığı veya kaybına (örneğin; daha önceden keyif alınan aktivitelerden daha az keyif alma veya keyif almama), psikomotor yavaşlamaya veya psikomotor ajitasyona; bedensel anlamda ise enerji azlığına, iştah/kilo kaybı veya artışına, cinsel istek azlığına/ kaybına, uyku düzensizliklerine sahip olabileceği bilinmektedir (APA, 2013; Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Dünya üzerinde en sık karşılaşılan ve yukarıda aktarılan psikolojik belirtilerle karakterize olan bozukluklar DSM-5'teki sırasıyla Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu, Majör Depresif Bozukluk, Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi), Premenstrüel Disforik Bozukluk, madde/ ilaç kullanımıyla, başka bir tıbbi durum nedeniyle ve tanımlanamayan belirtilerle oluşan depresif bozukluklar şeklinde yer almaktadır (APA, 2013).

1.2.2. Depresif Belirtiler, Geçmiş Salgınlar ve COVID-19 Salgını

Salgınlar travmatik bir yaşam olayı olmalarının yanı sıra, yaşandıkları süre zarfında bireylerin yaşamını yer yer kısmi bir şekilde yer yer ise kökten olacak şekilde değiştirmişlerdir. Bu da bireylerin çevreleri üzerindeki kontrollerinin azalmasına ve dolayısıyla umutsuzluk, çaresizlik, zayıflık veya yalnızlık gibi duyguların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Huremović, 2019). Örneğin hastalığın neden olduğu işlev kaybının (örn; karantinada kalmak, hastalık nedeniyle günlük işleri yerine getirememek veya günlük rutin kaybı) bireylerde moral bozukluğuna,

çaresizliğe ve eskiden oldukları kişileri kaybetmelerinden dolayı yas tutmaya ve dolayısıyla da depresif bir ruh haline yol açabileceği düşünülmektedir (Levin, 2019).

Sağlık çalışanları salgın zamanlarında yaşanılan kapsamlı değişikliklerden en çok etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. Özellikle hastalığı kapan insanların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda görev alırken bu hastaları kaybetmenin getirdiği yoğun korku ve endişe, kişisel koruyucu ekipmanları yetersiz olduğunda hastalığı kapma tehlikesi nedeniyle umutsuz veya salgın ve tedavisi hakkındaki bilgiler eksik veya az olduğunda yetersiz hissetmektedirler. Örneğin; özellikle 2000-2007 yılları arasında, ayrı ayrı 2 dönem şeklinde, Afrika kıtasında yaşanan Ebola Virüs Salgını'nda 2 farklı hastanede görev alan 23 sağlık çalışanıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış; 2000 yılındaki salgında görev alan sağlık çalışanlarının %87'sinde, 2007 yılındaki salgında görev alan katılımcıların %63'ünde (hastalığı geçirmiş olanların %100'ünde) depresif belirtiler görüldüğü; kimlerinin artık hayatta anlam bulamadıkları ('Life has no meaning and everything is dark.'/ 'Hayatın hiçbir anlamı yok ve her şey çok karanlık), kimilerinin salgında alınan tedbirler nedeniyle sıkıntı yaşadıkları ('Inside the PPE is hot and uncomfartable to work too long hours.' / Kişisel koruyucu ekipmanın içi uzun saatler boyunca çalışmak için sıcak ve rahatsız), kimilerinin ise virüs nedeniyle çok fazla yakın kaybetmenin getirdiği üzüntüyle depresyon tanısı aldıkları ('After I lost my multiple family members because of the Ebola Virus, I could not adopt and was diagnosed with depression'/ Birçok aile üyemi Ebola virüsü nedeniyle kaybettikten sonra uyum sağlayamadım ve depresyon tanısı aldım.') ortaya çıkmıştır (Englert, Kiwanuka ve Neubauer, 2019). İlaveten, 1194 ön safta görev alan sağlık çalışanın yer aldığı bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %47'sinin depresif belirtiler gösterdiği; başkalarına hastalık bulaştırmaktan korkma, kişisel koruyucu ekipmanına erişimin zorluğu ve toplum tarafından damgalanma (örn; apartman yönetiminin diğer oturan sakinlerle aldığı ve sağlık çalışanlarına yönelik olan asansör kullandırmama kararları) depresif belirtileri yordayan risk faktörleri olarak bulunmuştur (Greene ve ark., 2021).

Alanyazındaki çalışmalarda, salgına yakalanan hastalara bakan sağlık çalışanlarının da virüsü kapabileceğinden ve dolayısıyla sürekli olarak yaşamı tehdit eden bir olayın içerisinde bulunmalarından dolayı genellikle travma sonrası stres belirtilerine odaklanılsa da travma sonrası stres belirtilerine eşlik eden veya ayrı giden depresif belirtilerle de oldukça sık karşılaşılmıştır (Liu ve ark., 2012; McAlonan ve ark., 2007). Örneğin; SARS Salgını sırasında farklı hastane birimlerinde (SARS Birimleri ve nöroloji ve kardiyoloji) görev alan 102 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada, katılımcılardan bir dizi anketi (örneğin; Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği veya Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi) belli zaman

aralıklarıyla (bir haftada bir veya iki haftada bir) doldurmaları istenmiş; katılımcıların yaklaşık %28'inin depresif belirtiler gösterdikleri (2 hafta üst üste olan BDE puanlarının 10'un üzerinde olduğu) ve bunun da SARS birimlerinde görev alanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Su ve ark., 2007).

Geçmiş salgınlarda olduğu gibi günümüzde yaşanmakta olan COVID-19 Salgını da beraberinde birçok değişiklikle gelmiştir. COVID-19 Salgını'nın 2000 yılı sonrasında yaşanan salgınlardan en büyük farkı çok hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılması ve küresel bir afet haline gelmesi olmuş ve salgının etkilediği alan büyüdükçe de salgına karşı alınan tedbirlerin sayısı ve kapsamı da genişlemiştir (Wong ve ark., 2020). Daha önceki epidemik yani belli bir bölgeyi etkileyen salgınlar yerine böylesine bir pandemi ile karşılaşan tüm sistemler, özellikle de sağlık çalışanları yeni duruma uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda yaşanılan küresel korku ve dehşetin getirdiği çaresizlik, umutsuzluk ve mutsuzluk duygularıyla salgınla savaşmaya başlamışlardır. Dünya'nın birçok yerinde uygulanan kısıtlamalar (örneğin; kişisel koruyucu ekipman giyme zorunluluğu, virüsü aileden birilerine bulaştırmamak için başka bir yerde barınma, sağlık çalışanı açığını sabit tutmak için iptal edilen fakat sağlık çalışanlarının hakkı olan izinler ve emeklilik planları) sağlık çalışanlarının aile ve sosyal hayatını ve gelecek planlarını oldukça fazla etkilemiş ve gerçek anlamda büyük bir rutin ve kaynak kaybına sebebiyet vermiştir (Grover ve ark., 2020; Huremović, 2019; Zhang ve ark., 2020).

Bu kadar büyük bir salgın beraberinde başka kayıplar da getirmiştir. Bu kayıplar arasında salgında eleman eksikliği nedeniyle başka birimlerde görevlendirilen (örn: kan alma biriminde çalışan bir hemşirenin COVID-19 yoğun bakım birimine görevlendirilmesi) sağlık çalışanlarının deneyim eksikliği nedeniyle yaşadıkları yetersizlik ve özgüven kaybı, hastalığı savaşılacak bir düşman ve hastaların ölümünü de profesyonel başarısızlık olarak görebilen sağlık çalışanlarının COVID-19 Salgını'na bağlı ölümlerin artmasıyla ve herhangi bilinen bir tedavinin olmaması nedeniyle hissettikleri kontrol kaybı, sadece hastalarının değil aynı zamanda yan yana çalıştıkları iş arkadaşlarının hastalığı kaparak vefat etmeleri sonucu yaşadıkları ani kayıp ve hastalığı sevdiklerine bulaştırmaları sonucu sevdikleri kişilerin vefat etmesiyle yaşadıkları kayıp yer alabilmektedir (Ardebili ve ark., 2021; Arnetz ve ark., 2020; Rabow ve ark., 2021). Örneğin; Amerika'da görev alan 695 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelere COVID-19 Salgını boyunca yaşadıkları en stres veren durumların neler olduğu sorulmuş; katılımcıların yaklaşık %39'u hastalarının, iş arkadaşlarının veya sevdikleri kişilerin ölümlerinin, yaklaşık %23'ü hastalık hakkında hızlı değişen bilgilerin, bulaşın seyrinin ve ekonomik kayıpların getirdiği bilinmezliklerin, % 6.2' si ise özellikle hastalarının durumunu

izlerken ve tedavilerini üstlenirken yaşadıkları yetersizlik ve çaresizlik duygularının en stres veren olay olduğunu belirtmişlerdir (Arnetz ve ark., 2020). Salgının ilk ortaya çıktığı, tepe noktasına ulaştığı ve normalleşme süreçlerinin başladığı üç dönemde sağlık çalışanlarının yaşadıkları deneyimleri ve bu deneyimlerin psikolojik sonuçlarını araştırmak için 97 sağlık çalışanıyla yapılan ve yarı yapılandırılmış görüşmeleri içeren bir çalışmada; salgının ilk döneminde katılımcıların %70'i kontrol kaybı yaşadıklarını ('Our patients, in the past, usually do not die, they are treated with antibiotics, but here (with this disease) it was different and we could not do anything.'/ 'Geçmişte hastalarımız genellikle ölmezdi, antibiyotiklerle tedavi edilirlerdi, ama bu salgınla her şey değişti ve biz hiçbir şey yapamadık.'), salgının tepe noktasına ulaştığı dönemde katılımcıların yaklaşık %81'i sevdiklerine bir şey olması durumunda suçluluk ve vicdan azabı hissedeceklerini, yakınlarını kaybeden katılımcılar (katılımcıların %8'i) ise yakınlarının ölümünden kendilerini sorumlu tuttuklarını ('I had mild symptoms, yet my father got the disease from me and he died, and I couldn't do anything about it. I caused his death'/ 'Ben hafif semptomlar gösteriyordum ama babama bulaştırdım ve o öldü, ve ben hiçbir şey yapamadım.'), salgının normalleşmeye başladığı dönemde ise katılımcıların %82'si gelecek hakkındaki endişelerinin geçmediğini ve ruh sağlıklarının tehlikede olduğunu düşündüklerini ('If this disease last very long, we will have serious problems, especially in the mental health area, people including us need to have human relationships, we can not work like robots for a long time' / 'Eğer bu hastalık çok uzun süreler devam edecek olursa, özellikle ruh sağlığı alanında çok ciddi problemlerle karşılaşacağız, sağlık çalışanları da dahil her insanın iletişime ihtiyacı var, robot gibi uzun süreler boyunca çalışamayız.') bildirmişlerdir (Ardebili ve ark., 2021). Sonuç olarak, yukarıda belirtilen durumlar içerisinde sağlık çalışanlarında depresif belirtiler görülmesinin kaçınılmaz olduğu düşünülmüştür.

COVID-19 Salgını'nın depresif belirtilerin ortaya çıkmasında başlı başına bir risk faktörü olduğunu söylemek de yanlış olmayacaktır. 2017-2018 yılları arasında Amerika'da gerçekleştirilen Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi (katılımcı sayısı: 5075) araştırmasındaki depresyon düzeyiyle 2020 Mart (katılımcı sayısı: 6819) ve Nisan (katılımcı sayısı: 5428) aylarında alınan ölçümlerin sonucunu karşılaştırarak COVID-19 Salgını'nın genel toplumdaki düzeyini inceleyen bir araştırmada, 2017-2018 yılında depresyonu olan bireylerin oranında (yaklaşık %9), 2020 Mart (yaklaşık %11) ve Nisan (%14) aylarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuş ve ayrıca Nisan ayındaki artışın seneden seneye fark eden bir eğilimden kaynaklanmadığı görülmüştür (Daly, Sutin ve Robinson, 2021). Genel popülasyonda yapılan bu çalışmadaki yüksek oranların sağlık çalışanlarında daha da fazla olması beklenmektedir. Nitekim alanyazında yapılan meta analiz ve derleme çalışmalarında, COVID-19 Salgını'nda

görev alan sağlık çalışanlarında depresyonun yaygınlığının %22-%26 arasında değiştiği görülmüştür (Hao ve ark., 2021; Krishnamoorthy ve ark., 2020; Li ve ark., 2021; Olaya ve ark., 2021; Pappa ve ark., 2020; Sahebi ve ark., 2021). Sadece yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçları (depresyonun yaygınlığı %31 olarak bulunmuş) bu aralıkta yer almamış ve araştırmacılar bunun dahil ettikleri bir çalışmada kullanılan ölçüm yönteminden kaynaklanabileceğini savunmuşlardır (Marvaldi ve ark., 2021).

Alanyazında yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarında görülebilecek depresif belirtilerin veya depresyonun bir dizi farklı değişkenle olan ilişkisini incelemişlerdir. Örneğin; Arjantin'de yaşanılan 3 aylık zorunlu sosyal izolasyonun ardından 1059 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %81'inde depresif belirtilerin mevcut olduğu; COVID-19 pozitif bireylerle temaslı olma ihtimali yüksek, yaşça genç ve kadın olan katılımcılarda görülen depresif belirti düzeylerinin diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Giardino ve ark., 2020). Genel olarak yapılan çalışmalarda, katılımcıların %24 - %69'unun orta dereceden çok şiddetli derecelere kadar değişen depresif belirtiler gösterdikleri; kadın, genç ve bekar olmanın, çalışma hayatındaki az deneyimin, ön safta çalışmanın, bulaşı önlemek amacıyla gerçekleştirilen uygulamalar hakkında verilen yetersiz ve uyumsuz eğitimlerin, aile, sosyal çevre ve hastane tarafından verilen sosyal desteğin az olmasının veya olmamasının ve damgalamanın depresif belirti düzeyini artıran faktörler olduğu bildirilmiştir (Arafa ve ark., 2021; Cénat ve ark., 2021; Pan ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020; Xiao ve ark., 2020). İlaveten, ön safta çalışan hemşirelerin yer aldığı bir ileriye dönük kohort çalışmasında, katılımcıların depresyon, anksiyete, stres ve uyku kalitesi düzeyleri ve bunların zamana göre değişip değişmediğine bakılmış; çalışmanın sonuç değişkenlerinin düzeylerinde zamana bağlı bir azalma görüldüğü fakat bu azalmanın depresif belirtiler için oldukça az olduğu, yani depresif belirti düzeyinin zaman geçtikçe diğerlerine nazaran daha sabit kaldığı ve aynı zamanda virüsü bulaştırmaktan veya virüsün kendisine bulaşmasından korkmanın ve kadın olmanın depresif belirtileri arttırdığı görülmüştür (Sampaio, Sequeira ve Teixeira, 2021).

Türkiye örnekleminde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Örneğin, Türkiye'nin çeşitli bölgelerinden 442 sağlık çalışanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %65'inde depresif belirtilerin görüldüğü; bunlardan ön safta görev alan sağlık çalışanlarının depresif belirti düzeylerinin yükselmesinin artan çalışma saatleriyle, bakım verdikleri COVID-19 pozitif hastaların artmasıyla, meslektaşlarından gelen sosyal desteğin düşük düzeylerde olmasıyla ve yetersizlik hissinin artmasıyla ilişki olduğu belirtilmiştir (Elbay ve ark., 2020). İlaveten, 197 sağlık çalışanıyla yapılan bir diğer çalışmada, katılımcıların

%58'inde orta dereceden çok şiddetli derecelere kadar seyir gösteren depresif belirtilerin mevcut olduğu belirtilmiş ve aynı zamanda araştırmadaki bir diğer değişken olan sosyal desteğin azlığı depresif belirti düzeyinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Öztürk ve ark., 2021). Son olarak, ülkemizde yapılan çalışmalardan bir tanesi sadece ambulans hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının depresyon seviyelerini araştırmış; katılımcılardan yaklaşık %12'sinin hafif, yaklaşık %14'ünün orta ve yaklaşık %2'sinin çok şiddetli depresyona sahip olduğu; aynı zamanda kadın olmanın ve kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın depresyonun düzeyini artıran faktörler olduğu ifade edilmiştir (Demirkol ve ark., 2021).

Yukarıda tartışılan bulguların ışığında, rahatlıkla söylenebilir ki kaynaklarımızı bu denli kısıtlayarak devam etmiş ve devam etmekte olan bir salgında depresif belirtileri araştırmak mevcut durumu anlamak ve buna yönelik önleme ve müdahale çalışmaları hazırlamak noktasında oldukça önem arz etmektedir. Bir sonraki kısımda, çalışmanın sonuç değişkenlerinden tükenmişlik belirtileri alanyazın ve COVID-19 Salgını çerçevesinde aktarılacaktır.

1.3. TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİ

1.3.1. Tanımı

Günümüz dünyasında çalışan olarak yer alan hemen hemen herkesin artık aşina olduğu bir kavram olan tükenmişlik, genel olarak hizmet sunulan sektörlerde müşterileri memnun etme, müşterilerin sorunlarına çözüm arama ve bireysel faktörlerden oldukça fazla etkilenen ve herkeste farklı olabilecek fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel yapılara göre (örn; bir kadın bireyin erkek doktora muayene olmak istememesi ve sonucunda doktorun değiştirilmesi veya belirsizliğe tahammülü olmayan bir bireyin tahlil sonuçlarını erken almak için görevliye rüşvet teklif etmesi veya görevlinin yaşamını tehdit etmesi ve görevlinin hastayı sakinleştirmeye çalışması) hareket etme gibi rollerin hizmet veren bireylere fazla yüklenmesi sonucu ortaya çıkan ve bu kişilerde duygusal tükenme, bırakıp gitme, iş stresine dayanamama, tahammülsüzlük, yetersizlik, öfke, mutsuzluk veya utanç benzeri duyguları ortaya çıkaran bir olgudur (Freudenberger, 1974; Maslach ve Jackson, 1981; DSÖ, 2019).

Tükenmişlik alanyazını çok farklı tükenmişlik modellerini içerse de tükenmişliğin tam bir tanımı bulunmamaktadır. Hatta Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın yayınlanan son

baskısına (ICD-11) kadar tükenmişlik, sıklıkla kullanılan hastalık sınıflandırma el kitaplarında detaylı olarak veya ayrı bir başlık altında yer almamıştır. Alanyazında ilk olarak Freudenberger'in (1974) ortaya attığı tükenmişlikle ilk olarak, kendisinin de içerisinde bulunduğu ve gönüllü olarak çalışmaların bir senedir devam ettiği bir klinikteki çalışanların, 1 senenin sonunda işten çıkmak istemeleriyle karşılaşılmıştır. Freudenberger'e (1974) göre bu çalışanlarda görülen bitkinlik ve yorgunluk, baş ağrısı, uyku problemleri, nefes darlığı veya sindirim problemleri gibi fiziksel belirtiler; öfke nöbetleri, iritasyon, hayal kırıklığı, tahammülsüzlük, sık sık ağlama veya sürekli inat etme gibi psikolojik belirtiler tükenmişliğin belirtileri olarak görülmüşlerdir. İlk olarak sadece insanlara yardım servislerine (intihar yardım hattı, gönüllü yardım kuruluşları vb.) kendilerini adamış bireylerde görülebileceği savunulsa da, sonrasında yine Freudenberger'in (1975) genişlettiği çalışmasında bu olgunun uyuşturucu bağımlılarından hız tutkunlarına, kumarbazlardan obezitesi olan bireylere kadar herkeste görülebileceği; fakat yardım kuruluşlarında farklı olanın rollerin getirdiği yükümlülüklerin (örneğin; toplumdaki hastalıklarla uğraşmak, yardım için gelen bireyin ihtiyaçlarına cevap vermek ve aynı zamanda kişisel ihtiyaçları karşılamak) aynı anda hepsiyle birden ilgilenilmesi olduğu belirtilmiştir.

1.3.2. Tükenmişlik Kavramını Açıklayan Modeller

1.3.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli (1980)

Cherniss'in (1980) tanımına göre tükenmişlik, iş hayatına çalışma ortamının ve bireyin kendisinin getirmiş olduğu belirli stres kaynaklarına uyum sağlamanın veya baş etmenin bir şekli olarak ortaya konmuştur. Bu modele göre tükenmişlik zamanla ve bireyin baş etme mekanizmasını aştığında ortaya çıkmaktadır.

Cherniss'e (1980) göre belirli kariyer hedefleriyle bir işe giren birey, çalışma ortamının özellikleriyle etkileşimde bulunduğunda hem çalışma ortamının hem de dışarıdan kendisinin getirdiği stres kaynaklarıyla bir stres havuzu oluşturur; sonrasında birey oluşan bu stres kaynaklarına uyum sağlama, stresle baş etmeye çalışma (örneğin; etkili problem çözme yaklaşımıyla) ve son olarak duygusal yükü azaltmak adına adeta bir zihinsel kapatma yaparak tepki verir. Sonucunda ise stresle baş edemeyen birey, kaynaklarını tüketmiş bir şekilde çalışmaya devam eder ve her gelen yeni bir talepte kendisini işine yabancılaşmış, duygusal olarak kopmuş, ben-merkezci (örneğin; işe başlanan ilk maaş miktarının bir süre sonra yeterli

gelmemesi), işindeki problemler için sorumluluk almayan ve ilerlemeye çalışmayan bir birey olarak bulmaktadır (Burke, Shearer ve Deszca, 1984).

1.3.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli (1980)

Mevcut çalışma koşullarının (örneğin; uzun saatler boyunca çalışma, hizmet verilen kişilerden kıymet veya saygı görememe, hastane yönetimi tarafından oluşturulan haksız koşullar, bireyin işinde olmak istediği kişi ile olduğu kişi arasındaki farkın büyüklüğü) idealizm, güç veya enerji ve kişisel amaç yitimine neden olduğu; hizmet ve genellikle psikolog, doktor, hemşire veya intihar yardım hattı çalışanları gibi yardım içerikli meslek gruplarında yer alan kişilerin karşılaştıkları bir süreç olan tükenmişliğin aynı zamanda aşamalı bir yapısı olduğu savunulmuştur (Edelwich ve Brodsky, 1980).

Modele göre, tükenmişliğin dört aşaması mevcuttur (Beemsterboer ve Baum, 1984; Burke ve Greenglass, 1995) :

1. *İdealistik Coşku Evresi:* Bu evre işe yeni başlayan bireylerin iş için hevesli olmalarını, işi yaşamlarının merkezine koymaları, hayatlarındaki her şeyin iş ile yola gireceğini düşünmeleri, hizmet verilen insanlarla özdeşim kurmaları ile karakterize olan bir evredir. Modele göre zaman geçtikçe, eğer birey işe ilk başladığındaki düşünce, duygu ve davranışlarının karşılığını göremediğini düşünürse tükenmişliğe götüren ikinci adıma yani durgunluk evresine geçilmektedir.

2. *Durgunluk:* İşindeki beklentilerinin karşılanmadığını düşünen bireyin iş yerindeki motivasyonunun düşmesi, enerjisinin azalması ve ilerleyen süreçte de işinden soğuyarak koması ile karakterize olan bu evrede, birey işiyle alakalı olmayan olguları düşünmeye başlar ve iş dışındaki aktivitelere yönelerek işteki sorunlarını çözmeye çalışır. Modele göre zaman geçtikçe, birey iş dışı aktivitelerinin işte yaşanan sorunlara fayda sağlamadığını düşünürse tükenmişliğe götüren üçüncü aşamaya yani engellenme evresine geçilmektedir.

3. *Engelleme:* Herhangi bir şekilde iş yerindeki sıkıntılarını ilk aşamada çözüme kavuşturamayan bireyin adeta bir varoluşsal sancı çekercesine iş yerindeki amacını

sorgulaması, hizmet verilen bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamama veya karşılamak adına kendi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmama ile karakterize olan bu evrede birey başarılı olamayacağını düşünmeye meyillidir. Bu aşama aynı zamanda duygusal veya davranışsal sorunların ortaya çıkabileceği bir dönemdir.

4. *Duygusuzlaşma:* Bu evre işine çok istekli başlayan bireyin heyecanının da son bulduğu evredir. Birey iş hayatındaki beklentileri karşılayamayarak engellenmiş olma hissini sürekli yaşamaya ve dolayısıyla bu duygudan kurtulmak için duyumsamazlık savunma mekanizmasını kullanmaya başlamaktadır. Birey bu evrede kendisini korumaya alarak işlerini sadece gerekli olan düzeyde efor sarf ederek tamamlamaya ve mücadelen kaçmaya çalışmaktadır.

1.3.2.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli (1982)

Pearlman ve Hartman (1982), tükenmişlik ile ilgili yayınladıkları derleme çalışmasında o tarihe kadar tükenmişlikle alakalı olan tüm araştırmaları (derlemede toplam 29 kaynağa yer verilmiş) geniş anlamda inceleyerek tükenmişlik kavramının bütüncül bir açıklamasını yapmaya ve buna yönelik bir model oluşturmaya çalışmışlardır. Buna göre tükenmişlik, kronik duygusal strese karşı verilen ve duygusal/ fiziksel tükenme, düşük iş üretkenliği ve aşırı kendine yabancılaşma ile karakterize olan bir tepkidir.

Pearlman ve Hartman (1982) gerçekleştirdikleri derleme çalışmasında ayrıca bir model önerisinde de bulunmuşlar ve tükenmişliğin tek bir yapı yerine çoklu bir yapıya sahip olduğunu savunmuşlardır. Buna göre tükenmişliğin çoklu yapısı toplamda 3 stres belirtisini yansıtmaktadır: fizyolojik (örneğin; fiziksel yorgunluk), duygusal/bilişsel (örneğin; duygusal tükenme veya kendine yabancılaşma) ve davranışsal (örneğin; düşük iş verimi).

Dahası, Peralman ve Hartman (1982) tükenmişliğin süreç içerisinde oluştuğunu yani aşamalarının bulunduğunu belirtmişlerdir. Buna göre, toplam 4 aşamadan oluşan modelin ilk aşaması bir durumun strese neden olma derecesiyle alakalıdır ve çalışma ortamıyla kişi arasında fazla fark olduğunda, yani kişi çalışma ortamı için yetersiz kaldığında veya o şekilde hissettiğinde olayın strese neden olacağı düşünülmüştür. İkinci aşama strese neden olan olayın kişi tarafından (bireyin değer yargıları ve kişilik özelliklerine göre) ne kadar stres olarak algılandığı ile alakalıdır. Eğer stres kişi tarafından yüksek düzeyde olacak şekilde algılanırsa

modelin üçüncü aşaması olan strese tepki aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada daha önce belirtilen tepkileri gösterebilen birey işlevsel olmayan bu tepkilerin sonucuyla karşılaştığında ise dördüncü ve son aşamaya geçmektedir. Modele göre, kronik duygusal stresin çok yönlü deneyimlenmesi şeklinde tanımlanan tükenmişlik bu aşamada yer almaktadır (Pearlman ve Hartman, 1982).

1.3.2.4. Pines Tükenmişlik Modeli (1988)

Diğer modellerin aksine tükenmişliğe farklı bir bakış açısıyla yaklaşan Pines ve Aronson (1988), tükenmişliği bireylerin çalışma ortamında karşılaşabilecekleri duygusal ağırlık karşısında yaşadıkları duygusal, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olarak tanımlamışlardır. Alt alanlar bakımından diğer modellerden çok farklı olmasa da modelin dayandırıldığı düşünce yapısı farklılaşmaktır. Buna göre, motivasyonu ve çalışma isteği yüksek olan bireyler duygusal baskı yaşadıkları işlerinde yeteri kadar destek ve ödüllendirmeyle karşılaşmadıklarında, başarılı olabileceklerini düşündükleri işlerinden uzaklaşmaktadırlar. Bir diğer değişle, başarıyı var olmanın bir koşulu olarak gören bireyler iş ortamında bu başarıyı yakalayamadıklarında enerji düşüklüğü veya güçsüzlük gibi fiziksel bitkinlik; umutsuzluk, sıkışmışlık hissi veya çaresizlik gibi duygusal bitkinlik; yetersizlik düşünceleri veya işe karşı olan olumsuz tutumlar gibi zihinsel bitkinlik belirtileri gösterebilmektedirler (Pines, 1993; 2005; Pines ve Aronson, 1988).

1.3.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli (1981)

Alanyazında tükenmişlik denince akla ilk gelen ve Maslach ve Jackson (1981) tarafından ortaya atılan Maslach Tükenmişlik Modeline (Çok Boyutlu Tükenmişlik Modeline) göre tükenmişlik iş koşullarının getirdiği yükümlülükler nedeniyle yoğun olacak şekilde insan ilişkisi içerisinde bulunan bireylerin (örneğin; doktor veya hemşire) duygusal olarak tükenmiş hissettikleri, duyarsızlaştıkları ve kişisel olarak başarılarını yetersiz olarak gördükleri bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Daha sonra yapılan araştırmalarda bu tanım bireyin benliği ve yaptığı iş arasındaki farkın birey tarafından ancak zaman geçtikçe fark edildiği, dolayısıyla geri dönmenin oldukça güç bir süreç olduğu sendrom olarak da tanımlanmıştır (Maslach ve Leiter, 1997).

Maslach Tükenmişlik Modelinde 3 temel boyut bulunmaktadır: duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarısızlık (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

1. Duygusal Tükenme Boyutu: Bireyin kaynaklarının tükendiğini düşündüğünde yaşadığı duygusal yorgunluk ve eskisi kadar verici veya sorumlu davranmadığı düşünceleriyle karakterizedir. Bu boyutta enerji düşüklüğü, bas ağrısı, keyifsizlik, bezginlik, uykusuzluk ve dürtüsellik benzeri stres belirtileri yer almaktadır (Maslach ve Jackson, 1981).

2. Duyarsızlaşma: Modelin kişilerarası boyutu olan duyarsızlaşma hizmet verilen kişiye karşı geliştirilen negatif tutum ve davranışlarla karakterizedir. Bir diğer deyişle, çalışan hizmet verdiği kişiye olumsuz, merhametsiz ve aşırı ilgisiz davranışlarda bulunarak işlevsel olmayan bir savunma mekanizması (yansıtma) kullanmakta ve işiyle olan bağını koparmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981;1986).

3. Kişisel Başarısızlık: Kişinin kendisine yönelik yaptığı olumsuz yorumları içeren bu boyutta çalışmaya hevesli bir şekilde başlayan birey başarılı olacağına dair beklentilerinin zaman içerisinde karşılanmadığını gördüğünde kendisini işinde yetersiz ve işe yaramaz olarak değerlendirebilmektedir (Maslach ve Jackson, 1986).

Mevcut tez çalışmasında da Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen model ön planda tutulmuş ve alanyazında yaygın olarak kullanılan Maslach Tükenmişlik Envanteri tükenmişlik belirtilerini ölçmek için kullanılmıştır.

1.3.3. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişliğin bu kısmına kadar anlatılmış olan modeller incelendiğinde tükenmişlik belirtilerinin düşük maaş, uzun çalışma saatleri, kariyerde yükselememe, ağır iş yükü, hizmet verilen kişilerden veya süpervizörlerden takdir görmeme, hizmet verilen kişinin ihtiyacına çalışma ortamı koşullarını nedeniyle yanıt verememe veya çalışma ortamındaki büyük ölçekli eksiklikler (örneğin; iş tanımı yetersizlikleri) gibi nedenlerle 3 ana başlıkta ortaya çıkabileceği düşünülmektedir: fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler. Kronik fiziksel yorgunluk, baş ağrısı, sıklıkla yaşanan soğuk algınlığı veya nezle şikayetleri, sindirim problemleri, uykusuzluk veya dikkatsizlik gibi fiziksel belirtiler; içe çekilme, uzaklaşma, öfke, umutsuzluk, hevesin kırılması, suçluluk, sıkıntı, başarısızlık hissi veya yetersizlik gibi psikolojik belirtiler; hizmet verilen kişiye karşı olumsuz tavırlar (örneğin; alay etme veya her şeyin sorumlusu hizmet verilen kişiymiş gibi davranma), sakinleştirici özelliği olan alkol ve madde kullanımına eğilim,

iş yükümlülüklerinden kaçınma, yapılan işi önemsememe veya sürekli erteleme davranışı geliştirme gibi davranışsal belirtilerin yanında sosyal alanlarda yaşanılan rol karmaşası, çalışılan iş yerine karşı ve mesleğe karşı ilginin azalması veya kaybolması gibi belirtiler tükenmişliğin belirtileri arasında yer almışlardır (Edelwich ve Brodsky, 1980; Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Maslach ve Jackson, 1981; Pearlman ve Hartman, 1982; Pines ve Aronson, 1988).

1.3.4. Tükenmişlik Belirtileri, Geçmiş Salgınlar ve COVID-19 Salgını

Salgın zamanlarında hayatın normal akışındaki işlerden çok daha farklı sorumluluklarla ve uygulanması gereken tedbirlerle karşılaşırız. Örneğin; COVID-19 Salgını'nda, ülkemizdeki ilk vaka haberi geldiği andan itibaren gerek eğitim kurumlarına gerek kamu kurumlarına ama özellikle de sağlık kuruluşlarına yeni yönergeler gönderilerek işleyişlerin nasıl değişeceği (örneğin; COVID-19 servisleri ve normal hasta servislerinin ayrılması, triyajın, yani hasta önceliği/sonralığının belirlendiği kısımda ateş ölçme, N95 maske takılma zorunluluğunun olması) anlatılmıştır. Ne yazık ki hem ülkemizde hem de dünyada vakalar tek haneli rakamlarla sınırlı kalmamış, her gün binlerce hastaneye yeni vakalar gelmiştir. Bu da hastanedeki iş yoğunluğunun artmasına (örneğin; artan evrak işleri), iş tanımlarının çok büyük oranlarda değişmesine, tanı, tedavi ve rehabilitasyon açısından şimdiye kadar her şeyi öğrenerek mesleğe başlamış olan sağlık çalışanlarının yeni ve bilinmeyen bir virüs karşısında kendilerini yetersiz hissetmelerine ve hastalara yeterli bakım veremediklerini düşünerek suçluluk hissetmelerine ve tüm bunların sonucunda da tükenmişlik semptomları göstermelerine yol açmıştır (Levin, 2019). Örneğin; SARS Salgını'ndan 1-2 sene sonrasında SARS hastaları ile ilgilenen (N=587) ve ilgilenmeyen (N=182) sağlık çalışanlarının yer aldığı bir çalışmada, 587 katılımcının %30'unun tükenmişlik belirtileri gösterdikleri ve bunun da SARS hastaları ile ilgilenmeyen katılımcıların tükenmişlik düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Maunder ve ark., 2006).

SARS Salgını'ndan çok daha büyük kitleleri etkileyen, hızlı bulaşması nedeniyle bir anda büyüyüveren COVID-19 Salgını'nda da durum farklı değildir. Örneğin; İtalya'da sağlık çalışanlarında görülebilecek, COVID-19 Salgını'na bağlı, kaygı, travma sonrası stres ve tükenmişlik belirtileri ile bunlarla ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, 797 sağlık çalışanının yaklaşık %41'inin duygusal tükenmişlik, %30'unun duyarsızlaşma ve %36'sının da kişisel başarısızlık belirtileri gösterdikleri; COVID-19 Salgınına bağlı olarak aileden uzak kalmanın, artan iş yükünün ve iş tanımı değişikliklerinin duygusal tükenmenin artan

düzeyleriyle; COVID-19 hastalarıyla sık temasın ve erkek olmanın duyarsızlaşmanın artan düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Naldi ve ark., 2021). Yine COVID-19 Salgını'nın en yaygın olarak yaşandığı ülkelerden olan İspanya'da, 643 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise, katılımcıların %43'ünde tükenmişlik belirtilerinin görüldüğü; yaklaşık %58'inin COVID-19 Salgını öncesine göre daha tükenmiş hissettikleri ve ayrıca ön safta görev alan sağlık çalışanlarının ön safta görev almayanlara göre, kadınların erkeklere göre tükenmişlik belirti düzeyinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Torrente ve ark., 2021). İlaveten Romanya'da, bir hastanenin acilinde görev alan 65 sağlık çalışanının yer aldığı bir çalışmada da, katılımcıların tükenmişlik düzeyleri incelenerek, aynı hastanede COVID-19 Salgını öncesinde aynı sayıda (ve benzer yaş, cinsiyet ve meslek gruplarında) sağlık çalışanından alınan tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; doktorların tükenmişlik düzeylerinin en yüksek olduğu, salgından önceki puanlarla sonraki puanlar arasındaki farkın hemşirelerde en yüksek olduğu ve aynı zamanda artan yaşın artan tükenmişlikle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Costea ve ark., 2020).

Alanyazında yapılan sistematik derleme çalışmalarında; tükenmişliğin toplam yaygınlığının %3.1 ile %43 arasında değiştiği ifade edilmiştir (Busch ve ark., 2021; Ricci Cabello ve ark., 2020; Serrano-Ripoll ve ark., 2020; Sanghera ve ark., 2020). Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin artmasına neden olabilecek faktörlerin belirlenmesini de sağlamıştır. Örneğin; 409 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, COVID-19 Salgını'na karşı algılanan hazırlık düzeyinin katılımcıların tükenmişlik düzeylerine etkisi araştırılmış; katılımcılardan %33'ünün orta şiddette, %20'sinin ise yüksek şiddette tükenmişlik belirtileri gösterdikleri ve ayrıca kendilerini hazır veya hazıra yakın hisseden katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin kendilerini hazır hissetmeyenlerden anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür (Afulani ve ark., 2021). Yapılan kesitsel çalışmalarda genel olarak sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri %14.5- %67 arasında değişmiş olup; ön safta çalışıyor olmak, yoğun bakım servislerinde çalışıyor olmak, hemşire olmak, güvenlik önlemi için aile evinden farklı bir yerde kalmak, amirlerden takdir görmemek, olumsuz geri dönütler almak, salgına karşı hazır olunmadığını düşünmek, COVID-19 Salgını'na bağlı olarak travmatik bir olay yaşamak (örneğin; sevilen bir yakının COVID-19'a bağlı ölümü) sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirtilerinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (Chen ve ark., 2021; Cotel ve ark., 2021; Denning ve ark., 2021; Jalili ve ark., 2021; Lasalvia ve ark., 2021; Mosolova, Sosin ve Mosolov, 2021).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin 173 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen ve algılanan stres düzeyi, duygusal tükenme düzeyi ile algılanan stres ve duygusal tükenme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, kadınların erkeklere göre, acil tıp teknisyenlerinin diğer branş sağlık çalışanlarına göre, meslekte geçirdikleri süre 1-10 yıl arasında olanların 10 yıldan daha fazla süredir meslekte olanlara göre duygusal tükenme düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve algılanan stres düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Türkmen ve Aslan, 2021). Yine ülkemizde tükenmişliğin farklı değişkenlerle ilişkisine bakıldığı bir çalışmada, 146 aile hekiminin (1. basamak sağlık çalışanları) duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla 21, 11 ve 17 olarak bulunmuş olup; COVID-19 hastalarıyla temas sıklığının artmasının, hane halkından en az bir kişinin 65 yaş ve üzeri olmasının, hastane yönetimi tarafından sunulan desteğin düşük olmasının veya hiç olmamasının, damgalanmanın ve sosyal medyanın aşırı kullanımının (COVID-19 Salgını hakkındaki haberlere bakmak için) aile hekimlerindeki tükenmişliğin (aynı zamanda depresyon ve anksiyete belirtileriyle de) yüksek düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir (Türkili ve ark., 2021). Genel olarak, sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik düzeyini artıran faktörlerin genç ve bekar olmanın, hastane yönetimi tarafından algılanan desteğin düşük düzeylerinin, damgalamanın ve COVID-19 hastalarıyla yüksek temasın olduğu departmanlarda çalışmanın olduğu görülmüştür (Arpacıoğlu, Baltacı ve Ünübol, 2021; Hoşgör ve Yaman, 2021; Karadayı, 2020; Sertöz ve ark., 2021). Son olarak tükenmişlik belirtilerinin kişisel düzeyde nasıl yaşandığını anlamak adına 36 sağlık çalışanıyla çalışma koşulları, aile ve sosyal yaşam, aile-iş çatışması, tükenmişlik, amirlerle veya meslektaşlarla olan ilişkiler ve beklentiler alanlarında sorular hazırlanarak yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş; katılımcılardan %86'sı çalışma koşullarının değiştiğinden (örneğin; artan iş yükü veya artan işe gitme sıklığı), aile yaşamının ve sosyal yaşamın neredeyse hiç kalmadığından (örneğin; 'İşten geç geliyoruz çünkü yoğunluktan evrak işlerini yetiştiremiyoruz'), %47'si kendilerini tükenmiş hissettiklerinden, %72'si yoğun tempoda çalışmanın iş arkadaşları veya amirleri tarafından görülmediğinden veya takdir görmediğinden (örneğin; 'İdari amirlerin bizi unuttuğunu düşünüyorum.') ve iş ve arkadaşlık ilişkilerinin bozulduğundan (örneğin; 'Arkadaşlarım benden uzaklaştı.') bahsetmişlerdir (Yüncü ve Yılan, 2020).

Yukarıda tartışılan bulguların ışığında, rahatlıkla söylenebilir ki COVID-19 Salgını ile gelen ağır çalışma temposunun, iş değişikliklerinin ve hastayı tedavi etmek için gereken bilgi yetersizliğinin sağlık çalışanlarında ortaya çıkarabileceği tükenmişlik belirtilerini çalışmak, mevcut durumu anlamak ve buna yönelik önleme ve müdahale çalışmaları hazırlamak

noktasında oldukça önem arz etmektedir. Bir sonraki kısımda, çalışmanın öncü değişkenlerine (bağımsız değişkenlerine) geçilecek olup bu değişkenlerden belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı alanyazın, çalışmanın sonuç değişkenleri (travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler, tükenmişlik belirtileri) ve COVID-19 Salgını çerçevesinde aktarılacaktır.

Ayrıca bundan sonraki kısımların uygun görülen yerlerinde, travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri çalışmanın sonuç değişkenleri olarak anılacaktır.

1.4. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK

1.4.1. Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramını araştıran çalışmaların çok eskiye dayanmadığı bilinse de belirsizlik kavramın izini uzak geçmişte de görmek mümkündür. Nitekim Lovecraft (1927, sy.2) Edebiyatta Doğaüstü Korku (Supernatural Horror in Literature) kitabında şu yoruma yer vermiştir: 'İnsanlığın en eski ve en güçlü duygusu korku; en eski ve en güçlü korku türü ise bilinmeyenin korkusudur.'. Buradan da anlaşılacağı gibi belirsizlik insanlık tarihinin başından beri hayatın içerisinde var olan bir olgudur.

Alanyazında belirsizlik kavramı Polonyalı bir psikolog olan Frenkel-Brunswick'in (1949) çalışmalarında yer almış; burada şüpheli durumlar karşısında bireylerin huzursuz hissettikleri (intolerance of ambiguity) ve bunun bir kişilik özelliği olabileceği ileri sürülmüştür. Sonrasında belirsizlik kavramı Budner (1962) tarafından ele alınmış; kişinin herhangi bir şekilde karşılaşmadığı ve herhangi bir fikrinin olmadığı yeni bir durum (örneğin; SARS-COV-2 virüsünün ortaya çıktığı ilk zamanlardaki gibi), sonucuna birey tarafından kesin olarak karar verilemeyen karışık durumlar (örneğin; COVID-19 Salgını'nın ne zaman biteceği ile alakalı görüşler karmaşası) ve bir olayda iki sonucun da gerçekleşebileceğini gösteren ve birbirine ters düşen kanıtların yer aldığı durumlar (örneğin; COVID-19 hastalığının belirtileri konusundaki tartışmalar) belirsizliği ortaya çıkaran durumlar olarak tanımlanmış; belirsizliğe tahammülü düşük olan bireylerin bu durumları tehlikeli olarak algıladıkları savunulmuştur.

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının en geniş ve en kapsamlı tanımı ise Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından yapılmış; belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireylerin günlük hayatlarında herhangi bir konuda karşılaştıkları belirsizlik karşısında verdikleri bilişsel (örneğin;

‘PCR testi belli olmayan ve belirsizliğe tahammülsüz olan bireylerin test sonuçlarının kesin pozitif olacağını düşünmesi), duygusal (örneğin; PCR testi belli olmayan bireyin aşırı kaygılanması veya panik halinde olması) ve davranışsal (örneğin; PCR testinin sonuçlarını dakikada bir sorgulamak) tepkilerin bütünü olduğu ileri sürülmüştür. Başlarda Yaygın Kaygı Bozukluğunun bir belirtisi olarak ele alınan belirsizliğe tahammülsüzlük, bu alandaki araştırmaların devam etmesiyle bu kavramın daha geniş bir yelpazede ele alınması gerektiğini göstermiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün tanımı da araştırmalar devam ettikçe genişletilmiştir. Buna göre, belirsizliğe tahammülsüzlük, bireyin belirsiz bilgi, durum veya olayları, bunların olma olasılıklarından veya gerçek sonuçlarından bağımsız olarak, sürekli olumsuz olarak algılama ve bunlara bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak tepki verme şeklinde tanımlanmıştır (Ladouceur ve ark., 1998; Ladouceur, Gosselin ve Dugas, 2000).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin belirsizliği tehlikeli bir durum olarak algılama ve sonucunda fiziksel uyarılmayı aşırı bir şekilde yaşama eğilimleri mevcuttur (Greco ve Roger, 2003; Hock ve Krohne, 2004). Dahası, bu alanda yapılan çalışmalar belirsizliği tolere etmekteki zorlukların bireylerin belirsizliğin başlı başına tedirgin edici, adil olmayan ve kaçınılması gereken bir durum olduğuna yönelik inançlarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Dugas, Merchand ve Ladouceur, 2005). Yaygın olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün belirsiz durumlar karşısında ortaya çıkan olumsuz inançları, bu inançların bireyin hayatına olan etkilerini ve belirsizlik karşısında yaşanan korkuyu içerdiği; belirgin, temel veya yeterli bilginin olmadığının algılandığı durumlarda ortaya çıkan ve birey tarafından hoşa gitmeyen tepkilere tahammül edememe şeklindeki tanımı kabul görmektedir (Carleton, 2016; Dugas ve Robichaud, 2007).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü ölçmek için ise Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından Fransızca dilinde bir ölçek geliştirilmiştir. Sonrasında ise hem ölçeğin psikometrik özelliklerinin çok iyi olmaması hem de çevrilen dillerde çok farklı faktör yapılarının ortaya çıkması gibi nedenlerle Carleton ve arkadaşları tarafından ‘İleriye Yönelik Kaygı’ ve ‘Engelleyici Kaygı’ olmak üzere 2 faktör ve 12 maddeden oluşan kısa form oluşturulmuştur. İleriye Yönelik Kaygı gelecek hakkındaki belirsizliğin getirdiği kaygı, korku, panik, sürekli ve aşırı olarak olasılıkları gözden geçirme ve bunları düşünme gibi bilişsel süreçleri kapsarken; Engelleyici Kaygı ise belirsizlik karşısında kaçma, donakalma veya hiçbir şey yapamama gibi davranışsal süreçleri kapsamaktadır. Alanyazında, oluşturulan bu iki faktörlü bu yapının psikometrik özelliklerinin iyi olması, faktörlerin yordayıcılık özelliğinin daha güçlü bulunması, kısa olması ve belirsizliğe

tahammülsüzlüğün farklı yönlerini barındırması gibi nedenlerle kullanıma daha uygun bulunduğu görülmüştür.

1.4.2. Tanılar Arası Faktör Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ilk olarak kaygı bağlamında ele alınmış, Yaygın Kaygı Bozukluğu olan bireyleri diğer kaygı bozukluklarına sahip bireylerden ayırmak için kullanılmıştır (Dugas ve ark., 1998; Freeston ve ark., 1994). Ancak alanyazında yapılan kesitsel araştırmalar ve meta-analiz çalışmalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün diğer psikolojik bozukluklarla da ilişkili olduğu görülmüştür. Örneğin; belirsizliğe tahammülsüzlük obsesif kompulsif bozukluktaki tekrarlama ve kontrol etme davranışlarıyla; sosyal kaygı bozukluğundaki sosyal kaçınma, sosyal etkileşim (ilişki) korkusu ve sosyal sıkıntı ile; en az bir kez panik atak geçirmiş ve panik bozukluk tansı almış bireylerde kaçınma davranışlarıyla ve korku (panik atak geçirme korkusu) ile; sağlık anksiyetesi ile; TSS belirtilerinden aşırı uyarılmışlık ve intrusyon ile; depresif belirtiler (örneğin; ruminasyon) ve depresyon ile ve tükenmişlik belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Banducci ve ark., 2016; Carleton, Collimore ve Asmundson, 2010; Carleton ve ark., 2013; de Jong-Meyer, Beck ve Riede, 2009; Di Monte ve ark., 2020; Mahoney ve McEvoy, 2012; Tolin ve ark., 2003; Wright, Lebel, Carleton, 2016). Bu araştırmaların sonucuna dayanarak söylenebilir ki belirsizliğe tahammülsüzlük tanılararası bir faktör olarak ele alınabilmektedir.

1.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19 Salgını

Salgın adeta neye karşı ve nasıl savaşacağımızın bilinmediği, ortada herhangi bir fiziksel çarpışmanın olmadığı bir savaş gibidir. Salgının dünya üzerinde etkilediği alan genişledikçe de savaş daha da zorlaşmakta, kontrol altına alınamayan bir yıkıma neden olmaktadır. Sağlık çalışanları da bu bilinmezliğin ortasında, yani salgın ile savaşacak bilginin hemen bulunamadığı, tedavi planlarının hızlıca oluşturulamadığı ve salgından korunmak için yeterli malzeme tedariğinin olmadığı bu ortamda savaşa öncü giden birlikler gibi ne ile karşılaşacaklarını bilmeden mücadele etmeye başlamaktadırlar.

Genel popülasyonda salgınla gelen belirsizliğin bireylerin daha fazla kaygı ve korku yaşamasına neden olduğu bilinmektedir (Finset ve ark., 2020; Liao ve Wei, 2011). Hatta oluşan bu korku

ve kaygı duyguları toplumun düzeninin bozulmasına (örneğin; ülkemizde ilk ilan edilen sokağa çıkma kısıtlaması haberinden kısa bir süre sonra herkesin alışveriş için marketlere koşması), işlerin aksamasına (örneğin; ülkemizde ilk alınan tedbirlerden biri olan eğitim ve öğretime ara verilmesi ve ardından uzaktan eğitime geçilmesi) ve genel olarak hayatın normal akışının hızlı bir şekilde değişmesine (örneğin; gelen bilgiler doğrultusunda bireylerin maske kullanmaya başlaması) yol açabilmektedir (MacPhail, 2010).

Alanyazında yapılan birçok çalışmada, genel popülasyonda görülen bu eğilimin sağlık çalışanlarında da görüldüğü; hatta sağlık çalışanlarının belirsizlik karşısında daha çok yıprandığı, stres ve depresyon belirtilerini daha çok gösterdikleri bulunmuştur (Kesner ve Horáček, 2020; Matsuishi ve ark., 2012). Örneğin; H1N1 Salgını sırasında 1625 sağlık çalışanıyla yapılan bir araştırmada, salgınla alakalı hastane tarafından verilen bilginin azlığı dolayısıyla ortaya çıkan belirsizliğin, sağlık çalışanlarının kendilerini daha güvensiz, aşırı stresli ve tükenmiş hissetmelerine yol açtığı ortaya konmuştur (Matsuishi ve ark., 2012). İlaveten, H1N1 Salgını sırasında yapılan bir diğer çalışmada da katılımcılardan belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olanların salgını daha tehdit edici olarak algıladıkları ve artan stres seviyelerine sahip oldukları bulunmuştur (Taha ve ark., 2014).

Geçmiş salgınlarda olduğu gibi COVID-19 Salgını'nda da sağlık çalışanları bilinmeyen ve oldukça hızlı bulaşan bir salgınla karşı karşıya kalmışlardır. Örneğin 609 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %57'si en büyük stres kaynağının 'pandeminin ne zaman kontrol altına alınacağı hakkındaki belirsizlik' olduğunu ifade etmişlerdir (Hummel ve ark., 2021). İlaveten, salgında günlük vaka sayılarının fazla olduğu (709 hemşire ile) ve günlük vaka sayılarının daha sabit olduğu (621 hemşire ile) dönemlerde toplanan iki ayrı veri seti karşılaştırılarak sağlık çalışanlarında görülebilecek kaygı, depresyon, uykusuzluk ve TSS belirtileri ve bunlara ilişkin risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, pandeminin şiddetli olduğu dönemde katılımcıların yaklaşık %53'ünün orta ve yoğun şiddette depresif belirtiler, yaklaşık %47'sinin orta ve yoğun şiddette kaygı belirtileri, yaklaşık %39'unun uyku problemleri yaşadığı ve %26'sının TSS belirtileri gösterdikleri bulunmuş; pandeminin şiddetli olduğu dönemde hemşirelerin kaygı, depresyon ve TSS belirtileri gösterme risklerinin pandeminin görece sabit olduğu döneme göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bildirilmiş; ayrıca pandemiye karşı savaşırken yaşanan belirsizliğin pandeminin şiddetli olduğu dönemde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve sağlık çalışanlarında görülen ve yukarıda sayılan psikolojik belirtilerin düzeyini artırdığı ifade edilmiştir (Cai ve ark., 2020).

COVID-19 Salgını gibi stresli bir çalışma ortamında görev almanın sağlık çalışanları üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkisini ve böyle bir ortamda tükenmişlik belirtilerine yol açabilecek faktörlerin neler olabileceğini saptama amacıyla 55 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen nitel bir çalışmanın sonuçlarına göre, COVID-19 Salgını hakkındaki bilgi yetersizliğinden (örneğin; bulaş hakkında bilgisi olmayan bir hemşirenin hastaneye yanında kıyafet getirmesi gerektiğini bilmemesi ve gün boyunca bulaş endişesi yaşaması), sürekli değişen uygulama kriterlerinden (örneğin; bir doktorun COVID-19 hasta tedavi protokolünde yer alan bir bilginin ertesi gün yanlışlığını gösterir bulgularla yeniden düzenlenmiş halini alması ve hastaya yanlış tedavi uyguladığından kendisini yetersiz hissetmesi), kişisel koruyucu ekipman sağlanıp sağlanamayacağından (örneğin; hastanelerin yeterli ekipman sağlamadan ve yeterli ekipmanın ne zaman geleceği konusunda bilgi vermeden çalışanlarından COVID-19 hastalarıyla ilgilenmelerini istemesi) ve başkalarına özellikle de aileye virüs taşıma riskinden (hastalığın fiziksel semptomlarının görülmediği hastalardan virüs bulaşması) doğan belirsizliklerin sağlık çalışanlarında duygusal bitkinlik, katlanamama, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk ya da uyuyamama ve duygusal bitkinlik gibi tükenmişlik belirtilerini ortaya çıkardığı gözlemlenmiştir (Norful ve ark., 2021). Aynı değişkenlerin niceliksel olarak incelendiği 267 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada ise, katılımcıların %44'ünün duygusal tükenmişlik belirtilerinin orta ve yüksek şiddette olduğu, %33'ünün duyarsızlaşma belirtilerinin orta ve yüksek şiddette olduğu, %44'ünün kişisel başarı seviyelerinin ise düşük olduğu bulunmuş; hiyerarşik küme analizi sonucunda katılımcıları yüksek ve düşük tükenmişlik seviyesine sahip olanlar olarak iki gruba ayırdıklarında belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri yüksek olan bireylerin yüksek tükenmişlik seviyesine sahip olanlar grubunda yer aldıkları görülmüş; ayrıca ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olarak adlandırılan belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarının da katılımcıların psikolojik sağlamlık ve duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişkide anlamlı olarak düzenleyici role sahip olduğu belirtilmiştir (Di Trani ve ark., 2021).

Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda da belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı salgın çerçevesinde incelenmiştir. Örneğin; COVID-19 Salgını sırasında 758 hemşire ve ebeyle gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %62'sinin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün yüksek olduğu, yaklaşık %55'inin hayatlarını COVID-19 öncesine göre daha kötü olarak değerlendirdikleri, %43'ünün psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları ve yaklaşık %12'sinin ise kendilerini işlerine karşı yabancılaşmış hissettikleri ortaya konmuştur (Aksoy ve Koçak, 2020). Yazarların belirttiğine göre belirsizlik beraberinde korku ve endişeyi getirdiğinden belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık çalışanlarında görülebilecek psikolojik bozukluklarla (örneğin;

depresyon veya TSSB) ilişkilendirilmiştir. İlaveten, 533 sağlık çalışanının yer aldığı bir araştırmada, COVID-19 Salgını'nın sağlık çalışanlarında görülebilecek psikosomatik şikayetler (örneğin; nefes alamama, yorgunluk, baş ağrısı, enerji düşüklüğü veya uyku problemleri gibi) üzerindeki etkisine ve belirsizliğe tahammülsüzlük, COVID-19 tehdit algısı ve biyolojik ritim değişimi değişkenlerinin aracılık etkisine bakılmış; belirsizliğe tahammülsüzlüğün COVID-19 Salgını öncesindeki ve sonrasındaki somatik şikayetleri anlamlı bir şekilde yordadığı, salgından sonra alınan ölçümde belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olan bireylerin daha fazla psikosomatik belirti seviyesine sahip oldukları ve son olarak COVID-19 tehdit algısı ve psikosomatik şikayet düzeyleri arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlüğün anlamlı olarak kısmi aracılık rolüne sahip olduğu bildirilmiştir (Gica ve ark., 2020).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, ruminasyon ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin COVID-19 Salgını çerçevesinde 310 sağlık çalışanın katılımıyla incelendiği bir çalışmada, ruminatif düşünce puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu (91,37±23,82); belirsizliğe tahammülsüzlük ve ruminatif düşünce biçimi puanlarının pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu görülmüştür (Aydın ve Özcan, 2021). Benzer şekilde COVID-19 Salgını sırasında yapılan bir başka çalışmada, salgına ilişkin korku, belirsizliğe tahammülsüzlük ve ruhsal iyi oluş arasındaki ilişkiye bakıldığında, salgından korkan ve salgının getirdiği belirsizliğe tahammül edemeyen katılımcıların daha ruminatif düşüncelere sahip oldukları ortaya konmuştur (Satici ve ark., 2020b). Daha önce yapılan kesitsel ve boylamsal çalışmalarda farklı bir popülasyon olan depremzedelerde ruminasyon ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş; hatta ruminatif düşünce biçimine sahip olan bireylerin geçmiş depresyon seviyeleri ve semptomlarının şiddeti kontrol edildikten sonra bile, depresyon için daha fazla risk taşıdıkları görülmüştür; dolayısıyla Aydın ve Özcan (2021) ve Satici ve arkadaşları (2020b) tarafından yapılan çalışmaların sonuçlarına göre belirsizlik karşısında daha fazla ruminatif düşünce biçimi gösteren sağlık çalışanlarında depresif belirtilerin görülebileceği düşünülmüştür (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema ve Morrow, 1991).

Yukarıda tartışılan bulguların ışığında, rahatlıkla söylenebilir ki COVID-19 Salgını çerçevesinde ele alınan belirsizliğe tahammülsüzlük, araştırmalarda kimi zaman aracı rolünde kimi zaman düzenleyici rolünde kimi zaman da yordayıcı rolünde yer almıştır. Mevcut çalışmada da sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirlemenin bu bireylerin salgına nasıl yanıt verdiğini anlamadaki ve çalışmanın sonuç değişkenlerini yordamadaki rolüne bakmak açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Bir sonraki kısımda

çalışmanın öncü değişkenlerinden olan tehdit algısı alanyazın ve COVID-19 Salgını çerçevesinde aktarılacaktır.

1.5. COVID-19 TEHDİT ALGISI

Bireyin bir hastalığı nasıl yorumladığını ve bu hastalığın iyilik hallerine karşı bir tehdit oluşturup oluşturmadığına nasıl karar verdiğini bilişsel ve duygusal değerlendirmelerin önemini vurgulayarak açıklayan beş temel model bulunmaktadır.

1.5.1. Paralel İşleme Modeli (Parallel Processing Model)

Paralel İşleme Modeline göre herhangi bir sağlık tehdidi karşısında bireyin bilişsel ve duygusal değerlendirme olmak üzere iki farklı değerlendirme sürecinden geçtiği düşünülmektedir (Leventhal, 1970). Buna göre tehdidin bilişsel değerlendirmesi oluşabilecek herhangi bir tehlikeyi kontrol etmeye yönelik iken tehdidin duygusal değerlendirmesi ise tehlike karşısında ortaya çıkan korkuyu kontrol etmeye yöneliktir (Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980).

Paralel İşleme Modeli her ne kadar tehdit karşısında yapılan değerlendirmelerin neler olabileceğini açıklasa da bu değerlendirmelerin ne zaman ve neden ortaya çıktığına dair bir açıklama getirememiştir. Bunun üzerine Witte (1992;1994) bu modeli yenileyerek Genişletilmiş Paralel İşleme Modelini ortaya atmıştır. Oluşturulan bu genişletilmiş modelde tehdit algısının tehlikenin algılanan ciddiyetine (perceived severity) ve tehlikeye karşı algılanan hassasiyete/duyarlılığa (perceived susceptibility) bağlı olarak geliştiği öne sürülmüştür (Witte, 1996). Dahası sadece algılanan ciddiyet ve hassasiyetin yüksek olduğu, yani algılanan tehdidin yüksek olduğu durumlarda bireyin ikinci bir değerlendirme sürecine (duygusal değerlendirme) girerek var olan kaynaklarının algılanan tehdide karşı yeterli olup olmadığına karar verdiği savunulmuştur (Witte, 1994). Buna göre birey kaynaklarının algılanan tehdit karşısında yeterli olmadığı sonucuna ulaşırsa bilişsel olarak tehlikenin boyutunu azaltmaya çalışma, tehlikeden kaçınma veya tehlikeyi inkar etme gibi tehdidin duygusal boyutuyla baş etmeye yönelik hareket etme yoluna gitmektedir (Witte, 1996).

COVID-19 Salgını'nı bu çerçevede değerlendirecek olursak, kaynaklarının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin salgın karşısında yaşadıkları korku veya kaygıyı kontrol edebilmek adına COVID-19 diye bir hastalık olmadığını söylemeleri veya COVID-19 Salgını'nı önlemek için

geliştirilen aşıların fayda sağlamadığını söylemeleri ve aşı karşıtlığı yapmaları örnek olarak gösterilebilmektedir.

1.5.2. Hastalık Temsillerinin Sağduyu Modeli (The Common Sense Model of Illness Representations)

Hastalık Temsillerinin Sağduyu Modeli hastalık ve bilişler arasındaki ilişkiyi, hastalıkla baş etmeyi ve hastalığın sonuçlarını açıklamaya yönelik geliştirilmiş bilişsel-algısal bir modeldir (Leventhal, Meyer ve Nerenz, 1980). Bu modele göre, bireyin hastalık hakkındaki inançları hastalık algısını oluşturmakta ve bu algı bireyin hastalık tehdidini kontrol etmeye yönelik problem odaklı öz düzenleme veya hastalık tehdidi nedeniyle oluşan duygusal rahatsızlığı kontrol etmeye yönelik duygu odaklı öz düzenleme baş etme yöntemlerinin kullanımını aktifleştirmektedir (Cameron ve Leventhal, 2003).

Hastalığın tehdit edici ipuçlarının (örneğin; COVID-19 hastalığının belirtilerinden olan tat veya koku alamama) birey tarafından fark edilmesiyle hastalık tehdidinin bilişsel temsillerinin oluştuğunu öne süren model bu temsillerin 5 alt boyuta sahip olduğunu belirtmektedir: durumun nasıl tanımlandığı ve hangi deneyimlerin hastalığın semptomları olduğu veya olmadığı ile ilgili inançları içeren kimlik (identity); hastalığın ne zaman başladığı, biteceği ve ne kadar süreceğine yönelik inançları içeren zaman çizgisi (timeline); hastalığın veya hastalık tehdidinin bireyin hayatına olan veya olacak olan etkisi hakkındaki inançları içeren sonuçlar (consequences); hastalığın gelişimine neden olan faktörler ve semptomların ortaya çıkmasındaki mekanizmalar hakkındaki inançları içeren neden/ altta yatan mekanizmalar (cause); hastalığın veya hastalık tehdidinin kaynaklar dahilinde yönetilmesine yönelik inançları içeren kontrol ya da çözüm (control/cure) (Leventhal, Leventhal ve Cameron, 2001; Leventhal, Phillips ve Burns, 2016).

Hastalığın tehdit edici ipuçları korku ve psikolojik rahatsızlık gibi duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Cameron ve Leventhal, 2003). Örneğin; COVID-19 Salgını'nın hızlı bir şekilde bulaşması ve kısa zamanda küresel boyutlara ulaşması hastalığın tehdit edici olarak algılanmasına ve korku, kaygı ve panik gibi duyguların yaşanmasına neden olmuştur (Ho, Chee ve Ho, 2020)

1.5.3. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)

Sağlık İnanç Modeli ilk olarak 1950'lerde Amerikan Halk Sağlığı Merkezleri'ndeki tüberküloz hastalarının sağlık davranışlarını incelemek adına algılanan hassasiyet/duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan faydalar ve algılanan engeller olmak üzere 4 faktörlü bir model olarak ortaya atılmıştır (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974). Daha sonraları eyleme götüren ipuçları (cues to action) ve öz-yeterlik kavramlarının eklenmesiyle model tamamlanmıştır (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988).

Modele göre hastalık karşısında oluşan tehdit algısının bireyin hastalığa yakalanma riskinin ne olduğu(algılanan hassasiyet/duyarlılık) (örneğin; COVID-19 Salgını'nın sağlık çalışanlarını risk altında bırakması) ve hastalığın kendisini nasıl etkileyeceği (algılanan ciddiyet) (örneğin; COVID-19 Salgını'nın kronik rahatsızlığı olanlarda daha zor geçmesi) değerlendirmelerinden ileri geldiği düşünülmüştür (Rosenstock ve ark., 1988).

1.5.4. Koruma Motivasyon Teorisi (Protection Motivation Theory)

Koruma Motivasyon Teorisi Rogers (1975) tarafından sağlığa verilen önemi artırma ve hastalık önleme çalışmaları için geliştirilmiş olsa da doğal afet çalışmaları ve iklim değişimi çalışmalarında bireylerin herhangi bir tehdit karşısındaki davranışlarını açıklama amacıyla da kullanılmıştır (Grothmann ve Patt, 2005; Grothmann ve Reusswig, 2006; Mulilis ve Lippa, 1990; Poussin, Botzen ve Aerts, 2014).

Koruma Motivasyon Teorisine göre bir sağlık olayı hakkında iki temel algılama süreci bulunmaktadır: Tehdit değerlendirmesi (çalışmalarda risk değerlendirmesi olarak da kullanılmış) ve baş etme değerlendirmesi (Rogers, 1983). Tehdit değerlendirmesi (bireyin davranışlarında herhangi bir değişiklik olmadığı varsayımıyla) bireyin bir tehlikenin gerçekleşme olasılığını ve tehlike gerçekleşirse değer verdiği şeylere gelebilecek zararı değerlendirdiği süreci kapsayan; bireyin tehlikeye maruz kalma hakkındaki değerlendirmelerini (algılanan hassasiyet- perceived vulnerability), eğer tehdit gerçekleşirse bireyin değer verdiği şeylere ne derecede zarar vereceği hakkındaki tahminlerini (algılanan ciddiyet- perceived severity) ve algılanan tehlikenin boyutu hakkındaki tahminleri etkileyerek tehdit algısı üzerinde dolaylı bir etkisi olan korkuyu içerisinde barındıran bir süreç olarak tanımlanmıştır (Rogers ve Prentice-Dunn, 1997).

Bu modele göre, bireyin tehdit değerlendirmesi yüksek ve baş etme değerlendirmesi düşük ise, bireyin tehdidin inkarı, hayali düşünme veya kadercilik gibi koruyucu olmayan davranışlar içerisinde bulunacağı savunulmuştur (Milne, Sheeran ve Orbell, 2000; Rogers ve Prentice-Dunn, 1997).

1.5.5. Stres Değerlendirmesi (Etkileşimsel Stres Modeli [Transactional Theory of Stress])

Lazarus ve Folkman (1984), stresin bir durumun koşulları ile bireyin kaynaklarının yeterliliği arasındaki çelişkiden, yani bireyin çevresiyle olan etkileşiminden ortaya çıktığını savunmuşlardır.

Bu modelde de şimdiye kadar bahsedilen modellerde olduğu gibi bireyin stresli bir durum hakkında yaptığı değerlendirmelerin önemi vurgulanmıştır. Modele göre, bireyler olası bir tehlike ile karşı karşıya kaldıklarında bilişsel olarak iki temel değerlendirme süreci geçirirler (Lazarus ve Folkman, 1980). Stresin birincil değerlendirmesi, tehlikenin zararlı, tehdit edici veya zorlayıcı olarak kabul edilip edilmeyeceğine ve kabul edilirse ne kadar zararlı, tehdit edici ve zorlayıcı olacağına karar verilen aşamayı kapsarken; stresin ikincil değerlendirmesi, tehlikenin birey tarafından kontrol edilip edilemeyeceğine, yani başa çıkma öz-yeterliliğinin tehlikeyi kontrol altına almak için yeterli olup olmadığına karar verildiği aşamayı kapsamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

COVID-19 Salgını'nı bu model çerçevesinde değerlendirecek olursak, salgın nedeniyle oluşan tehdidin doğasının yeterince anlaşılamaması (örneğin; salgın hakkındaki bilgilerin her gün değişmesi), bulaşın genel olarak belirsiz bir şekilde gerçekleşmesi (örneğin; hastalığın sessiz yani belirtisiz seyrettiği bireylerin hastalığı çevrelerine bulaştırması), bireylerin salgının başlaması, seyri veya sonlanması konularında herhangi bir kontrollerinin olmaması bireylerin tehdit algısını artırmış ve dolayısıyla ortaya çıkan panik, korku veya kaygı nedeniyle psikolojik iyi oluşları zarar görmüştür (Yan ve ark., 2021).

1.5.6. COVID-19 Tehdit Algısı , Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19 Salgını

Hastalığın tehdit olarak algılanıp algılanmadığı salgın zamanlarında yapılan birçok çalışmada yer almış olup, bireyin davranışlarının bu algılanan tehdidin boyutuna göre şekil aldığı (örneğin; tehdit olarak algılayan maske takmak gibi önlemler alırken, tehdit olarak görmeyenler hem kendilerini hem de başkalarını riske atacak davranışlarda bulunabilmesi gibi) görülmüştür. (Wu ve ark., 2009). Dahası, algılanan bu tehdidin gerçek dünyadaki karşılığına göre azlığı veya çokluğu bireylerin aşırı korku, travma sonrası stres ve depresyon gibi bazı psikolojik belirtiler göstermelerine neden olabilmektedir (Taha ve ark., 2014). Örneğin; H1N1 Salgını sırasında 469 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada, salgını tehdit edici bir olay olarak algılamanın daha fazla stres ve endişeye yol açtığı; SARS Salgını sırasında 549 sağlık çalışanıyla yapılan çalışmada ise salgını tehdit edici olarak algılamanın yüksek TSS belirti düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür (Goulia ve ark., 2010; Wu ve ark., 2009). İlaveten, karantinaya alınan, SARS koğuşları gibi yüksek riskin bulunduğu alanlarda çalışan, arkadaşlarından ya da ailesinden biri SARS salgınına maruz kalan katılımcıların yer aldığı bir çalışmada, katılımcıların SARS ile alakalı risk algıları TSS belirtileri göstermelerini pozitif yönde yordamış; bu da hastalıkla ilgili kişinin sahip olduğu tehdit algısının duruma verdiği tepkiyi ve psikolojik rahatsızlık yaşama olasılığını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir (Lancee ve ark., 2008).

Yapılan kesitsel çalışmaların sonucuna ek olarak, SARS Salgını sırasında yapılan boylamsal bir çalışmada ise, yüksek ve düşük riskli görevlerde yer alan sağlık çalışanları karşılaştırılmış olup yüksek riskli görevlerde bulunan sağlık çalışanlarının SARS Salgını'nı oldukça stres verici ve tehdit edici olarak gördükleri ve bir sene aralarla yapılan ölçümlerde salgına ilişkin algıladıkları tehdidin ve stresin travma sonrası stres, depresyon ve kaygı belirtilerini yordadığı bulunmuştur (Lee ve ark., 2007). İlaveten salgının uzun süreli etkilerini araştıran diğer bir çalışmada, SARS Salgını'ndan 3 sene sonra 549 sağlık çalışanının salgına maruz kalma düzeyleri (ön safta çalışanlar ve çalışmayanlar) ve salgına ilişkin tehdit algıları (yüksek ve düşük) ölçülerek değerlerin depresif belirtilerle olan ilişkisine bakılmış; ilk modelde eklenen salgına maruz kalma düzeyinin düşük bir etki büyüklüğüyle anlamlı bir sonuç verdiği ($p = .05$), yani ön safta çalışanların çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha çok depresif belirtiler gösterdikleri; ikinci modelde eklenen tehdit algısının da anlamlı sonuç verdiği ve düzeyinin yükselmesinin depresif belirti düzeyinin yükselmesiyle ilişkili olduğu görülmüştür (Liu ve ark., 2012).

Geçmiş salgınlarda olduğu gibi COVID-19 Salgını'nda da benzer örüntüler görülmüş olup, tehdit algısı kavramının genel popülasyonla ve özellikle de sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Örneğin; 545 sağlık çalışanı ve 1126 genel popülasyondan gelen bireylerin yer aldığı ve COVID-19 Salgını'nın getirdiği risklerin nasıl algılandığı üzerine yapılan bir araştırmada, risk algısını ölçmek adına çalışmanın araştırmacıları tarafından bulaş riski, kontrol edilebilirlik ve kaynak yeterliliği alanlarını kapsayan 6 tane soru hazırlanmış; sağlık çalışanlarının %55'inin hastalığı kesin olarak kapacaklarını düşündükleri ve bunun da genel popülasyona (sadece %24'ü kesin kapacaklarını ifade etmiş) göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Peres ve ark., 2020).

Yukarıdaki çalışmaların da gösterdiği gibi, sağlık çalışanları için salgınla gelen tehdit; hastalığı kapma, ailelerinden birinin hastalığı kapmasına neden olma, salgını oldukça tehlikeli algılama veya salgınla baş etmek için gereken kaynakların olmaması gibi durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Örneğin; COVID-19 hastalığına yakalanma riskinin sağlık çalışanlarının öznel iyi oluşlarına (çalışmada yaşam doyumu ve duygudurum değerlendirmesi ile ölçülmüş) etkisinin 225 sağlık çalışanıyla araştırıldığı bir çalışmada, algılanan risk yaşam doyumu ve pozitif duygulanım ile negatif yönde, negatif duygulanım ile ise olumlu yönde anlamlı olarak ilişkilendirilmiş olup, algılanan risk ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkide algılanan stresin dolaylı aracılık etkisine sahip olduğu, yani yüksek algılanan riskin yüksek algılanan stresle, bunun da düşük yaşam doyumu, düşük pozitif duygulanım ve yüksek negatif duygulanımla ilişkili olduğu görülmüştür (Krok, Zarzycka, Telka, 2021).

Geçmiş salgınlarla COVID-19 Salgını'nı karşılaştırdığımızda, bu denli küresel hale gelmiş bir salgının tehdit boyutunun da küresel hale geldiği düşünülerek bireylerde ve özellikle de sağlık çalışanlarında belli başlı psikolojik sorunlara yol açabileceği düşünülmüştür. Alanyazındaki çalışmalar da bunu destekler niteliktedir. Örneğin, COVID-19 Salgını'nın sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerinin ve sosyal destek veya algılanan tehdit gibi bu psikolojik etkilerle ilişkili olabilecek faktörlerin 863 sağlık çalışanının katılımıyla araştırıldığı bir çalışmada, katılımcıların %40'nın TSS belirtileri ve %14'ünün depresif belirtiler gösterdikleri, yapılan çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarına göre ise algılanan tehdit için bu çalışmada yer alan alt boyutlardan damgalama/uzaklaşma, yüksek riskli iş ve bulaş riskinden korkma TSS belirtileri ile olumlu yönde, damgalama/uzaklaşma ve yüksek riskli iş alt boyutlarının ise depresif belirtiler ile olumlu yönde anlamlı bir ilişkiye sahip oldukları belirtilmiştir (Si ve ark., 2020). İlaveten, TSS belirtilerini yordamada risk algısı, uyku kalitesi, pandemiden beri hobilere ayrılan zamandaki fark değişkenlerinin rolünün incelendiği çalışmada,

317 sağlık çalışanından yaklaşık %11'inin yüksek şiddette TSS belirtileri gösterdikleri, risk algısı da dahil olmak üzere çalışmanın tüm değişkenlerinin TSS belirtileriyle ilişkili olduğu, TSS belirti düzeylerine göre katılımcıları 2 gruba ayırdıklarında (yüksek ve düşük) yüksek TSS belirti düzeyi gösteren grubun salgına ilişkin risk algısı düzeylerinin düşük TSS belirti düzeyi gösteren gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Geng ve ark., 2021).

COVID-19 Salgını sırasında her şeyin hızlı değiştiği, kaynak sıkıntısının yaşandığı ve sağlık kuruluşlarına ve dolayısıyla sağlık çalışanlarına karşı olan beklentilerin oldukça yükseldiği bilinmektedir. Bu durumun sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirtilerine neden olabileceği düşüncesiyle yola çıkan bir araştırmada, COVID-19 Salgını'nda görev alan 771 hemşirenin algıladıkları tehdit ve tükenmişlik belirtileri arasındaki ilişki incelemiş; algılanan tehdit ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu; bu ilişkinin çalışmadaki diğer değişkenlerle tükenmişlik belirtileri arasındaki ilişkilerden daha güçlü olduğu; aynı zamanda yapılan hiyerarşik doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre 1. modelde sosyo-demografik değişkenler ve 2. modelde kaynak ve talepler değişkenleri analize eklendikten sonra 3. modelde analize eklenen algılanan tehdit, tükenmişlik belirtilerini yordamada anlamlı bir değişken olarak bulunmuş olup, modeldeki değişimin %7'sini açıklamıştır (Manzano Garcia ve Ayala Calvo, 2021).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da tehdit algısının farklı birçok değişken ile ilişkisi incelemiştir. Örneğin; COVID-19 Salgını nedeniyle algılanan risk, COVID-19 korkusu, psikolojik sağlamlık ve depresif belirtiler ile kaygı ve stres belirtileri arasındaki ilişkiler 204 sağlık çalışanının katılımıyla incelenmiş; algılanan risk ile COVID-19 korkusu, depresif belirtiler, kaygı ve stres belirtileri arasında olumlu yönde, psikolojik sağlamlık düzeyi ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yıldırım, Özaslan ve Arslan, 2020). İlaveten, aynı araştırmacılar tarafından 189 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen ve COVID-19 Salgını'nda algılanan risk, zihinsel iyi oluş, COVID-19 korkusu ve COVID-19'a bağlı ebeveyn kaygısı arasındaki ilişkinin incelendiği diğer bir çalışmada, sağlık çalışanı olarak görev yapan ebeveynlerin algıladıkları risk COVID-19 korkusu ve ebeveyn kaygısı ile olumlu yönde, zihinsel iyi oluş ile ise negatif yönde anlamlı olarak ilişkili bulunmuş; algılanan risk ile ebeveyn kaygısı arasındaki ilişkide COVID-19 korkusunun aracı role, zihinsel iyi oluşun ise düzenleyici role sahip olduğu belirtilmiştir (Yıldırım ve ark., 2020).

Yapılan çalışmalarda davranışı şekillendirmeye yönelik etkisi olan tehdit algısını bu çerçeve içerisinde de inceleyen çalışmalar mevcuttur. Örneğin; COVID-19 Salgını ile alakalı bilgi, korunma davranışları ve risk algısı arasındaki ilişkilerin 251 sağlık çalışanın katılımıyla incelendiği bir çalışmada, risk algısını ölçmek için araştırmacılar tarafından 4 tane soru hazırlanmış ve risk algısı soru bazında değerlendirilmiş; COVID-19 Salgını'nı çok tehlikeli olarak değerlendiren katılımcıların orta derecede tehlikeli bulanlara göre daha fazla koruyucu davranışlar içerisinde bulundukları; COVID-19 Salgını'nın 1-3 ay içerisinde kontrol altına alınacağını düşünenlerin (bkz. düşük tehdit algısı) 3-6 ay ve 6-12 ay arasında kontrol altına alınacağını düşünenlere göre anlamlı şekilde daha az koruyucu davranışlarda bulundukları görülmüştür (Arslanca ve ark., 2021).

Yukarıda aktarılan bulguların ışığında söylenebilir ki bireyin bir tehlike karşısındaki bilişsel yorumlamasının, yani tehdit algısının psikolojik sorunların ortaya çıkmasında bireysel bir risk faktörü olduğu düşünülerek mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının tehdit algısı düzeylerini belirlemenin bu bireylerin salgına nasıl yanıt verdiğini anlamadaki ve çalışmanın sonuç değişkenlerini yordamadaki rolüne bakmak açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Bir sonraki kısımda çalışmanın öncü değişkenlerinden olan duygusal emek alanyazın ve COVID-19 Salgını çerçevesinde aktarılacaktır.

1.6. DUYGUSAL EMEK

1.6.1. Duygusal Emeğin Zaman İçerisinde Değişimi

Duygusal emek kavramının temelleri çok eskiye dayanmamakla birlikte yaklaşık olarak 40 yıllık bir araştırma alanına sahiptir. İlk defa Hoshschild (1983) tarafından ortaya atılan duygusal emek kavramı her ne kadar duyguların düzenlenmesiyle alakalı olsa da örgüt veya organizasyon içerisinde, yani çalışma alanında, bireyin görevi gereği yerine getirdiği davranış kuralları çerçevesinde tanımlanmış olup günümüze gelene kadar birçok araştırmacı tarafından yenilenerek kapsamı genişletilmiştir.

1.6.1.1. Hochschild (1979, 1983)

İlk tanımının Hochschild (1983) tarafından ortaya atıldığı bilinen duygusal emek, duyguların hizmet verilen kişi tarafından gözlemlenebilen şekillerinin, hizmet veren kişi tarafından

içerisinde bulunduğu örgütün veya organizasyonun uygun gördüğü ifade şekilleri temel alınarak düzenlenmesi şeklinde tanımlanmıştır. Tıpkı dizi veya filmlerdeki rolleri gereği yer yer ağlayan, kızan, gülen ve öyle bir kişiliğe sahip olmasa bile karakterinin getirdiği özellikleri gösteren oyuncular gibi hizmet veren kişiler de kişiliğine veya o andaki duygularına uygun olmasa da bulundukları çalışma ortamı içerisinde gösterilmesi gereken duyguları ve davranışları göstermeye çalışırlar (Hochschild, 1979; 1983).

Duygusal emek kavramını ortaya atarken Hochschild (1983), tıpkı Vygotsky'nin (1980) Yakınsal Gelişim Alanı kavramındaki iş birliği yoluyla öğrenilen sosyal beceriler gibi, duyguların da gösterilmesinde belli kuralların olduğunu, belli durumlarda gösterilmesi gereken duyguların kişinin bulunduğu sosyal çevre içerisinde öğrenildiğini, dolayısıyla ortama veya duruma göre değişebileceğini ifade etmiştir. Ne var ki, bir durumda hissedilmesi gereken duygu ile kişinin hissettiği duygu eş değerde olmadığında kişi duygularını ve davranışlarını düzenleyerek, yani hissettiği duyguyu düşüncelerini kullanarak (bilişsel), duygunun neden olduğu fiziksel belirtilerin değişimini sağlayarak (fiziksel) veya yüz ifadelerinin değişimini sağlayarak (mimik ve jest kontrolü), bu tutarsızlığı gidermeye çalışmaktadır. Buradan hareketle ve duygusal emeğin tanımından da anlaşılacağı gibi çalışılan örgüt veya organizasyondaki görevlerin belli sergileme kurallarının olması (örneğin; bazı esnaf mağazalarında tezgahtar olarak çalışanların hiç oturmaması), hizmet veren ve hizmet alan kişi arasındaki ilişki (örneğin; doktorun hastasına test sonuçlarını açıklaması sırasındaki etkileşimi) ve hizmet veren kişinin örgüt kurallarına uygun olarak gösterdiği duygu ve davranışlar ile gerçekte olan duygu ve davranışlarının tutarsızlığı (örneğin; otelin resepsiyonunda görev alan bireyin müşteriyi mutlu hissetmese de gülümseyerek karşılaması) gibi faktörler duygusal emeğin temelini oluşturmuştur (Hochschild, 1979; 1983).

Son olarak, Hochschild (1983) bireyin çalışma ortamında iken belli bir durum karşısında hissettiği gerçek duyguya bakmaksızın o durumda hissedilmesi gereken duygunun ifadesini gösterdiğinde duygusal emeğin yüzeysel davranış alt boyutunun kullanıldığını; bireyin aynı durumda hem duygularını hem de duygularının ifadesini çalışma ortamının sergileme kurallarına göre düzenlediğinde ise duygusal emeğin derin davranış alt boyutunun kullandığını ifade etmiştir.

1.6.1.2. Ashforth ve Humphrey (1993)

Hochschild'e (1983) göre duygusal emek belli bir durum içerisinde gösterilmesi gereken duyguların birey tarafından sadece belli bir çaba (örneğin; bilişsel olarak duyguları değiştirmeye çalışma) gösterilerek ortaya çıkmasıyla gelişirken, Ashforth ve Humphrey (1993) duygusal emeği örgütün veya organizasyonun belirlediği gösterim kurallarına uyma şeklinde tanımlamışlardır.

Ashforth ve Humphrey (1993) örgütün sahip olduğu gösterim kurallarının bu örgütün içinde bulunduğu toplumun kültürüne göre de şekillenebileceğini, bazı gösterim kurallarına bireyin hali hazırda aşina olduğunu ve dolayısıyla Hochschild'ın (1983) yaklaşımında temel olan duygu düzenlemenin her zaman gerekli olmadığını savunmuşlardır. Bir diğer değişle, belli bir durumda bireyin hissettiği ve gösterdiği gerçek duygular, bireyi ve organizasyonu içinde bulunduran topumun kültürüne göre şekillenmiştir ve bireyin o durumda hissettiği duygular ile gösterilmesi gereken duygular eş değerdir, yani tutarsızlık yoktur. Bu düşünceyle hareket eden Ashforth ve Humphrey (1983), duygusal emek kavramını doğal duygular (samimi davranış) boyutunu da ekleyerek genişletmişlerdir.

Hochschild'e (1983) göre, bireyin yaşadığı tutarsızlık nedeniyle enerjisinin düşebileceğini, işteki performansının azalabileceğini veya işiyle ilgili olumsuz tutumlar geliştirebileceğini savunurken, Ashforth ve Humphrey (1993) durumun her zaman böyle olmayabileceğini, bireyin zaman geçtikçe kullandığı duygusal emek stratejisine alışacağını ve bunun da işine uyum sağlayıp sağlamadığıyla alakalı olduğunu savunmuşlardır. Yani duygusal emek kavramının olumlu sonuçlar da doğurabileceğini savunan Ashforth ve Humphrey (1993), örgütün veya organizasyonun belli gösterim kurallarının olmasının işe yeni başlayan bireyler için yol gösterici olabileceğini ve verilen hizmette belli bir standart sağlanarak çalışanların başarılarının artabileceğini de belirtmişlerdir. Diğer bir yandan, duygusal emeğin özgüven problemlerine neden olma, kendine yabancılaşma ve benliğini tanıyamama gibi olumsuz taraflarının bireyin yüzeysel rol yapma ve derin davranış stratejilerini kullanmalarından kaynaklanabileceğini savunmuşlardır (Ashforth ve Humphrey, 1993).

1.6.1.3. Morris ve Feldman (1996)

Ashforth ve Humphrey'nin (1993) bireylerin örgütün veya organizasyonun sahip olduğu gösterim kurallarına göre hareket etmek zorunda olmadığını söyleyen yaklaşımına karşılık, Morris ve Feldman (1996) duygusal emeğin bireyin hizmet verdiği ortamda, hizmet verdiği kişilerle iletişim halindeyken duygularını çalıştığı organizasyonun gösterim kurallarına uygun olarak gösterme çabasını, nasıl ve nerede göstereceğini planlamasını ve hangi durumlarda hangi duygu gösteriminin kullanılabileceğini kontrol etmesini duygusal emek olarak tanımlamışlardır.

Sadece tanım kısmına bile bakılarak Morris ve Feldman'ın (1996) duygusal emek kavramını daha kapsamlı olarak ele aldıkları söylenebilmektedir. Bu yaklaşıma göre duygusal emek, çalışanlar tarafından hizmet verilen kişilerle olan iletişimin sıklığını göz önüne alan ve sıklığın artmasının bireylerin daha fazla çaba sarf etmesiyle sonuçlandığını ifade eden duygu gösteriminin sıklığı alt boyutu; hizmet verilen kişilerle etkileşimde bu gösterim kurallarının ne kadar süreyle, ne kadar şiddette olacağını ve duygu gösteriminin süresinin veya duygu yoğunluğunun artmasının bireylerin daha fazla çaba göstermelerine neden olduğunu ifade eden dikkatlilik alt boyutu; hizmet verilen kişiyle olan ilişkileri güçlendirmek, hizmet verilen kişiye otoriteyi aktarmak veya hizmet verilen kişiyi kontrol etmek için sırasıyla olumlu, nötr veya olumsuz duygu gösterimi çeşitlerini ve bu çeşitliliğin artmasının daha fazla planlama, çaba ve kontrol gerektirdiğini ifade eden duygu çeşitliliği alt boyutu; ve son olarak gösterilmesi gereken duygu ile hissedilen duygu arasındaki tutarsızlığı ve bu tutarsızlığın artmasının bireyin daha fazla çaba göstermesiyle sonuçlandığını ifade eden duygusal çelişki alt boyutu olmak üzere toplamda 4 boyuttan oluşmaktadır.

1.6.1.4. Grandey (2000)

Seneler içerisinde farklı araştırmacılar tarafından kapsamı ve tanımı geliştirilen duygusal emek kavramını, Grandey (2000) bireyin içerisinde bulunduğu örgütün koymuş olduğu belli hedeflere ulaşmak amacıyla duygularını ve duyguların gösterimini düzenlemesi şeklinde tanımlayarak aslında en baştan beri ifade edilen tanımların ortak yönünü ifade etmiştir.

Kendi zamanına kadar yapılan araştırmaları birleştirici bir model ortaya koymaya çalışan Grandey (2000) modelinin temelini Duygu Düzenleme Kuramına dayandırmıştır. Buna göre, hissedilen duyguya neden olan durumun yorumlanmasını değiştirmeyi temel alan öncül odaklı

duygu düzenleme ve sadece hissedilen duygunun gösteriminin değiştirilmesini temel alan tepki odaklı duygu düzenleme duygusal emek kavramını açıklamada kullanılmıştır (Grandey, 2000).

Öncül odaklı duygu düzenlemede dikkatin dağıtılması yöntemi (örneğin; bir mağaza çalışanının müşterilerden haksız yere laf yemesi ve sonrasında 'haklısınız' diyerek gülümseyebilmek için daha mutlu anılarını düşünmeye çalışarak öfke duygusundan odağı kaydırması) ve bilişsel değişim yöntemi (örneğin; mağazada çalışan bir tezgahtarın müşteri her olumsuz bir şey söylediğinde 'sinirli bir insan herhalde' şeklinde yorum yaparak olayı kendisinden uzaklaştırması) yer almakta olup Grandey'e (2000) göre bu yöntemler duygusal emeğin derin davranış yöntemi ile ilişkilendirilmiştir.

Tepki (yanıt) odaklı duygu düzenleme yönteminde ise kişi bir olay karşısındaki duygularını değiştirmek yerine duruma uygun olacak tepkileri göstermek adına duygularının gösterimini değiştirme yoluna (örn; önündeki kritik ameliyat için endişeli olan doktorun yüz ifadelerini kontrol ederek hastaya bu endişesini belli etmemesi) gitmektedir ve Grandey'e (2000) göre bu yöntem duygusal emeğin yüzeysel rol yapma boyutu ile ilişkilendirilmiştir.

Genel olarak duygu düzenleme modelini duygusal emek içerisinde ele alan Grandey (2000) duygusal emeği konuşurken 3 temel faktörün (durumsal işaretler ve duygusal olaylar, duygu düzenleme süreci ve duygusal emek stratejileri, duygusal emeğin uzun soluklu sonuçları) ve bireysel veya kurumsal faktörler gibi ek faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ifade ederek duygusal emeğin kompleks bir yapısı olduğundan bahsetmektedir.

1.6.2. Duygusal Emek, Çalışmanın Sonuç Değişkenleri ve COVID-19

Çalışanların organizasyonun duygu gösterim kurallarına uyma veya uyma çabası olarak da ifade edilebilecek olan duygusal emek kavramı şimdiye kadar polis, itfaiye, arama kurtarma elemanları gibi genel olarak insan ilişkilerinin ön planda olduğu meslek gruplarında özellikle de hemşire, doktor veya hasta bakıcı gibi sağlık çalışanlarında araştırılmış bir konu olmasına rağmen genel anlamda araştırmaların kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır. Hatta salgın alanyazını içerisinde bulunan birkaç çalışma haricinde bu alanda duygusal emek yeteri kadar araştırılmamıştır.

Alanyazında yapılan araştırmalarda, iş hayatında var olan duygusal emeğin çalışanların psikolojik iyi oluşlarını etkilediği bilinmektedir. Örneğin; COVID-19 Salgını'nda görev alan 332 doktorun katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, işle alakalı yüksek duygusal talepler karşısında katılımcılardan yüzeysel rol yapma puanları yüksek olanlar daha fazla duygusal tükenme (öznel, psikolojik ve fiziksel iyi oluş puanlarının azalması) yaşarken samimi davranış puanları yüksek olan bireylerin işin getirdiği duygusal talepler karşısında kendilerini duygusal tükenmeye karşı korudukları anlaşılmıştır (Javed ve Batool, 2021).

Duygusal emeğin, duyguları bastırma veya inkar etme gibi süreçleri içerdiği de göz önünde bulundurularak bireylerde kaygı, stres, depresyon ama özellikle de tükenmişliğe yol açtığı görülmüştür (Bayram ve ark., 2012; Han ve ark., 2018; Yıldırım ve Erul, 2013; Yoon ve Kim, 2013). Örneğin; 136 doktorun katılımcı olduğu ve duygusal emek kavramını hastane örnekleminde araştıran bir çalışmada, duygusal emek ile tükenmişlik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; yüzeysel davranışın tükenmişlik ve duyarsızlaşma seviyelerini yükselttiği görülmüştür (Köse, Oral ve Türesin, 2011). Benzer sonuçların bulunduğu 345 pratisyen hekimle yapılan bir çalışmada, yüzeysel davranış daha çok duygusal yorgunlukla ve tükenmişlikle ilişkili bulunmuştur (Martínez-Iñigo ve ark., 2007). İlaveten, 303 hemşire ile yapılan ve duygusal emek, işle alakalı stres ve tükenmişlik ilişkisine bakılan bir başka çalışmada da hastalarla ilişkilerinde daha çok yüzeysel davranış yolunu kullanan katılımcıların, daha çok stres ve tükenmişlik belirtileri gösterdikleri ve derinlemesine davranış ve samimi davranış ile stres ve tükenmişlik arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Kim, 2020).

Duygusal emek tükenmişlikle ilişkili olduğu kadar sağlık çalışanlarında hastalara yeteri kadar iyi bir hizmet verememekten kaynaklı suçluluk hislerini ortaya çıkardığı, hastalara iyi hizmet verebilmek için gösterilen çabanın takdir görmediği durumlarda yaşanılan duygusal tutarsızlığın (örneğin; hastasına bakım veren hemşirenin duygu gösterim kurallarına uyarak güler yüzle hareket etmesi karşısında hastanın hemşireye bağırması) depresif belirtilere yol açtığı düşünülmektedir. Örneğin; Kore'de 533 sağlık personelinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, duygusal emeğin (Korean Emotional Labor Scale) alt boyutlarından olan duygusal tutarsızlığın depresyon ile olumlu yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu; bireylerin duygusal emek ile somatik belirti puanları arasındaki ilişkide depresyonun kısmi aracılık rolüne sahip olduğu; duygusal emek ile uykusuzluk puanları arasındaki ilişkide ise depresyonun tam aracılık etkisine sahip olduğu görülmüştür (Lee ve Jang, 2021). Benzer değişkenlerin araştırıldığı Amerika'da 1060 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen ve duygusal emek, depresif belirtiler ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada, katılımcılardan

yaklaşık %22'sinin depresif belirtiler gösterdikleri, yarısından fazlasının (yaklaşık %54) 6 saat veya daha az uyuduğu, %32'sinin uyku problemleri yaşadığı görülmüş; duygusal emeğin yüzeysel rol yapma alt boyutunun depresif belirtiler ile olumlu yönde anlamlı ilişkisinin olduğu; uyku bozukluklarının yüzeysel rol yapma ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolüne sahip olduğu bildirilmiş; yüzeysel rol yapma ve depresif belirtiler arasında gözlemlenen güçlü ilişkinin duyguları maskelemekten yani duyguları bastırmaktan ileri geldiği düşünülmüştür (Zhang ve ark., 2021). Benzer bir ilişkiye 2 yıllık süre içerisinde bakılan bir çalışmada, başlangıç zamanında herhangi bir depresif belirtiye sahip olmayan 939 sağlık çalışanından 2 yıl sonra alınan ölçümlerde katılımcıların %15'inin depresif belirtiler geliştirdikleri, katılımcıları yüzeysel rol yapma puanlarına göre üçe ayırdıklarında (düşük, orta, yüksek), orta ve yüksek derecede yüzeysel rol yapma puanına sahip olanların düşük yüzeysel rol yapma puanına sahip olanlara göre depresif belirtiler gösterme olasılıklarının sırasıyla 1.8 ve 1.9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Suh ve Punnett, 2021).

Afet ve travma alanında yapılan çalışmalarda duygusal emek ve TSS belirtileri arasındaki ilişkilerin incelendiği araştırmalar da mevcuttur. Örneğin; deprem, yangın, sel gibi afetlerde ve intihar veya şiddetli kazalarda görev alan 7151 itfaiye çalışanıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların duygusal emek puanlarının erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu; çalışmada duygusal emeğin alt boyutları olarak ele alınan duygusal emeğin gereksinimleri ve duygusal hasarın TSS belirtileri ile olumlu yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu; yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizinde cinsiyet, çalışma saati ve algılanan stres modele eklendikten sonra, ikinci modelde analize eklenen duygusal emeğin alt boyutlarının modeldeki değişimin yaklaşık %7'sini oluşturduğu; ayrıca üçüncü modelde analize eklenen duygusal emek ve travmatik yaşam olayları arasındaki iki yönlü karşılıklı etkileşimin anlamlı sonuç verdiği, bu modelde duygusal emeğin ana etkisinin anlamlı olmaktan çıktığı görülmüş, dolayısıyla yakın zamanda travmatik yaşam olayına maruz kalan itfaiye çalışanlarında duygusal emek ve TSS belirtileri arasındaki ilişki yakın zamanda böyle bir yaşam olayına maruz kalmamış katılımcılardan anlamlı olarak daha güçlü bulunmuştur (Park ve ark., 2018). Benzer bir ilişki COVID-19 Salgını'nda görev alan 543 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada incelenmiş; duygusal emeğin alt boyutu olarak ele alınan duygusal gereklilikler TSS belirtilerinden olan intrusyon belirtileri ile olumlu yönde anlamlı olarak ilişkilendirilmiş; ayrıca organizasyonun ve sağlık sektöründe çalışanların gösterim kurallarına uygun olmayan bir davranış olan iş yerinde ağlama, duygusal gereklilikler, TSS belirtileri ve ruminasyon arasındaki ilişkiye bakıldığında; duygusal gerekliliklerin iş yerinde ağlama davranışı üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkisinin olduğu, dolaylı etkide TSS belirtilerinden girici belirtilerin

kısmi aracılık rolüne sahip olduğu, gerçekleştirilen yönetici aracı (moderated mediation) analizinde duygusal gerekliliklerin intrusyon belirtileri aracılığıyla iş yerinde ağlama davranışı üzerindeki dolaylı etkisinde ruminasyonun düzenleyici etkiye sahip olduğu, yani duygusal gereklilikler (duygusal emek) ile intrusyon belirtileri (TSS belirtileri) arasındaki anlamlı ilişkinin ruminasyon düzeyinin yüksek olduğu durumda daha güçlü olduğu görülmüştür (Portoghese ve ark., 2021).

Ülkemizde de salgın sırasında yapılan çalışmalar az olsa da sağlık çalışanları örnekleminde duygusal emek kavramını çalışan araştırmalar yer almaktadır (Beğenirbaş, 2015; Tunç, Gitmez ve Krespi Boothby, 2014). Örneğin; 188 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların duygusal emek puanlarının yüksek olduğu; gençlerin yaşlılara göre daha fazla yüzeysel rol yapma puanına sahip oldukları; yüzeysel rol yapma puanları çalışılan departmana göre karşılaştırıldığında en yüksek puana sahip olanların genellikle yataklı servis, onkoloji gibi hasta ile etkileşimin yüksek olduğu bölümlerde çalışan bireyler oldukları; mesleki tecrübe arttıkça yüzeysel rol yapma puanlarının azaldığı görülmüş; bu nitel sonuçları daha iyi anlamak adına yapılan mülakatlarda ise katılımcıların gülümsemek, mutlu davranmak veya sempatik davranmak gibi yollarla yüzeysel rol yapma yöntemini, kabullenmek ve empati yapmak gibi yollarla derinlemesine eylem yöntemini ve ağlamak, sevinmek veya merhamet göstermek gibi yollarla ise doğal duygular yöntemini kullandıkları görülmüştür (Doğan ve Sığrı, 2017).

COVID-19 Salgını sırasında ülkemizde 138 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen ve iş tutkusu, iş-aile zenginleşmesi ve duygusal emek değişkenleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, iş tutkusunun alt boyutlarından olan uyumlu tutku puanları yüksek olan bireylerin yüzeysel rol yapma puanlarının anlamlı şekilde daha düşük, samimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu, aile- iş zenginleşmesi puanlarının derin eylem puanlarıyla olumlu yönde anlamlı ilişkisinin olduğu görülmüştür (Bektaş ve Çetin, 2020).

Yukarıda tartışılan bulguların ışığında insan ilişkilerinin oldukça ön planda olduğu sağlık sektöründe görev alan sağlık çalışanlarında duygusal emek kavramını ve kavramın çalışmanın sonuç değişkenleriyle ilişkisini salgın çerçevesinde araştırmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bir sonraki kısımda araştırmanın önemi ve amacı aktarılacaktır.

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Salgın zamanlarında toplumda, korku, dehşet, kaygı, stres, umutsuzluk ve tükenmişlik gibi psikolojik belirtilerin ortaya çıkma olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir. Özellikle, salgın zamanlarında sağlık hizmetleri ve bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının üzerine binen yük ve karşılaştıkları risk artmaktadır. Alanyazın taraması kısmında da aktarıldığı üzere, şimdiye kadar yaşanan salgınların ve günümüzde yaşanan COVID-19 Salgını'nın, sağlık çalışanlarının özellikle travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri göstermelerine yol açtığı görülmüştür. Bu bağlamda bakıldığında, COVID-19 Salgını'nın sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkileri üzerinde çalışmak, hem salgın hastalıklara karşı hazırlıklı olma hem de sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanacak koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı çalışmaları açısından önem kazanmaktadır. İlaveten, yine alanyazın taramasında aktarıldığı gibi, COVID-19 gibi küresel çapta yaşanan bir afette, belirsizliğe tahammülsüzlük, salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu ve duygusal emek gibi bazı bireysel farklılıkların COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarının psikolojik belirtiler göstermelerinde etkili olup olmadığını araştırmak olası risk faktörlerini saptamak açısından kritik öneme sahiptir.

Bu tez çalışması sonucunda elde edilecek bulguların akademik bilgi birikimine sağlayacağı katkının yanı sıra, sağlık çalışanları için ileride geliştirilecek olan psikolojik destek uygulamalarında, afet hazırlık ve afet risk yönetimi konusunda da yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Günümüzde etkisi 1,5 seneden fazla zamandır devam eden COVID-19 Salgını'nın ortaya çıktığı zamandan beri sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalar arasında, bu çalışmada yer alan değişkenlerin bir arada incelendiği, Türkiye'de yapılan ve bilinen bir çalışmaya rastlanmamıştır. İlaveten, alanyazında yeni yeni araştırılmaya başlanan duygusal emek kavramı da bu çalışmada COVID-19 Salgını'nın psikolojik etkileri çerçevesinde ele alınacaktır. Bilindiği kadarıyla Türkiye'de salgın zamanlarında sağlık çalışanlarıyla yapılan herhangi bir çalışmada duygusal emek kavramı salgının psikolojik etkileri bakımından incelenmemiştir. Dolayısıyla, bu çalışmanın duygusal emek alanyazınına da katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın amacı günümüzde halen devam eden COVID-19 Salgını süresince görev alan sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini yordamada çeşitli demografik (yaş, cinsiyet, görev aldığı sağlık birimi,

yaşadığı/ görev aldığı il gibi), psikolojik (belirsizliğe tahammülsüzlük, salgına ilişkin tehdit algısı, duygusal emek gibi) ve salgına ilişkin değişkenlerin (COVID-19 tanısı/tedavisi alıp almamak, bir yakınının tanı/tedavi alıp almaması, COVID-19 Salgını nedeniyle meslektaşının, yakının veya tanıdığın ölmesi, iş kaybı veya diğer ekonomik kayıplar gibi) rolünü incelemektir.

Belirlenen bu amaç doğrultusunda çalışmanın araştırma soruları şu şekildedir:

Araştırma Sorusu 1: COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında gözlenen travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin şiddeti ne düzeydedir?

Araştırma Sorusu 2: Sağlık çalışanlarına ait demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim, görev alınan sağlık birimi, medeni durum, ekonomik düzey) sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

Araştırma Sorusu 3: Sağlık çalışanlarına ait salgına ilişkin değişkenler (örn., COVID-19 tanısı/tedavisi alıp almamak, bir yakınının tanı/tedavi alıp almaması, COVID-19 Salgını nedeniyle bir yakının veya tanıdığın ölmesi, iş kaybı veya diğer ekonomik kayıplar, hastane tarafından sağlanan teçhizat desteği, hastalarla olan özdeşim gibi) sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

Araştırma Sorusu 4: Sağlık çalışanlarına ait psikolojik değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, tehdit algısı, duygusal emek) sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini anlamlı düzeyde yordamakta mıdır?

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Çalışma örneklemi için Türkiye genelinde T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında (hastaneler, eczaneler, diş poliklinikleri vb.), COVID-19 Salgını süresince görev alan 350 sağlık çalışanından çevrimiçi olarak veri toplanmıştır. Veri setinden, verileri uç değer özelliği gösteren 2 kişi ve ölçek setini önemli ölçüde doldurmamış 2 kişinin verileri çıkarılmıştır. Nihai analizde 346 kişinin verileri analize dahil edilmiştir. Toplamda 61 şehir ve 24 farklı birimde çalışan bireylerden katılım gerçekleşmiştir. Araştırma kriterlerini karşılayarak son analize dahil edilen katılımcılardan 202'si kadın (%58.4), 144'ü erkektir (%41.6). Tüm örneklemi oluşturan katılımcılar 19-66 (*Ort.*=34.6, *SS*=9.0) yaş aralığındadır. Çalışma örneklemine dair diğer sosyo-demografik özelliklerin sıklık ve yüzde değerleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. *Örneklemin Demografik Özellikleri (N=346)*

	Sıklık (f)	**Yüzde* (%)**
Yaş		
19-66 (Ort.=34.6)		
Cinsiyet		
Kadın	202	58.4
Erkek	144	41.6
Medeni Durum		
Bekar	137	39.6
Evli/Birlikte Yaşıyor	181	52.3
Ayrılmış/Boşanmış	28	8.1
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	157	45.4
Hayır	189	54.6
Çocuk Sayısı		
1	74	47.1
2	69	43.9

3	14	8.9
Çocukların Yaşı		
1-31 (Ort.=12.2)		
Eğitim Düzeyi		
Ortaokul	1	.3
Lise	20	5.8
Yüksekokul	41	11.8
Üniversite	205	59.2
Lisansüstü	79	22.8
Mesleki Pozisyon		
Hekim	128	37
Hemşire	123	35.5
Paramedik/ Acil Tıp Teknikeri	14	4
Psikolog	12	3.5
Laboratuvar Teknisyeni	11	3.2
Masa Başı Çalışanı	8	2.3
Sekreter	8	2.3
Radyoloji Teknisyeni	7	2
Biyolog	6	1.7
Eczacı	4	1.2
Diş Hekimi	4	1.2
Ebe	4	1.2
Fizyoterapist	4	1.2
Diyetisyen	3	.9
Anestezi Teknikeri	3	.9
Acil Tıp Teknisyeni	2	.6
Fizik Tedavi Teknikeri	1	.3
Yaşlı Bakım Teknikeri	1	.3
Çocuk Gelişimci	1	.3
Ambulans Şoförü	1	.3
Temizlik Görevlisi	1	.3
Sağlık Çalışanlarının Görev Yerleri		
Acil Servis	58	16.8
Yataklı Servis	39	11.3
Poliklinik	69	19.9

Yoğun Bakım	32	9.2
COVID-19 Yoğun Bakım Servisi	104	30.1
COVID-19 Yataklı Servis	101	29.2
COVID-19 Polikliniği	3	.9
COVID-19 Tanı Merkezi	6	1.7
Laboratuvar (Biyokimya/Moleküler Tanı/Parazitoloji/ Tıbbi Patoloji)	20	5.8
Filyasyon Ekibi	30	8.7
Ambulans	14	4
Hastane İdare Ofisi	13	3.8
Aile Sağlık Merkezi	25	7.2
Eczane	3	.9
Ameliyathane	6	1.7
Diş Hekimliği Fakültesi/ Diş Kliniği	4	1.2
Fizik Tedavi Ünitesi	3	.9
Göçmen Sağlığı Merkezi	1	.3
İlçe Sağlık Müdürlüğü	4	1.2
Kan Alma	1	.3
Röntgen/Tomografi	2	.6
TRSM	2	.6
Sosyal Hizmetler	1	.3
Gelir Düzeyi		
0-Asgari Ücret	3	.9
Asgari Ücret-3500 TL	9	2.6
3500-5000 TL	60	17.3
5000-7229 TL	66	19.1
7230-10000 TL	110	31.8
10000-15000 TL	68	19.7
15000- 22000 TL	19	5.5
Şu Anda Kimlerle Birlikte Yaşandığı		
Yalnız	75	21.7
Evcil Hayvanlarımla	34	9.8
Partnerimle	16	4.6
Eşim ve/veya Çocuklarımla	46	13.3
Geniş Ailemle	1	.3

Ev Arkadaşlarımla	7	2
Kardeş ya da Kardeşlerle	3	.9
Yaşanılan Şehir		
30 Büyükşehir + Zonguldak	277	80.1
Diğer İller	69	19.9
Salgın Nedeniyle Taşınma		
Evet	9	2.6
Hayır	337	97.4
COVID-19 Salgını Nedeniyle Taşınanların Önceki İkamet Birimleri		
30 Büyükşehir + Zonguldak	8	2.3
Diğer iller	1	.3
Bakmakla Yükümlü Yakının Olup Olmadığı		
Evet	79	22.8
Hayır	267	77.2
Bakmakla Yükümlü Olunan Yakın		
Eş ve/veya Çocuklar	38	11
Ebeveynler (Sağlıklı, Engelli veya 65 yaş ve üzeri anne, baba, kayınvalide, kayınpeder)	37	10.7
Kardeşler	3	.9
Geniş Aile (teyze, amca, yeğen vb.)	2	.6
COVID-19 Salgını Sonrası Bakmakla Yükümlü Yakının Olup Olmadığı		
Evet	12	3.5
Hayır	334	96.5
Fiziksel Rahatsızlık		
Evet	72	20.8
Hayır	274	79.2
Sahip Olunan Fiziksel Rahatsızlık Türü		
Absans Nöbeti (Epileptik Nöbet)	1	.3
Astım/Alerjik Astım/ Astım Bronşit	18	5.2
Bronşit/ Alerjik Bronşit/ Kronik Bronşit/ KOAH	4	1.2
Tip1/ Tip 2 Diyabet	10	2.9
Tiroid/ Haşimato Tiroidi	7	2

Behçet Hastalığı	1	.3
Alerji /Alerjik Rinit	3	.9
Migren	5	1.4
Kronik Böbrek Hastalığı	1	.3
Anemi	1	.3
Tansiyon/ Hipertansiyon	19	5.5
Esansiyel Tremor	2	.6
Esansiyel Trombositoz	1	.3
Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF)	2	.6
Kronik Kalp Rahatsızlıkları	5	1.4
Hipofiz Tümörü	1	.3
Kronik Kemik Erimesi	1	.3
Polikistik Over (PCOS)	1	.3
Prostat	1	.3
İltihaplı Romatizma	1	.3
İltihaplı Bağırsak Hastalığı	2	.6
Gut	1	.3
Yüz Ağrısı Hastalığı (Trigeminal Nevralji)	1	.3
Psikiyatrik Tanı		
Evet	27	7.8
Hayır	319	92.2
Sahip Olunan Psikolojik Rahatsızlık Türü		
Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu	11	3.2
Panik Bozukluk	1	.3
OKB	4	1.2
Depresyon/ Distimi	12	3.5

*Katılımcılar birden fazla yanıt verebilmektedir ve belli bir yanıtı açıklayabilmektedir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Mevcut çalışmada katılımcılara veriliş sırasına göre Demografik Bilgi Formu, Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Tehdit Algısı /Stres Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Emek Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, mesleki görev, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, yaşadıkları il), COVID-19 Salgını sırasında hastane tarafından eğitim veya koruyucu ekipman sağlanıp sağlanmadığı, COVID-19 Salgını nedeniyle bir yakınını kaybedip kaybetmediği, salgın sürecinde salgına dair veya salgın dolayısıyla oluşan duygular ve hastalarla özdeşim yaşanıp yaşanmadığı gibi durumları belirlemek amacıyla detaylı bir Demografik Bilgi Formu hazırlanacaktır. İlaveten, hazırlanan Demografik Bilgi Formunun sonuna daha önce Imai ve arkadaşları (2010) tarafından H1N1 Salgını sırasında sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada kullanılan ve salgından bu yana bireysel, mesleki veya ailevi stres kaynaklarını araştıran anket sorularının da COVID-19'a uygun olacak şekilde kullanılması planlanmaktadır. Yirmi maddeden oluşan anket soruları yaşanılan sıklığa göre değerlendirilmektedir (0= Hiç, 1= Nadiren, 2= Bazen, 3= Her zaman). Anket maddelerine örnek olarak 'Enfekte olma konusunda endişelendim.', 'Başkalarının benden uzak durduğunu hissettim.' veya 'Virüsün bulaşıcılık ve hasta etme derecesi hakkında bilgi eksikliği hissettim.' maddeleri örnek verilebilir. Demografik bilgi formunun bir örneği Ek-2'de yer almaktadır.

2.2.2. Olay Etkisi Ölçeği -R (OEÖ-R)

Belirli bir olayın ardından kişinin olayla ilişkili yaşadığı rahatsızlığı inceleyen ve 1979 yılında Horowitz tarafından geliştirilen 15 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Horowitz, Wilner ve Alvarez, 1979). Ölçek intrusyon ve kaçınma alt ölçeklerinden oluşmuştur. Bu ölçeği dolduracak olan katılımcılara her bir maddenin son 7 gün içerisinde ne sıklıkla oluştuğu sorularak 4'lü Likert tipinde derecelendirmeleri istenir (0-hiç, 1- çok ender, 3- zaman zaman, 5- sıklıkla). İntrusyon ve kaçınma alt ölçekleri için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla α=0.78 ve α=0.82'dir (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Ölçekten elde edilen toplam puan için test-tekrar test katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güneş (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucuna göre, kaçınma alt ölçeğinden iki madde (2. ve 8. Maddeler) dışarıda tutulmuş ve intrusyon ve kaçınma alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayısı sırasıyla α=0.77 ve α=0.68 olarak tespit edilmiştir.

DSM-III tanı ölçütleri geliştirilmeden önce oluşturulan ölçeğe, travma sonrası stres bozukluğuna ait belirti olan 'aşırı uyarılmışlık' ile alakalı maddeler eklenmiştir (Weiss ve Marmar, 1997). Yeni ismiyle Olayların Etkisi Ölçeği-R toplam 21 maddeden oluşmakta olup alt

ölçek sayısı aşırı uyarılmışlığın da eklenmesiyle üçe çıkmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Işıklı (2006) tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için bulunan Cronbach Alfa katsayısı 0.93; intrusyon, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık alt ölçekleri için sırasıyla α=0.83, α=0.82 ve α=0.90 olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizinde madde korelasyonları hesaplanmış olup, bir madde (5.madde) dışındaki tüm maddeler 0.35 ve 0.80 arasında katsayılara sahiptir. Mevcut çalışmada Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçek için 0.94; kaçınma, girici düşünce ve aşırı uyarılmışlık alt ölçekleri için sırasıyla α=0.82, α=0.91 ve α=0.90 olarak hesaplanmıştır. Elde edilmiş bulgular, ölçeğin ve alt faktörlerin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bir örneği Ek-3'te yer almaktadır.

2.2.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Temel olarak depresif belirti düzeyini belirlemek amacıyla 1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşur ve bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirti kümelerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin her maddesi depresyonun bir belirtisini ölçer ve 0,1,2,3 şeklinde puanlanan her madde 4 adet cümleye sahiptir. Madde puanlarının toplanmasıyla en az 0 en çok 63 puan elde edilebilir. Genel olarak 17 puandan sonrası depresyon belirtilerinin görülmesine işaret etmekte ve alınan puan arttıkça depresyon belirtileri de artmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonu 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup normal örneklem ile yapılan geçerlilik çalışmasında test-tekrar test katsayısı .65 ve iki yarım güvenirlik uygulamasında iç tutarlılık kat sayısı .78 olduğu görülmüştür. BDE'nin Türkçe formunun oluşturulması için geçerlik ve güvenirlilik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, Cronbach Alfa katsayısı .88 olarak tespit edilmiştir (Hisli, 1988; 1989). Mevcut çalışmada da Cronbach Alfa katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır. Bu katsayının da BDE'nin Türkçe formunun kullanılabilirliği açısından kabul edilebilir sınırlarda olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin bir örneği Ek-4'te yer almaktadır.

2.2.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Duygusal tükenme, kişisel başarısızlıklar ve duyarsızlaşma olmak üzere 3 alt ölçek, 22 maddeden oluşan ve 7'li Likert tipinde yanıtlanan Tükenmişlik Ölçeği Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek değerlendirilirken, bir kişi için toplam test puanı ve üç alt ölçek puanı hesaplanır. Alt ölçeklerden duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlikten alınan

yüksek puanlar ile kişisel başarısızlıktan alınan düşük puanlar tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Çapri, 2006).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmış olup, 7'li Likert tipinden 5'li Likert tipine (0=Hiçbir zaman; 4=Her zaman) dönüştürülmüştür. Yapılan faktör analizi sonrasında, duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla .83, .67 ve .72 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada ise duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla .93, .80 ve .79 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, elde edilen verilerle ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin bir örneği Ek-5'te yer almaktadır.

2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Carleton ve arkadaşları (2007) tarafından bireylerin belirsiz olaylar karşısındaki duygu ve davranış örüntülerini ölçmek için geliştirilen, 12 madde ve 2 alt boyuttan oluşan ve 5'li Likert tipinde puanlanan bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puanın artması belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin de arttığına işaret etmektedir (Carleton ve ark., 2007). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan ölçeğin faktör yüklerinin .55 ve .87 arasında değişimlendiği, tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısının .88, ileriye yönelik kaygı alt boyutu ve engelleyici kaygı alt boyutu için Cronbach alfa katsayılarının sırasıyla .84 ve .77 ve test-tekrar test katsayısının da .74 olduğu belirtilmiştir. Mevcut çalışmada tüm ölçek, ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı alt boyutu için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla .91, .84 ve .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek-6'da yer almaktadır.

2.2.6. Tehdit Algısı/ Stres Değerlendirme Ölçeği

Olaylar karşısında deneyimlenen stresin bilişsel olarak ne şekilde değerlendirildiğini (örneğin; tehdit olarak) ölçmek amacıyla Peacock ve Wong (1990) tarafından geliştirilen Stres Değerlendirme Ölçeği (Stress Appraisal Measure) 6 alt boyut ve toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 5'li Likert tipinde değerlendirilmektedir. Stresli bir durumun birincil değerlendirmeleri olarak tehdit, meydan okuma ve merkeziyet ve ikincil değerlendirmeleri olarak tek başına kontrol edilebilir, başkaları tarafından kontrol edilebilir ve

kontrol edilemez alt boyutları yer almaktadır. Alt boyutlar için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları .51 ve .90 arasında değişimlenmektedir. İlaveten H1N1 Salgını sırasında yapılan bir çalışmada da alt boyutlar için hesaplanan iç tutarlık katsayıları .70 ve .88 arasında değişimlenmiştir (Taha ve ark., 2014).

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Durak ve Durak (2013) tarafından hem öğrenci örneklemi hem de yetişkin örneklemi kullanılarak gerçekleştirilmiş olup toplam 5 adet alt boyut (orijinal ölçekteki merkeziyet alt boyutu ile tehdit alt boyutu bir faktör olarak yüklendiğinden) elde edilmiştir. Tehdit, meydan okuma (challenge), tek başına kontrol edilebilir (controllable by self), başkaları tarafından kontrol edilebilir (controllable by others) ve kontrol edilemez alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları üniversite örnekleminde sırasıyla .81, .70, .74, .86 ve .81 olarak ve yetişkin örneklemde sırasıyla 83, .68, .74, .84 ve .80 olarak hesaplanmıştır.

COVID-19 Salgını küresel bir afet olarak stres verici bir olay olarak ele alındığında, COVID-19 ile ilgili katılımcıların algılanan stres ve tehdit boyutunu anlamanın önemli olduğu kanısı oluşmuştur. Literatüre bakıldığı zaman salgınlar sırasında yapılan araştırmaların çoğunda katılımcıların tehdit algısını ölçebilmek amacıyla çalışma araştırmacıları tarafından salgına ve salgının nasıl algılandığına (örneğin; çok tehdit edici, çözülebilir bir durum gibi) dair 1-10 madde arasında değişebilen anket sorusu geliştirme yöntemi kullanılmıştır (Lau ve ark.,2007; Matsuishi ve ark., 2012; Taha ve ark., 2014). Bu çalışmada da açıklanan yaklaşımın kullanılmasıyla, katılımcıların COVID-19 Salgını karşında yaşadıkları stresi nasıl değerlendirdikleri ve genel olarak COVID-19 Salgını için algıladıkları tehdit boyutunun ölçülmesi beklenmektedir. Bu bağlamda, 10 maddeden oluşan ve 5'li Likert tipi (1=Hiç Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) kullanılan anket soruları Stres Değerlendirme Ölçeği'nin maddeleri göz önünde bulundurularak COVID-19 Salgını'na uygun olacak şekilde hazırlanmıştır. 'COVID-19 Salgını tamamen umutsuz bir durumdur.', COVID-19 Salgını'nın sevdiklerime zarar vereceğini düşünüyorum.' veya 'COVID-19 Salgını'nın sonuçları tüm dünya için olumsuz olacak.' maddeleri hazırlanan anket sorularına örnek olarak gösterilebilir. Anket sorularına verilen cevaplardan toplam bir test puanı elde edilecek olup, alınan yüksek puanlar daha fazla stres ve tehdit algısına işaret edecektir.

2.2.7. Duygusal Emek Ölçeği

Yüzeysel ve derin davranış düzeylerini incelemek amacıyla Brotheridge ve Lee (2003) tarafından geliştirilen Duygusal Emek Ölçeği daha sonra birçok kez yenilenerek genişletilmiştir (Brotheridge ve Lee, 2007; Lee, Lovell ve Brotheridge, 2010; Lee ve Brotheridge, 2011). Ölçeğin ilk versiyonunda duygusal emeği karşılayan yüzeysel eylem boyutu daha sonra yenilenen ölçeklerde iki farklı boyuta ayrılarak 'sahte duygular' ve 'gizlenen duygular' boyutları oluşturulmuştur (Lee, Lovell ve Brotheridge, 2010). Ölçeğin son halinde gizlenen duygular (belli bir durumda gösterilmesi uygun düşmeyecek duyguların birey tarafından gizlenmesi), sahte duygular (kişinin gerçekte hissetmediği duyguları hissettiğini göstermeye çalışması) ve derin davranış (bir durumla uyumlu duyguların gösterilmesi ve deneyimlenmesi) olmak üzere toplam 3 alt ölçek ve 9 madde yer almaktadır (Lee, Lovell ve Brotheridge, 2010; aktaran Dursun ve ark., 2014).

Duygusal Emek Ölçeği'nin Türkçe formu için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup; gizlenen duygular, sahte duygular ve derinlemesine eylem alt boyutları için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.74, 0.77 ve 0.81 olarak hesaplanmıştır (Dursun ve ark., 2014). Mevcut çalışmada ise sahte duygular, derinlemesine eylem ve gizlenen duygular alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla .89, .88 ve .90 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin bir örneği Ek-7'de yer almaktadır.

2.3. İŞLEM

Araştırmaya veri toplama sürecinde kullanılacak ölçeklerin Türkçe formlarını oluşturup geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılara elektronik posta (e-mail) yoluyla ulaşılarak mevcut çalışma için ölçek kullanım izinleri alınarak başlanmıştır. Alınan ölçek izinleriyle beraber Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'na başvurularak Etik Onay alınmıştır. Veri toplama süreci 2020 yılının Aralık ayında başlamış olup, 2021 yılının Haziran ayında son bulmuştur. Mevcut salgın döneminde alınan önlemler nedeniyle veri toplama süreci çevrimiçi olarak XM Qualtrics çevrimiçi anket yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarına anket setini içeren internet bağlantı bilgisi sosyal medya (Facebook, Twitter, Instagram vb.) aracılığıyla ulaştırılarak katılımları sağlanmıştır. Çalışamaya katılmanın gönüllük esasına dayanması, çalışmanın süresi,

çalışmanın amacı, veri gizliliği ve buna benzer araştırmayla ve araştırmacılarla alakalı bilgilerin yer aldığı bilgilendirilmiş onam formu her katılımcıya sunularak araştırma için onam alınmıştır. Çalışmaya katılma onayı veren kişilere araştırmanın anket seti sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Tehdit Algısı/ Stres Değerlendirme Ölçeği ve Duygusal Emek Ölçeği olacak şekilde sunulmuştur. Katılımcıların anket setini tamamlamaları yaklaşık 25 dakika sürmüş ve anket seti tamamlandıktan sonra yanıtlar otomatik olarak kaydedilmiştir. Çevrimiçi olarak toplanacak verilerin güvenirliğini artırmak için katılımcıların IP numaraları ve anketleri doldurma süreleri kontrol edilmiştir. Hedeflenen sayıda katılımcıya ulaşıldıktan sonra anket ve ölçeklere erişim durdurulmuştur. Katılımcılara uygun örnekleme yoluyla ulaşılmış olup araştırmada 350 kişi yer almıştır.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma kapsamında toplanan verilerin analizini gerçekleştirmek adına SPSS (Statistical Package fort he Social Sciences) 26.0 paket programı kullanılmıştır. Analiz sonuçlarını etkileyecek miktarda boş verisi olan katılımcılar (2 katılımcı) analize dahil edilmemiştir. Ayrıca her bir değişken için ayrı ayrı normal dağılım ve uç değer analizleri gerçekleştirilmiştir. Mevcut tez çalışmasında yer alan araştırma sorularına uygun olacak şekilde öncelikle demografik ve salgına ilişkin değişkenler ile travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerini değerlendirmek amacıyla betimleyici analizler yürütülmüştür. Ardından bağımlı değişkenlerin (travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri) demografik ve salgına ilişkin değişkenler ile olan ilişkisini incelemek adına Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayı Analizleri yapılmıştır. Bu analizler sonucunda çalışmanın bağımlı değişkenleri ile anlamlı ilişkiler gösteren demografik ve salgına ilişkin değişkenler ile çalışmanın psikolojik bağımsız değişkenlerinin (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit) çalışmanın bağımlı değişkenlerini yordama gücünü tespit etmek amacıyla her bir bağımlı değişken için ayrı ayrı olacak şekilde Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür.

Araştırmada yer alan bazı kategorik değişkenler için göstermelik değişkenler (dummy variables) oluşturulmuştur. Göstermelik değişkenler 3 veya daha fazla kategorisi olan değişkenler ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılan analizlerde yer almaktadır. Bu tarz 3 veya daha fazla kategorisi olan değişkenler için oluşturulan göstermelik değişkenler grup

üyeliğinin ‘1’ ve diğerlerinin ‘0’ şeklinde kodlandığı sahte bir değişkendir. Örneğin; bekar, evli ve ayrılmış şeklinde 3 alt kategorisi olan medeni durum değişkeni için bekar bireylerin ‘1’ olarak kodlanıp, diğerlerinin ise ‘0’ olarak kodlandığı ‘bekar=1’; evli bireylerin ‘1’ olarak kodlanıp, diğerlerinin ise ‘0’ olarak kodlandığı ‘evli=1’; ayrılmış bireylerin ‘1’ olarak kodlanıp, diğerlerinin ise ‘0’ olarak kodlandığı ‘ayrılmış=1’ göstermelik değişkenleri oluşturulmuştur.

Göstermelik değişkenler analiz içerisinde kullanılırken bir kategorisi dışarıda kalacak şekilde analizlere dahil edilirler. Bunun temel sebebi ise analize dahil edilen kategorilerin bağımlı değişken ile arasındaki ilişkinin dışarıda kalan kategoriye göre hesaplanmasındandır. Örneğin; medeni durum değişkeninin evli kategorisi dışarıda kalsın; ki bu dışarıda kalan değişkene referans kategorisi (değişkeni) adı verilmektedir. Analize dahil edilen bekar veya ayrılmış kategorilerinden biri bağımlı değişken ile anlamlı bir ilişki gösterdiğinde bu, bekar veya ayrılmış olan bireylerin evli bireylere göre (referans kategorisi) anlamlı olarak daha yüksek/ düşük belirti düzeyine sahip olmaları ile ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. Yani anlamlı gelen ilişki analize dahil edilen kategorinin dahil edilmeyen referans kategorisine göre bağımlı değişken ile ilişkisini açıklamamıza olanak tanımaktadır. Yürütülen Korelasyon ve Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizlerinde göstermelik değişkenler yardımıyla kategorik değişkenlerin bağımlı değişkenler ile ilişkisi açıklanmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Mevcut araştırmanın bu kısmında, araştırma sorularına yanıt bulabilmek için gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçları yer almaktadır. Araştırma sorularının analizine başlanmadan önce tüm veriler SPSS 26.0 programına aktarılmıştır. Verideki her değişken için normal dağılım ve uç değer analizleri gerçekleştirilerek verilerin istatistiksel olarak analiz etmeye uygun olup olmadığına bakılmıştır. Tüm değişkenler için incelenen çarpıklık ve basıklık değerlerinin kabul edilebilir aralıklarda (çarpıklık için $|x| < 2$; basıklık için $|x| < 7$) olduğu görülerek normal dağılım varsayımı kabul edilmiştir (Curran, West ve Finch, 1996; Tabachnick ve Fidell, 2007). Uç değer analizleri kapsamında, verideki her bir sürekli değişken için z puanı hesaplaması gerçekleştirilerek z puanları -3.29 ve +3.29 aralığı dışında kalan 2 katılımcının verileri veri setinden çıkarılmıştır. Ayrıca, ölçek setini önemli ölçüde doldurmayan 2 katılımcının da verileri analize dahil edilmemiştir. Sonuç olarak tüm istatistiksel analizler 346 kişiden elde edilen verilerle gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sorularını test etmek için gerçekleştirilen analizler doğrultusunda, bu bölümün ilk kısmında uygun olan değişkenlerin betimsel analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN DEĞİŞKENLERİN BETİMLEYİCİ ANALİZ BULGULARI

Demografik bilgilerin sorulduğu veri setinin ilk kısmında, katılımcılara COVID-19 Salgını sürecine ait birtakım sorular da (örneğin; katılımcının ne zaman aşı olduğu, COVID-19 testi yaptırıp yaptırmadığı veya COVID-19 Salgını'nın hayatında neleri değiştirdiği gibi) yöneltilmiştir. Bu kapsamda sorulan tüm soruların yapısı ve analiz sonuçları bu kısımda yer almaktadır.

Katılımcılardan COVID-19 Salgını için iki doz olacak şekilde geliştirilen aşılarla ilgili tutumlarına en yakın şıkkı işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca katılımcılardan 'İki evreli COVID-19 aşısının birinci evresini tamamladım.' ve 'İki evreli COVID-19 aşısının tüm evrelerini

tamamladım.' seçeneğini işaretleyenlere aşıyı ne zaman olduklarına yönelik ayrı bir soru daha yöneltilmiş ve katılımcılardan birinci doz aşılarını ne zaman olduklarını belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların işaretledikleri aşı tutumu seçeneğinin ve aşı olma zamanlarının sıklık ve yüzde değerlerine Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2. *Aşı Tutumu ve Aşı Olma Zamanı Yanıtlarının Betimsel Analiz Sonucu*

	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Aşı Olma Tutumu		
COVID-19 Salgını için ülkemize getirilen aşıyı hiçbir zaman yaptırmayacağım.	16	4.6
COVID-19 Salgını için ülkemize getirilen aşının yan etkileri olup olmadığını görmeden aşıyı yaptırmayacağım.	64	18.5
COVID-19 Salgını için ülkemize getirilen aşıyı yaptırmakta kararsızım.	56	16.2
COVID-19 Salgını için ülkemize getirilen aşıyı yaptıracağım.	55	15.9
İki evreli COVID-19 aşısının birinci evresini yaptırdım.	9	2.6
İki evreli COVID-19 aşısının tüm evrelerini tamamladım.	146	42.2
Aşı Olma Zamanı		
1 gün önce	2	1.3
2-6 gün önce	6	3.9
7-14 gün önce	14	9
15-30 gün önce	27	17.4
30 günden fazla zaman önce	106	68.4

Katılımcılara Türkiye'deki sağlık sistemine güvenip güvenmedikleri 5'li Likert tipinde (1= Çok güveniyorum, 5=Hiç güvenmiyorum) bir soru ile ölçülmüştür. Değişkenin analizine ait bulgular Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. *Türkiye'deki Sağlık Sistemine Olan Güvenin Betimsel Analiz Sonucu*

Türkiye'deki Sağlık Sistemine Olan Güven	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Çok güveniyorum.	39	11.3
Biraz güveniyorum.	113	32.7
Karasızım.	85	24.6
Biraz güvenmiyorum.	58	16.8

Hiç güvenmiyorum.	51	14.7

Katılımcılardan, COVID-19 Salgını'nı sürecinde yaşanabilecek test yaptırma, tanı ve tedavi alma, karantina veya izolasyon ve salgına bağlı yakın veya iş arkadaşı kaybı deneyimlerinden yaşadıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir. Bunun yanında, 'COVID-19'a bağlı olarak yakınımı/yakınlarımı kaybettim.' ve 'COVID-19 sebebiyle iş arkadaşımı/arkadaşlarımı kaybettim.' seçeneklerini işaretleyen katılımcılardan kimleri kaybettiklerini belirtmeleri beklenmiştir. Ayrıca 'Zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kaldım.' seçeneğini işaretleyen katılımcılara bu deneyimi nerede yaşadıklarına dair ayrı bir soru yöneltilmiştir. Benzer şekilde 'Hastanede yatarak CO0VID-19 tedavisi aldım.' seçeneğini işaretleyen katılımcılardan bu tedaviyi hastanenin hangi biriminde aldıklarını belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların işaretledikleri COVID-19 Salgını'na bağlı deneyimlerin sıklık ve yüzde değerleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. *COVID-19 Salgını'na Bağlı Yaşanan Deneyimlerin Betimsel Analizi*

COVID-19 Salgını'na Bağlı Yaşanan Deneyimler	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
COVID-19 testi yaptırdım, sonuç negatif çıktı.	236	68.2
COVID-19 tanısı aldım.	76	22
Kendi evimde COVID-19 tedavisi gördüm.	75	21.7
Zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kaldım.	43	12.4
Karantinaya evimde girdim.	41	11.8
Karantinaya karantina yurtlarında girdim.	1	.3
Karantinaya otelde girdim.	1	.3
Hastanede yatarak COVID-19 tedavisi aldım.	13	3.8
Serviste/poliklinikte tedavi aldım.	8	2.3
Yoğun bakımda tedavi aldım.	3	.9
Yoğun bakımda entübe edildim (solunum desteği aldım).	2	.6
Bir yakınımın karantinada kalması gerekti.	178	51.4
COVID-19'a bağlı olarak yakınımı/yakınlarımı kaybettim.	42	12.1
İş arkadaşım/arkadaşlarım COVID-19 tanısı aldı.	304	87.9
COVID-19 tanısı alan iş arkadaşım/arkadaşlarım tedavi için hastanede yattı.	162	46.8
COVID-19 tanısı alan iş arkadaşım/arkadaşlarım kendi evinde/evlerinde zorunlu izolasyon uygulayarak tedavi oldu.	227	65.6

COVID-19 sebebiyle iş arkadaşımı/arkadaşlarımı kaybettim.	38	11
COVID-19 Salgını sırasında tedavisinden sorumlu olduğum kişi/kişileri kaybettim.	126	36.4
Kaybedilen Yakın		
Eş ve/veya Çocuk	1	.3
Ebeveyn (Anne ve/veya Baba)	10	2.3
Anneanne/Babaanne veya Dede	4	1.2
Kardeş (Ağabey veya Abla)	1	.3
Geniş Aile (Amca/ Hala/ Dayı/ Teyze/ Enişte/ Kuzen)	25	7.2
Tanıdıkların Akrabaları (Arkadaşın Babası)	1	.3
Kaybedilen İş Arkadaşı		
Profesör (Hoca)	4	1.2
Doktor	10	2.9
Hemşire	16	4.6
Ambulans Şoförü	3	.9
Biyolog/ Laborant	3	.9
Hasta Bakıcı	2	.6
Sekreter	1	.3

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

Katılımcılardan, COVID-19 Salgını ile gelen kısıtlamalar nedeniyle deneyimledikleri yaşam olaylarını işaretlemeleri istenmiştir. Belirlenen seçenekler dışında COVID-19 Salgını'nın getirdiği kısıtlamaların neden olduğu yaşam olayına belirtmek isteyen katılımcılardan 'Diğer' seçeneğini işaretlemesi ve bu seçeneği açıklaması beklenmiştir. Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir. Katılımcıların işaretledikleri yaşam olaylarının sıklık ve yüzde değerleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. *COVID-19 Salgını ile Gelen Kısıtlamaların Neden Olduğu Yaşam Olaylarının Betimsel Analizi*

Yaşam Aksaklıkları	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Eğitimim aksadı	63	18.2
Düğünüm/nişanım ertelendi/iptal oldu	63	18.2
Önceden planlanmış bir seyahatim iptal oldu	184	53.2
Bir yakınımın cenazesine katılamadım	103	29.8

Gelirim azaldı	69	19.9
Pandemiye bağlı ek ödeme aldım	157	45.4
Borçlandım/ Borcumu ödeyemedim	23	6.6
Sevdiklerimi/ yakınlarımı ziyaret edemiyorum	297	85.8
İbadetimi gerektiği gibi yapamıyorum	52	15
Düzenli gördüğüm tedavim aksadı	28	8.1
Aynı evi paylaştığım kişilerle ilişkim bozuldu	48	13.9
Diğer	12	3.5
Sürekli görev yeri değişikliği yaşadım	2	.6
Pandemiye bağlı ek ödeme almadım	2	.6
Çocuklarımın eğitimi aksadı	2	.6
Hastalığı aileme bulaştırmaktan korktum/ bulaştırdım	2	.6
Askerliğim ertelendi	1	.3
Kaygılarım/ korkularım arttı.	2	.6
Hareketsiz kaldığım için kilo aldım/ Sağlığım bozuldu	1	.3

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

Katılımcılardan, COVID-19 Salgını'na ilişkin haberleri takip etmek için kullandıkları haber kaynaklarını, ardından bu kaynakları gün içerisinde ne kadar süreyle kullandıklarını işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcılar birden fazla haber kaynağını işaretleyebilmiştir. Katılımcıların işaretledikleri haber kaynaklarının ve bu haber kaynaklarını ne kadar süreyle kullandıklarının sıklık ve yüzde değerleri sırasıyla Tablo 6 ve Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 6. *COVID-19 Salgını'na İlişkin Haberlerin Takip Edildiği Kaynakların Betimsel Analizi*

Haber Kaynakları	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
T.C. Sağlık Bakanlığının açıklamaları	268	77.5
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)	218	63
COVID-19 Bilim Kurulu üyelerinin açıklamaları	201	58.1
Türk Tabipleri Birliği (TTB)	147	42.5
Günlük gazetelerden	54	15.6
Ulusal televizyon kanalları	153	44.2
Uluslararası televizyon kanalları	71	20.5
İnternet haber kaynakları	175	50.6
Sosyal medya (Twitter, facebook vb.)	229	66.2

Yakın çevre	68	19.7

*Katılımcı birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

Tablo 7. *COVID-19 Salgını Haberlerini Takip Etmek İçin Günlük Ayrılan Sürenin Betimsel Analizi*

Haber Kaynaklarına Ayrılan Süre (Günlük)	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
0-15 dakika	87	25.1
16-30 dakika	95	27.5
31-45 dakika	51	14.7
46-60 dakika	55	15.9
61-90 dakika	44	12.7
90 dakikadan daha uzun süre	14	4

Katılımcıların, COVID-19 Salgını için şimdiye kadar alınan önlemlerin yeterli olup olmadığına yönelik görüşleri 5'li Likert tipinde (1=Tamamen yeterli, 5=Tamamen yetersiz) bir soru ile ölçülmüştür. Sonrasında ise katılımcılara ek önlem alınması gerekip gerekmediği sorulmuş; 'Evet' yanıtını veren katılımcılardan ayrıca bu ek önlemin ne olması gerektiğini açıklamaları istenmiştir. Değişkenlerin analizine ilişkin bulgular Tablo 8 ve Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 8. *COVID-19 Salgını İçin Alınan Önlemler ve Ek Önlemin Gerekliliği Değişkenlerinin Betimsel Analizi*

Haber Kaynakları	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
COVID-19 Salgını İçin Alınan Önlemlerin Yeterliliği		
Tamamen yeterli	6	1.7
Biraz yeterli	49	14.2
Ne yeterli ne yetersiz	87	25.1
Biraz yetersiz	100	28.9
Tamamen yetersiz	104	30.1
Ek Önlemin Gerekliliği		
Evet	289	83.5
Hayır	57	16.5

Tablo 9. *Alınması Gereken Ek Önlemlerin Türüne Ait Betimsel Analiz Sonucu*

Haber Kaynakları	Sıklık (f)	Yüzde* (%)

Ülke genelinde tam kapanma (karantina/ izolasyon) uygulanmalı (10-60 gün)	103	29.8
Aşılama (zorunlu/ gönüllü) hızlandırılmalı	54	15.6
Aşı çalışmaları hızlandırılmalı	4	1.2
Kısıtlamalar (örneğin sokağa çıkma yasağı, karantina veya maske ve mesafe) herkese uygulanmalı	36	10.4
Uygulanan kısıtlamalar denetlenmeli	16	4.6
Uygulanan kısıtlamalar devam etmeli/artırılmalı	23	6.6
Kısıtlamalar anlaşılır, bilime dayalı, planlı ve gerekli şekillerde olmalı.	12	3.5
Kısıtlamalara uymayanlar için ağır yaptırımlar olmalı	6	1.7
COVID-19 Salgını hakkında bilgiler/haberler şeffaf bir şekilde paylaşılmalı.	8	2.3
Filyasyon çalışmaları sıklaştırılmalı ve denetlenmeli	12	3.5
PCR testi yaygınlaştırılmalı	4	1.2
Toplum bilinçlendirilmeli	8	2.3
Ülkelerarası/Şehirlerarası seyahatlerin kapatılmalı (uzun süreli)	8	2.3
Devlet tarafından ekonomik destek sağlanmalı	8	2.3
Toplu yapılan etkinlikler (örneğin; düğün, miting, kongre veya aile içi ziyaretler) iptal edilmeli /yasaklanmalı ve denetlenmeli	5	1.4
Yeterli koruyucu ekipman (örneğin; kişisel koruyucu ekipman veya maske) tedariği sağlanmalı	3	.9
Sağlık çalışanları için sistematik izin günleri planlanmalı	3	.9
Tüm sağlık hizmetleri COVID-19 Salgını'na uygun şekilde düzenlenmeli	4	1.2
Toplu taşıma kullanımı denetlenmeli	2	.6
Diğer sağlık hizmetlerinin (örneğin; diş sağlığı) kontrollü devam etmeli	1	.3
Sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik destek sağlanmalı	1	.3
Gerekli yerlerde ek sağlık personeli desteği sağlanmalı	1	.3
Uygun olan her iş için uzaktan (evden) çalışma politikası izlenmeli	1	.3

*Katılımcılar birden fazla yanıt verebilmektedir.

Katılımcılara, COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanı olmalarından dolayı herhangi bir ayrımcılığa uğrayıp uğramadıkları sorulmuştur. Katılımcılardan 'Evet' yanıtını verenlerin

uğradıkları ayrımcılığı açıklamaları beklenmiştir. İlgili değişkenlere ait bulgular Tablo 10 ve Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 10. *Ayrımcılığa Uğrama Deneyimi Betimsel Analiz Sonuçları*

Ayrımcılığa Uğrama Deneyimi	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Evet	149	43.1
Hayır	197	56.9

Tablo 11. *Deneyimlenen Ayrımcılığın Türüne Ait Betimsel Analiz Sonuçları*

Ayrımcılık Deneyiminin Türü	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Belli bir hizmetin (örneğin; taksi kullanma veya alışveriş yapma) alınmasını engelleme	27	7.8
Apartmanların toplu kullanılan alanlarını (örneğin; asansör) sağlık çalışanları için yasaklama veya kısıtlı kullandırma	12	3.5
Sağlık çalışanlarının çocuklarının dışlanması (örneğin; okul kaydını yapmama)	7	2
İnsanların uzak durması/görüşmek istememesi	45	13
İş tanımının sürekli ihlali (örneğin; sürekli görev yeri değişikliği veya uzatılmış çalışma saatleri)	21	6.1
İdari ve hastane birimleri arasındaki adaletsizlikler (örneğin; idari mobbing veya meslektaş mobbingi)	16	4.6
Kişisel Koruyucu Ekipman dağıtımındaki adaletsizlikler	3	.9
Pozitif Ayrımcılık (örneğin; sağlık çalışanlarına destek)	3	.9
Hemşirelerin yetkinliğinin sorgulanması	1	.3
Sağlık hizmetini engelleme	1	.3

*Katılımcı birden fazla yanıt verebilmektedir

Katılımcılardan COVID-19 Salgını öncesinde (eğer varsa) maruz kaldıkları travmatik yaşam olaylarını işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca belirtilen travmatik yaşam olayı türlerinden başka bir travmatik yaşam olayına maruz kalmış katılımcıların 'Bunların dışında' seçeneğini işaretleyerek bu seçeneği açıklamaları beklenmiştir. Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmiştir. İlgili değişkene ait sıklık ve yüzde değerleri Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. *Travmatik Yaşam Olayı Türlerine Ait Betimsel Analiz Bulguları*

Travmatik Yaşam Olayı Türü	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama	14	4
Doğal afet	34	9.8
Cinsel saldırıya uğrama	3	.9
Fiziksel saldırıya uğrama	5	1.4
Askeri çatışma ya da savaş alanında bulunma	5	1.4
Hapsedilme	1	.3
İşkenceye maruz kalma	1	.3
Yaşamı tehdit eden bir hastalık	9	2.6
Sevilen ya da yakın birinin ani ve beklenmedik ölümü	73	21.1
Bunların dışında	5	1.4

*Katılımcı birden fazla seçenek işaretleyebilmektedir.

Katılımcılara, COVID-19 Salgını boyunca yeterli miktarda kişisel koruyu ekipman, maske ve dezenfektan sağlanıp sağlanmadığı sorulmuştur. İlgili değişkene ait betimsel analiz bulguları Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. *Kişisel Koruyucu Ekipman Tedariği Değişkenine Ait Betimsel Analiz Bulguları*

Kişisel Koruyucu Ekipman Tedariği	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Evet	235	67.9
Hayır	111	32.1

Katılımcılardan, COVID-19 Salgını süresince hizmet verdikleri kişilerden duydukları ve en çok etkilendikleri hikayeyi, herhangi bir kimlik bilgisi vermeden, kısa bir şekilde anlatmaları beklenmiştir. Aktarılan hikayeler genel özelliklerine göre sınıflandırılarak betimsel analiz gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların aktardıkları hikayelerin türlerine göre sınıflandırılması, sıklık ve yüzde değerleri Tablo 14'te yer almaktadır.

Tablo 14. *Hikaye Türlerine Ait Betimsel Analiz Bulguları*

Hikaye Türü	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Yetişkinler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	13	4
Çocuklu Yetişkinler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	4	1.2
Hamile Kadınlar- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	5	1.4

Genç Bireyler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	20	5.8
Sağlık Çalışanı- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	5	1.4
Sokakta yaşayan bireyler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	1	.3
Aynı aileden 2 veya daha fazla kişi- COVID-19 Salgını nedeniyle ölüm	12	3.5
Yetişkinler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşme	10	2.9
Çocuklu Yetişkinler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşme	8	2.3
Genç Bireyler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşme	4	1.2
Sağlık Çalışanı- COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşme	3	.9
Yaşlı Bireyler- COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşme	4	1.2
Çocuk-Yakınının/Yakınlarının (örneğin; ebeveynler) COVID-19 nedeniyle ölümü	3	.9
Yetişkin- Yakınlarının (örneğin; ebeveynler ve/ veya çocuklar) COVID-19 Salgını nedeniyle ölümü	20	5.8
Yetişkin- Yakınlarının (örneğin; ebeveynler ve/ veya çocuklar) COVID-19 Salgını nedeniyle ölümle yüzleşmesi	2	.6
COVID-19 hastalığını aile bireylerine bulaştırma	5	1.4
COVID-19 hastalığını aile bireylerine bulaştırma ve yakınının/yakınlarının bu sebeple ölümü	5	1.4
COVID-19 Salgını nedeniyle önemli yaşam olaylarının (örneğin; üniversite sınavı) sekteye uğraması	4	1.2
COVID-19 Salgını sürecinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki yetersizlikler ve eşitsizlikler	8	2.3
COVID-19 Salgını sürecinde sağlık sistemlerinin yetersiz kalması ve bu nedenle yaşanan ölümler	9	2.6
COVID-19 Salgını nedeniyle yakın cenazelerine katılamama	3	.9
COVID-19 Salgını nedeniyle yaşanan ekonomik zorluklar	8	2.3
COVID-19 Salgını nedeniyle yaşanan damgalanma	5	1.4
COVID-19 Salgını nedeniyle ailelerini göremeyen bireyler/Yalnızlaşma	3	.9
Sağlık çalışanı- fiziksel saldırıya uğrama	2	.6
Bakıma muhtaç yaşlı bireylerin refakatsiz bırakılması/ Yaşlı birey-ihmal	16	4.6
Çocuk- Yakınının/ Yakınlarının ölümüne tanıklık etme	1	.3

Çocuk-Ölüm/Öldürülme	3	.9
Çocuk- Ebeveyn Şiddeti	1	.3
Kadın -Fiziksel /Psikolojik Şiddet (Aile bireyleri tarafından)	4	1.2
Çocuk- Hayatı tehdit eden hastalık	1	.3
Yetişkin- Hayatı tehdit eden hastalık	2	.6
Yetişkin- Trafik kazası sonucu ölüm	2	.6
Hapsedilme/Askeri çatışma	1	.3
Yetişkin- İntihar/ İntihara Teşebbüs / Kendine Zarar Verme	3	.9
Mutlu eden/ umut veren olaylar	3	.9
Toplam	203	58.7

Katılımcılara aktardıkları hikayeleri düşünerek mağdurla özdeşim anketi içerisindeki soruları yanıtlamaları istenmiştir. Anket içerisindeki sorular; 'Hikâyede geçen kişi ben de olabilirdim.', 'Hikâyede geçen kişi yakın bir arkadaşım olabilirdi.', 'Hikâyede geçen kişi ailemden biri (eşim, çocuğum, annem/babam) olabilirdi.' şeklindedir. Katılımcılardan bu sorulara 'Evet' veya 'Hayır' seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıt vermeleri beklenmektedir. Mağdurla Özdeşim Anketine ait sıklık ve yüzde değerleri Tablo 15'te yer almaktadır.

Tablo 15. *Mağdurla Özdeşim Anketinin Betimsel Analiz Bulguları*

Mağdurla Özdeşim	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Kendi ile özdeşim		
Evet	174	85.7
Hayır	29	14.3
Yakın arkadaş ile özdeşim		
Evet	191	94.1
Hayır	12	5.9
Aile ile Özdeşim		
Evet	180	88.7
Hayır	23	11.3

Katılımcılardan, COVID-19 Salgını sürecinde, salgına ilişkin deneyimlenebilecek stresin kaynaklarını belirlemek için 4'lü Likert tipinde (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Her zaman) yanıtların verilebileceği ve daha önce H1N1 salgınında sağlık çalışanları üzerinde

kullanılan bir anketi (Imai ve ark., 2010) doldurmaları beklenmiştir. İlgili ankete verilen yanıtların betimsel analizi Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. *COVID-19 Stres Kaynakları Anketine Verilen Yanıtların Betimsel Analiz Sonuçları*

COVID-19 Stres Kaynakları Anketi	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Her Zaman
	Sıklık (Yüzde)	Sıklık (Yüzde)	Sıklık (Yüzde)	Sıklık (Yüzde)
Virüsün Bulaşma Riski				
Enfekte olmaktan endişelendim.	6 (1.7)	42 (12.1)	73 (21.1)	225(65)
Virüsü aileme bulaştırmaktan endişelendim.	4 (1.2)	28 (8.1)	53 (15.3)	261(75.4)
İşe gidip gelirken virüs bulaşabileceğinden endişelendim.	10 (2.9)	45 (13)	94 (27.2)	197(56.9)
Virüs Hakkındaki Bilgi Yeterliliği				
Enfeksiyondan korunma ve enfeksiyonu önleme konusunda bilgi eksikliğim olduğunu düşündüm.	85 (24.6)	116 (33.5)	115 (33.2)	30 (8.7)
Virüsün bulaşıcılık ve hasta etme derecesi hakkında bilgi eksikliği hissettim.	77 (22.3)	112 (32.4)	113 (32.7)	44 (12.7)
Koruma Politikaları				
Ülke veya yerel yönetim tarafından korunduğumu hissettim.	151 (43.6)	96 (27.7)	76 (22)	22 (6.4)
Hastane yönetimi tarafından korunduğumu hissettim.	110 (31.8)	112 (32.4)	91 (26.3)	32 (9.2)
Enfekte olduğumda maddi kayıp yaşamaktan endişelendim.	67 (19.4)	61 (17.6)	78 (22.5)	137 (39.6)
Çalışma Tutumu				
Çalışmaktan çekindiğimi hissettim.	60 (17.3)	66 (19.1)	114 (32.9)	106 (30.6)
Çalışmaktan başka bir seçeneğim olmadığını hissettim.	19 (5.5)	45 (13)	69 (19.9)	213 (61.6)
Kendimi çalışmak için hevesli hissettim.	77 (22.3)	114 (32.9)	113 (32.7)	42 (12.1)

Duygudurum Değişiklikleri				
Taşkın (yersiz neşe ve coşku) bir ruh hali hissettim.	142 (41)	103 (29.8)	83 (24)	17 (4.9)
Yalnız bırakıldığımı hissettim.	56 (16.2)	69 (19.9)	114 (32.9)	107 (30.9)
Çocuk Bakımı				
(Eğer çocuğunuz varsa) Okulların kapalı olmasının da etkisiyle artan çocuk bakımının yükünü hissettim.	29 (8.4)	24 (6.9)	24 (6.9)	80 (23.1)

Son olarak, çalışma kapsamında incelenen travma sonrası stres tepkilerini ölçmeye yönelik Olay Etkisi Ölçeği-R (*Ort.* = 41.44, *ss* = 17.65) toplam puanının, Kaçınma (*Ort.* = 13.76, *ss* = 5.95), Girici Düşünce (*Ort.* = 15.29, *ss* = 7.41) ve Aşırı Uyarılmışlık (*Ort.* = 12.38, *ss* = 6.25) alt boyut puanlarının; depresif belirtileri ölçemeye yönelik Beck Depresyon Envanteri (*Ort.* = 17.45, *ss* = 11.06) toplam puanının; tükenmişlik belirti düzeyini ölçmeye yönelik Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Duygusal Tükenme (*Ort.* = 20.31, *ss* = 8.80), Duyarsızlaşma (*Ort.* = 7.90, *ss* = 4.39) ve Kişisel Başarı (*Ort.* = 20.51, *ss* = 4.58) alt boyut puanlarının; belirsizliğe tahammülsüzlüğü ölçmek için Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (*Ort.* =39.23, *ss* = 9.75) toplam puanının, İleriye Yönelik Kaygı (*Ort.* = 23.38, *ss* = 5.56) ve Engelleyici Kaygı (*Ort.* = 15.86, *ss* = 4.80) alt boyut puanlarının; COVID-19 Salgını'na ilişkin tehdit algısı düzeyini ölçmeye yönelik COVID-19 Tehdit Algısı Anketi (*Ort.* = 33.80, *ss* = 8.03) toplam puanının; Duygusal Emek Ölçeği'nin Sahte Duygular (*Ort.* = 8.41, *ss* = 3.33), Derinlemesine Eylem (*Ort.* = 9.10, *ss* = 2.72) ve Gizlenen Duygular (*Ort.* = 9.21, *ss* = 3.05) alt boyut puanlarının betimsel analiz sonuçları Tablo 17'de yer almaktadır.

Tablo 17. *Çalışma Değişkenlerinin Betimsel Analiz Sonuçları (N=346)*

Çalışmanın Ölçekleri	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart S.
Olay Etkisi Ölçeği-R	0	88	41.44	17.65
Kaçınma	0	32	13.76	5.95
Girici Düşünce	0	32	15.29	7.41
Aşırı Uyarılmışlık	0	24	12.38	6.25
Beck Depresyon Envanteri	0	46	17.45	11.06
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	1	46	20.31	8.80
Duyarsızlaşma	0	32	7.90	4.39

Kişisel Başarı	4	36	20.51	4.58
Bağımsız Değişkenler				
Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	17	60	39.23	9.75
İleriye Yönelik Kaygı	11	35	23.38	5.56
Engelleyici Kaygı	5	25	15.86	4.80
COVID-19 Tehdit Algısı Anketi	15	49	33.80	8.03
Duygusal Emek Ölçeği				
Sahte Duygular	3	15	8.41	3.33
Derinlemesine Eylem	3	15	9.10	2.72
Gizlenen Duygular	3	15	9.21	3.05

3.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİN DÜZEYİ

Araştırmada incelenen travma sonrası stres belirti puanı, depresif belirti puanı ve tükenmişlik belirti puanının belli kesme noktalarına göre ne şiddette olduğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen betimsel analiz sonuçları Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18. *Bağımlı Değişkenlerin Belirti Düzeylerinin Şiddetine Yönelik Betimsel Analiz Sonuçları*

Bağımlı Değişkenlerin Belirti Düzeylerinin Şiddeti	Sıklık (f)	Yüzde* (%)
Olay Etkisi Ölçeği-R (Travma Sonrası Stres Belirtileri)		
0-36 puan	145	41.9
≥ 37 puan	201	58.1
Beck Depresyon Envanteri (Depresif Belirtiler)		
0-11 puan	116	33.5
12-17 puan	73	21.1
≥ 18 puan	157	45.4
Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Tükenmişlik Belirtileri)*		
Duygusal Tükenme		
0-20 puan	176	50.9
21-27 puan	81	23.4

≥ 28 puan	89	25.7
Duyarsızlaşma		
0-8 puan	197	56.9
9-11 puan	60	17.3
≥ 12 puan	89	25.7
Kişisel Başarı		
0-22 puan	224	64.7
23-26 puan	95	27.5
≥ 27 puan	27	7.8

*__Not:__ Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinde puan arttıkça bu iki boyutta şikayetlerin fazlalığına işaret eder. Kişisel Başarı alt ölçeğinde ise yüksek puan kişisel başarı duygusunun yüksekliğine işaret eder.

Travma sonrası stres belirtilerinin düzeyine göre gruplandırılan katılımcılardan %58.1'inin Olay Etkisi Ölçeği-R toplam puanlarının 37 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Bu da katılımcıların yarısından fazlasının belirgin bir biçimde travma sonrası stres belirtileri gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Depresif belirti düzeyine göre gruplandırılan katılımcılardan %33.5'inin Beck Depresyon Envanteri toplam puanlarının 0-11 puan aralığında olduğu ve bu katılımcıların kayda değer bir depresif belirti düzeylerinin olmadığı, %21.1'inin orta şiddette depresif belirti düzeyine (12-17 puan aralığı), %45.4'ünün de yüksek şiddette depresif belirti (klinik düzey) düzeyine (12 puan ve üzeri) sahip olduğu görülmüştür. Buradan da anlaşılacağı gibi katılımcıların yaklaşık yarısı yüksek şiddette depresif belirti düzeyine sahiptir.

Son olarak tükenmişlik belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenme alt boyutunda, katılımcıların %50.9'unun düşük şiddette belirti seviyesine, %23.4'ünün orta şiddette belirti seviyesine ve %25.7'sinin de yüksek şiddette belirti seviyesine; Duyarsızlaşma alt boyutunda, katılımcıların %56.9'unun düşük, %17.3'ünün orta şiddette ve %25.7'sinin yüksek şiddette belirti seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Buradan da anlaşılacağı gibi her iki alt boyutta da katılımcıların yaklaşık yarısı orta ve yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyine sahiptir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Kişisel Başarı alt boyutunda puanlar ne kadar yüksekse tükenmişlik o kadar azdır. Katılımcıların %64.7'si düşük, %27.5'i orta ve %7.8'i de yüksek Kişisel Başarı alt boyut puanına sahiptir. Buradan da anlaşılacağı gibi katılımcıların yarısından fazlası yüksek şiddette tükenmişlik belirtileri göstermektedir.

3.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİ, DEPRESİF BELİRTİLER VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİLERİNİ YORDAYAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER: HİYERARŞİK ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZİ

Çalışmanın bu kısmında, travma sonrası stres belirti düzeyini, depresif belirti düzeyini ve tükenmişlik belirti düzeyini yordayan değişkenlerin test edilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda öncelikle, demografik bilgi formu yoluyla toplanan yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, medeni durum, eğitim durumu, mesleki pozisyon (doktor, hemşire, diğer sağlık çalışanları ve personel olarak değerlendirilmiştir), hizmet verilen görev yeri (COVID-19 hastaları için ayrılmış birimler ve diğerleri olarak değerlendirilmiştir), ekonomik durum, yaşanılan şehir (COVID-19 Salgını sırasında kısıtlamaların uygulandığı 30 büyükşehir ve Zonguldak ve diğerleri olarak değerlendirilmiştir), bakmakla yükümlü olunan yakının olup olmadığı, kronik ve/veya psikiyatrik bir hastalığının olup olmadığı ve geçmiş travmaya sahip olup olmadığını, salgın nedeniyle taşınma, salgın sonrası bakmakla yükümlü olunan yakının olup olmadığı, aşı tutumu, aşı olma zamanı, sağlık sistemine olan güvenin derecesi, COVID-19 Salgını ile deneyim (‘COVİD-19 testi yaptırdım, sonuç negatif çıktı’, ‘COVİD-19 tanısı aldım.’, ‘Kendi evimde COVİD-19 tedavisi gördüm.’, ‘Zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kaldım.’, ‘Karantinaya nerede girmeniz gerekti?’, ‘Hastanede yatarak COVİD-19 tedavisi aldım.’, ‘Yakınım COVİD-19 tanısı aldı.’, ‘Bir yakınımın karantinada kalması gerekti.’, ‘COVİD-19’a bağlı olarak yakınımı kaybettim.’, ‘İş arkadaşım COVID-19 tanısı aldı.’, ‘COVID-19 tanısı alan iş arkadaşım tedavi için hastanede yattı.’, ‘COVID-19 tanısı alan iş arkadaşım kendi evinde zorunlu izolasyon uygulayarak tedavi oldu.’, ‘COVID-19 sebebiyle iş arkadaşımı kaybettim.’, ‘COVID-19 salgını sırasında tedavisinden sorumlu olduğum kişileri kaybettim.’), COVID-19 Salgını’nın neden olduğu yaşam aksaklıkları (‘Düğünüm/nişanım ertelendi/iptal oldu.’, ‘Önceden planlanmış bir seyahatim iptal oldu.’, ‘Bir yakınımın cenazesine katılamadım.’, ‘Gelirim azaldı.’, ‘Borçlandım/ borcumu ödeyemedim.’, ‘Sevdiklerimi/ yakınlarımı ziyaret edemiyorum.’, ‘İbadetimi gerektiği gibi yapamıyorum.’, ‘Düzenli gördüğüm tedavim aksadı.’, ‘Aynı evi paylaştığım kişilerle ilişkim bozuldu.’), salgına ilişkin haberlerin takip edildiği haber kaynağı sayısı ve takip süresi (günlük), salgın için alınan önlemlerin yeterliliği, ek önlemin gerekliliği, meslek nedeniyle salgın sürecinde yaşanılan ayrımcılık deneyimi ve mağdurla (hastalarla) özdeşim demografik ve salgına ilişkin değişkenler ve psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin tehdit algısı) ile travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri arasındaki ilişkiler korelasyon analizi yoluyla incelenmiştir.

Demografik form yolu ile toplanan demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden bazıları 3 veya daha fazla kategori içermektedir. Bu kısımda kategorik değişkenlerden 3 veya daha fazla kategorisi olanlar için göstermelik değişken (dummy variable) oluşturularak analizler gerçekleştirilmiştir. Yapılan her analizde göstermelik değişkenlerin tüm karşılaştırmalarına dikkat edilmiş ve anlamlı bulunan sonuçlar raporlanmıştır.

Yürütülen Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizinden sonra bu analizde bağımlı değişkenler ile anlamlı ilişkiler gösteren demografik ve salgına ilişkin değişkenler daha ileri analizlere dahil edilmiştir. Yapılan bu ileri analizler Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri olup çalışmada yer alan bağımsız (demografik, salgına ilişkin ve bireysel) değişkenlerin travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyini yordama gücü değerlendirilmiştir. İlerleyen kısımlarda analiz sonuçları ve tabloları yer almaktadır.

3.3.1. Araştırma Kapsamında İncelenen Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtileri ile Demografik ve Salgına İlişkin Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analiz Sonuçları

Araştırma kapsamında incelenen travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri ile demografik ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek adına Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi yürütülmüştür. Analizlerde 2 değişkenin (medeni durum ve mesleki pozisyon) kategori sayıları 3 veya üzerindedir; dolayısıyla bu değişkenler için göstermelik değişkenler oluşturulmuştur. Göstermelik değişkenler arasındaki her karşılaştırma incelenmiş olup; anlamlı bulunan sonuçlar raporlanmıştır. Ayrıca tabloların sadeliği açısından, medeni durumdan ‘evli’ kategorisinin ve mesleki pozisyondan ‘doktor’ kategorisinin referans kategorisi olarak atandığı analiz bulgularına yer verilmiştir. Her boyut ve her değişken için ayrı ayrı değerlendirilen analiz sonuçları Tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 19. *Çalışmanın Bağımlı Değişkenleri ile Demografik ve Salgına İlişkin Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gösteren Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analiz Bulguları (N= 346)*

Bağımlı Değişkenler / Demografik ve Salgına İlişkin Değişkenler	OEÖ-R Kaçınma	OEÖ-R Girici Düşünce	OEÖ-R Aşırı Uyarılmışlık	Depresif Belirti Düzeyi	Duygusal Tükenme	Duyar-sızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş	-.12*	-.04	-.06	-.04	-.09	-.18*	.14*
Cinsiyet	-.18*	-.11*	-.18*	-.18*	-.17*	-.26*	.12*
Medeni Durum							
Bekar	.08	.01	.01	.02	-.02	.09	-.01
Ayrılmış/Boşanmış	.03	.13*	.11*	.10	.12*	.07	-.04
Çocuk Sahibi Olma	-.10	-.03	-.03	-.03	-.06	-.18*	.02
Eğitim Durumu	-.03	.01	.01	.00	.02	.06	.04
Mesleki Pozisyon							
Hemşire	.08	.09	.05	-.01	.05	-.04	.02
Diğer Sağlık Çalışanları	-.13*	-.08	-.09	.01	-.07	-.07	-.06
Personel	-.06	-.04	-.04	-.06	-.13*	-.15*	.12*
Görev Yeri	.42*	.36*	.41*	.39*	.43*	.42*	-.29*
Ekonomik Durum	.01	-.05	.00	.04	.03	.05	.00
Yaşanılan Şehir	.10	.01	.07	.10	.06	.11*	-.14*
Bakmakla Yükümlü Olunan Yakın	.08	.04	.05	.06	.03	-.04	.01
Kronik Hastalık	.03	.08	.06	.15*	.06	-.02	-.04
Psikiyatrik Tanı	-.04	.03	.04	.08	-.01	-.04	-.01
Travma Geçmişi	-.07	-.02	-.05	-.01	-.07	-.12*	.08
Taşınma	-.05	-.04	-.06	-.06	-.05	-.06	.09
Bakılan Yakın (COVID sonrası)	-.05	.08	.02	-.01	-.05	-.07	.07
Aşı Tutumu	-.05	-.07	-.09	.02	-.06	-.03	.05
Aşı Olunan Zaman	-.08	-.08	-.12	-.09	-.15	-.16	.06
Sağlık Sistemine Güven	-.41*	-.37*	-.45*	-.34*	-.46*	-.46*	.30*
COVID-19 İle Deneyim							
PCR testi yaptırmak (sonuç -)	.17*	.13*	.22*	.12*	.22*	.24*	-.19*

COVID-19 tanısı almak	.24*	.20*	.21*	.17*	.20**	.16*	-.15*
COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	.19*	.16*	.19*	.14*	.16*	.17*	-.14*
Karantinada Kalmak	-.10	-.02	-.06	-.03	-.07	-.11*	.08
Karantinada Yeri	.07	-.21	-.20	-.20	.13	.10	.01
COVID-19 Tedavisi Almak (Hastanede)	.09	.06	.02	.04	-.01	-.00	.05
Yakının COVID-19 Tanısı Alması	.21*	.19*	.20*	.17*	.14*	.16*	-.11*
Yakının Karantinada Kalması	.29*	.21*	.24*	.16*	.21*	.24*	-.15*
COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	.06	.13*	.12*	.12*	.05	.05	-.10
İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	.11*	.14*	.17*	.08	.07	.10	-.08
İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.22*	.19*	.19*	.20*	.21*	.18*	-.17*
İş Arkadaşının Zorunlu İzolasyon Uygulaması	-.01	.04	.01	.03	-.02	-.01	-.06
COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.27*	.22*	.26*	.26*	.25*	.26*	-.19*
COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	.39*	.29*	.35*	.28*	.36*	.41*	-.23*
COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar							
Eğitimin aksaması	-.01	-.05	-.03	-.05	-.02	-.02	.03
Düğün/nişan ertelenmesi	.12*	.04	.08	.06	.05	.15**	-.02
Seyahatin iptal olması	.11*	.15*	.19*	.17*	.21*	.18*	-.13*
Yakın cenazesine katılamama	.13*	.22*	.23*	.16*	.18*	.14*	-.04
Gelirin azalması	.02	.07	.07	.10	.01	.09	-.05
Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.19*	.19*	.20*	.16*	.13*	.16*	-.07
Yakın ziyareti yapamama	.06	.10	.13*	.07	.08	.08	-.06
Gerektiği gibi ibadet edememe	.07	.08	.14*	.10	.05	.06	-.12*
Düzenli tedavinin aksaması	.18*	.24*	.24*	.27*	.22*	.13*	-.15*
Aynı evde yaşanan kişilerle ilişkilerin bozulması	.00	.20*	.18*	.12*	.09	-.01	-.05

Haber Kaynağı Sayısı	.21*	.23*	.20*	.16*	.22*	.17*	-.12*
Haber İzleme Süresi (günlük)	.40*	.42*	.45*	.34*	.42*	.34*	-.18*
Alınan Önlemlerin Yeterliliği	-.30*	-.31*	-.29*	-.33*	-.35*	-.27*	.18*
Ek Önlem Gerekliliği	.25*	.21*	.20*	.24*	.27*	.20*	-.09*
Ayrımcılık Deneyimi	.32*	.37*	.34*	.29*	.35*	.26*	-.22*
Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.16*	-.14*	-.10	-.16*	-.13*	-.08	.09
Mağdurla Özdeşim Düzeyi	.15*	.14	.14	.19*	.16*	.14	-.12
Psikolojik Değişkenler							
BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.45*	.54*	.46*	.46*	.54*	.41*	-.33*
BTÖ-Engelleyici Kaygı	.44*	.57*	.54*	.48*	.56*	.45*	-.38*
Sahte Duygular	.58*	.49*	.54*	.53*	.60*	.67*	-.36*
Derinlemesine Eylem	.28*	.26*	.26*	.14*	.18*	.14*	-.02
Gizlenen Duygular	.56*	.43*	.49*	.48*	.52*	.56*	-.40*
COVID-19 Tehdit Algısı	.58*	.65*	.64*	.62*	.66*	.56*	-.47*

***p<.05**

Travma sonrası stres belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) kullanılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Kaçınma alt boyut puanı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Kaçınma alt boyut puanı ile katılımcıların yaşları arasında negatif yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.12, p= .026). Kaçınma alt boyut puanı ile katılımcıların cinsiyet arasında negatif yönde ve düşük seviyede bir ilişkiye rastlanmıştır (r= -.18, p< .01); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Kaçınma alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Katılımcılar mesleki pozisyonlarına göre değerlendirildiğinde, diğer sağlık çalışanı kategorisi Kaçınma alt boyut puanı ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (r= -.13, p= .019); ki bu da diğer sağlık çalışanları kategorisinde bulunan bireylerin doktor kategorisinde bulunan bireylere göre daha düşük Kaçınma alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Son olarak, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Kaçınma alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .42, p< .001). Diğer yandan, Kaçınma alt boyut puanı analizdeki diğer demografik değişkenlerle herhangi bir ilişki göstermemiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Kaçınma alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Kaçınma alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.41, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde Kaçınma alt boyut puanının, PCR testi (COVID-19 testi) yaptırmak ile olumlu

yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .24, p< .001); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .29, p< .001); bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .11, p= .043); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .22, p< .001); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .27, p< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .39, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Kaçınma alt boyut puanının, düğün/nişan ertelenmesi ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .12, p=028); planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .11, p= .041); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .13, p=.013); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001) ve düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .18, p< .01) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Kaçınma alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .40, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (r= -.30, p< .001) kaçınma alt boyutu ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir (r= .25, p< .001). Ek olarak, kişisel koruyu ekipman yeterliliği ile kaçınma alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.16, p< .01). COVID-19 Salgını sırasında meslek (sağlık çalışanı olmak) nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile kaçınma alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= .32, p< .001). Son olarak, mağdurla (hastalarla) özdeşim puanı ile kaçınma alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .15, p= .035). Salgına ilişkin diğer değişkenlerle Kaçınma alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Kaçınma alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Kaçınma alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .45, p<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .44, p<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .58, p<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .28, p<.001); Gizlenen Duygular

ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .56, p<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .58, p<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçlarına göre; kadın olmaktansa erkek olmak, diğer sağlık çalışanları kategorisinde bulunmaktansa doktor kategorisinde bulunmak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, düğünün/nişanın ertelenmesi, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, kişisel koruyucu ekipmanın sağlanmaması, meslek nedeniyle ayrımcılığa uğrama, mağdurla özdeşim puanının artması, İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Kaçınma alt boyut puanlarının artmasıyla ilişkilidir.

Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Girici Düşünce alt boyut puanıyla ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Girici Düşünce alt boyut puanı ile katılımcıların cinsiyeti arasında negatif yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.11, p= .042)); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Girici Düşünce alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcılar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, ayrılmış/boşanmış kategorisinde olmak ile Girici Düşünce alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .13, p= .018); ki bu da ayrılmış/boşanmış kategorisinde bulunan bireylerin evli kategorisinde bulunan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek Girici Düşünce alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Son olarak, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Girici Düşünce alt boyut puanları arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .36, p< .001). Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Girici Düşünce alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Girici Düşünce alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.37, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde Girici Düşünce alt boyut puanının, PCR testi yaptırmak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .13, p= .017); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile

olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001); COVID-19'a bağlı yakın kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .13, p= .017); bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .14, p= .010); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .22, p< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .29, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Girici Düşünce alt boyut puanının, planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .15, p< .01); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .22, p< .001); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .24, p< .001) ve ev halkıyla ilişkilerin bozulması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Girici Düşünce alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .23, p< .001) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .42, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (r= -.31, p< .001) Girici Düşünce alt boyutu ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (r= .21, p< .001). Ek olarak, kişisel koruyu ekipman yeterliliği ile Girici Düşünce alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.14, p= .011). Son olarak, COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile Girici Düşünce alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= .37, p< .001). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle Girici Düşünce alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Girici Düşünce alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Girici Düşünce alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .54, p<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .57, p<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .49, p<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .26, p<.001); Gizlenen Duygular ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .43, p<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (r= .65, p<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur.

Elde edilen analiz sonuçlarına göre, erkek olmak, evli olmaktansa ayrılmış/boşanmış kategorisinde olmak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, COVID-19 bağlı yakın kaybı, bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, ev halkıyla ilişkilerin bozulması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, kişisel koruyucu ekipmanın sağlanmaması, meslek nedeniyle ayrımcılığa uğrama ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Girici Düşünce alt boyut puanlarının artmasıyla ilişkilidir.

Olay Etkisi Ölçeği-R Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ile katılımcıların cinsiyeti arasına negatif yönde ve düşük düzeyde anlamı bir ilişki bulunmuştur (r= -.18, p<.01)); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcılar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, ayrılmış/boşanmış kategorisi ile Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .11, p= .036); ki bu da ayrılmış/boşanmış kategorisinde bulunan bireylerin evli kategorisinde bulunan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Son olarak, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanları arasında olumlu yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .41, p< .001). Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.45, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde, Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanının, PCR testi yaptırmak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .22, p< .001); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .01); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .24, p< .001); COVID-19'a bağlı

yakın kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .12, p= .033); bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .26, p< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .35, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanının, planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .19, p< .001); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .23, p< .001); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001); yakın ziyareti yapamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .13, p= .014); gerektiği gibi ibadet edememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .14, p= .012); düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .24, p< .001) ve ev halkıyla ilişkilerin bozulması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .18, p< .01) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .45, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (r= -.29, p< .001) Aşırı Uyarılmışlık alt boyutu ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (r= .20, p< .001). Son olarak, COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= .34, p< .001). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .46, p<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .54, p<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .54, p<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .26, p<.001); Gizlenen Duygular ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .49, p<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (r= .64, p<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, erkek olmak, evli olmaktansa ayrılmış/boşanmış kategorisinde olmak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı

almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, COVID-19 bağlı yakın kaybı, bir iş arkadaşının COVID-19 tanısı alması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, salgın kısıtlamaları nedeniyle sevilen/ yakın ziyareti yapamama, gerektiği gibi ibadet edememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, ev halkıyla ilişkilerin bozulması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, meslek nedeniyle ayrımcılığa uğrama ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarının artmasıyla ilişkilidir.

Depresif belirti düzeyini değerlendirmek için kullanılan Beck Depresyon Envanterinden alınan toplam puanlar ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, katılımcıların cinsiyeti ve depresif belirti düzeyi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.18, p< .01); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek depresif belirti düzeyine sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Beck Depresyon Envanteri toplam puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .39, p< .001). Son olarak, kronik bir hastalığa sahip olmak ve Beck Depresyon Envanteri toplam puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .15, p< .01). Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, depresif belirti düzeyi ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.34, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde depresif belirti düzeyinin, PCR testi yaptırmak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .12, p= .022); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .14, p< .01); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); COVID-19'a bağlı yakın kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .12, p= .023); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .26, p< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .28, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar

açısından incelendiğinde depresif belirti düzeyinin, planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .27, p< .001) ve ev halkıyla ilişkilerin bozulması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .12, p= .030) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca depresif belirti düzeyinin, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .34, p< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (r= -.33, p< .001) depresif belirti düzeyi ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (r= .20, p< .01). Ek olarak, kişisel koruyu ekipman yeterliliği ile depresif belirti düzeyi arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.16, p< .01). COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile depresif belirti düzeyi arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= .29, p< .001). Son olarak, mağdurla (hastalarla) özdeşim puanı ile depresif belirti düzeyi arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .19, p< .01). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle depresif belirti düzeyi arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Depresif belirti düzeyiyle psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Depresif belirti düzeyinin, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .46, p<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .48, p<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .53, p<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .14, p<.001); Gizlenen Duygular ile olumlu yönde ve orta düzeyde (r= .48, p<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (r= .62, p<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, kadın olmaktansa erkek olmak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, kronik bir hastalığa sahip olmak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, COVID-19 bağlı yakın kaybı, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, ev halkıyla ilişkilerin bozulması, COVID-19

Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, kişisel koruyucu ekipmanın sağlanmaması, meslek nedeniyle ayrımcılığa uğrama, mağdurla özdeşim puanlarının artması ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puanının, dolayısıyla da depresif belirti düzeyinin artmasıyla ilişkilidir.

Tükenmişlik belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Duygusal Tükenme alt boyut puanı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Duygusal Tükenme alt boyut puanı ve katılımcıların cinsiyeti arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.17, p< .01); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Duygusal Tükenme alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcılar medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, ayrılmış/boşanmış kategorisinde olmak ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .12, p= .025)); ki bu da ayrılmış/boşanmış kategorisinde bulunan bireylerin evli kategorisinde bulunan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek Duygusal Tükenme alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Katılımcılar mesleki pozisyonlarına göre incelendiğinde, personel kategorisinde yer almak ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.13, p= .018); ki bu da personel kategorisinde bulunan bireylerin doktor kategorisinde bulunan bireylere göre anlamlı olarak daha düşük Duygusal Tükenme alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Son olarak, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Duygusal Tükenme alt boyut puanları arasında olumlu yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .43, p< .001). Duygusal Tükenme alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Duygusal Tükenme alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.46, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde Duygusal Tükenme alt boyut puanının, PCR testi yaptırmak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .22, p< .001); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .20, p< .001); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .14, p< .01); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .21, p< .001); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .25,

p< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .36, *p*< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Duygusal Tükenme alt boyut puanının, planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .21, *p*< .001); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .18, *p*< .01); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .13, *p*= .017) ve düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .22, *p*< .001) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Duygusal Tükenme alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .22, *p*< .01) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .42, *p*< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (*r*= -.35, *p*< .001) Duygusal Tükenme alt boyut puanı ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (*r*= .27, *p*< .001). Ek olarak, kişisel koruyu ekipman yeterliliği ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (*r*= -.13, *p*= .016). COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (*r*= .35, *p*< .001). Son olarak, mağdurla (hastalarla) özdeşim puanı ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (*r*= .16, *p*= .020). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Duygusal Tükenme alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Duygusal Tükenme alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .54, *p*<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .56, *p*<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (*r*= .60, *p*<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .18, *p*<.001); Gizlenen Duygular ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .52, *p*<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (*r*= .66, *p*<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, erkek olmak, evli olmaktansa ayrılmış/boşanmış olmak, personel kategorisinde olmamak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a

bağlı bakılan hasta kaybı, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, kişisel koruyucu ekipmanın sağlanmaması, meslek nedeniyle ayrımcılığa uğrama, mağdurla özdeşim puanlarının artması ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanının, dolayısıyla da tükenmişlik belirti düzeyinin artmasıyla ilişkilidir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Duyarsızlaşma alt boyut puanı ile katılımcıların yaşları arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= -.18, p< .01). Aynı şekilde, duyarsızlaşma alt boyut puanı ile katılımcıların cinsiyeti arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.26, p< .001); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Duyarsızlaşma alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Çocuk sahibi olma ve Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= -.18, p< .01). Duyarsızlaşma alt boyut puanı ile katılımcıların mesleki pozisyonları arasındaki ilişki incelendiğinde, personel kategorisinde yer almak ve Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= -.15, p< .01); ki bu da personel kategorisinde yer alan bireylerin doktor kategorisinde yer alanlara göre anlamlı olarak daha düşük Duyarsızlaşma alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında olumlu yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .42, p< .001). Yaşanılan şehir ve Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (r= .11, p= .047). Son olarak, geçmiş travmaya sahip olma ve Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.12, p= .022). Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Duyarsızlaşma alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= -.46, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde Duyarsızlaşma alt boyut puanının, PCR testi yaptırmak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .24, p< .001); COVID-19 tanısı almak ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .16, p< .01); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (r= .17, p< .01); zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kalmak ile negatif yönde ve düşük

düzeyde (*r*= -.11, *p*= .042); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .16, *p*< .01); bir yakınının karantinada kalması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .24, *p*< .001); bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .18, *p*< .01); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .26, *p*< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .41, *p*< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Duyarsızlaşma alt boyut puanının, düğün/ nişan ertelenmesi ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .15, *p*< .01); planlanmış seyahatin iptal olması ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .18, *p*< .01); yakın cenazesine katılamama ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .14, *p*= .011); borçlanma/borcunu ödeyememe ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .16, *p*< .01) ve düzenli görülen tedavinin aksamasıyla olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .13, *p*= .016) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Duyarsızlaşma alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .17, *p*< .01) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .34, *p*< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (*r*= -.27, *p*< .001) Duyarsızlaşma alt boyut puanı ek önlem gerekliliği ile ise olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir (*r*= .20, *p*< .001). Ek olarak, COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (*r*= .26, *p*< .001). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Duyarsızlaşma alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Duyarsızlaşma alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .41, *p*<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .45, *p*<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile olumlu yönde ve yüksek düzeyde (*r*= .67, *p*<.001); Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile olumlu yönde ve düşük düzeyde (*r*= .14, *p*<.001); Gizlenen Duygular ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .56, *p*<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile olumlu yönde ve orta düzeyde (*r*= .56, *p*<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, yaşça genç olmak, erkek olmak, personel kategorisinde olmamak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak, geçmiş travmaya sahip olmamak, kısıtlamaların uygulandığı 30 büyükşehir ve Zonguldak dışındaki illerde yaşıyor olmak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi

görmek, zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kalmamak, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, düğün/nişan ertelenmesi, planlanmış bir seyahatin iptal olması, bir yakının cenazesine katılamama, borçlanma/borcunu ödeyememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin yeterliliğinin az olduğunu düşünme, ek önlem alınması gerektiğini söyleme, meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Derinlemesine Eylem, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanının, dolayısıyla da tükenmişlik belirti düzeyinin artmasıyla ilişkilidir.

Son olarak, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanı ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, katılımcıların yaşı ve Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .14, p< .01). Aynı şekilde, Kişisel Başarı alt boyut puanı ile katılımcıların cinsiyeti arasında da olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki görülmüştür (r= .12, p= .028); ki bu da kadınların erkeklere göre daha yüksek Kişisel Başarı alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Katılımcılar mesleki pozisyonlarına göre incelendiğinde, personel kategorisinde yer almak ile Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .12, p= .027); ki bu da personel kategorisindeki bireylerin doktor kategorisindekilere göre anlamlı olarak daha yüksek Kişisel Başarı alt boyut puanına sahip olmaları ile ilişkilidir. Ayrıca, katılımcıların hizmet verdikleri görev yeri ile Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= .29, p< .001). Son olarak, yaşanılan şehir ve Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (r= -.14, p= .010). Kişisel Başarı alt boyut puanı ve salgına ilişkin değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Kişisel Başarı alt boyut puanı ve sağlık sistemine olan güven arasında olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r= .30, p< .001). COVID-19 Salgını sırasında yaşanan deneyimler açısından incelendiğinde Kişisel Başarı alt boyut puanının, PCR testi yaptırmak ile negatif yönde ve düşük düzeyde (r= -.19, p< .001); COVID-19 tanısı almak ile negatif yönde ve düşük düzeyde (r= -.15, p< .01); kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek ile negatif yönde ve düşük düzeyde (r= -.14, p< .01); bir yakının COVID-19 tanısı alması ile negatif yönde ve düşük düzeyde (r= -.11, p= .046); bir yakınının karantinada kalması ile negatif yönde ve düşük düzeyde (r= -.15, p< .01); bir iş

arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.17, *p*< .01); COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.19, *p*< .001); COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.23, *p*< .001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını'nın neden olduğu aksaklıklar açısından incelendiğinde Kişisel Başarı alt boyut puanının, planlanmış seyahatin iptal olması ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.13, *p*= .019); gerektiği gibi ibadet edememe ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.12, *p*= .030) ve düzenli görülen tedavinin aksamasıyla negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.15, *p*< .01) anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ayrıca Kişisel Başarı alt boyut puanının, COVID-19 için takip edilen haber kaynağı sayısı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.12, *p*= .022) ve bu haber kaynaklarını günlük takip etme süresiyle de negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.18, *p*< .01) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında alınan önlemlerin yeterliliği ile olumlu yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki gösteren (*r*= .18, *p*< .01) Kişisel Başarı alt boyut puanının, COVID-19 Salgını sırasında meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmak ile negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (*r*= -.22, *p*< .001). Demografik ve salgına ilişkin diğer değişkenlerle Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Kişisel Başarı alt boyut puanıyla psikolojik bağımsız değişkenler (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu) arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Kişisel Başarı alt boyut puanının, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.33, *p*<.001); Engelleyici Kaygı alt boyut puanı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.38, *p*<.001); Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanı ile negatif yönde ve düşük düzeyde (*r*= -.36, *p*<.001); Gizlenen Duygular ile negatif yönde ve orta düzeyde (*r*= -.40, *p*<.001) ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı ile negatif yönde ve orta düzeyde (*r*= -.47, *p*<.001) anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ile Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Elde edilen analiz sonuçlarına göre, yaşça genç olmak, erkek olmak, personel kategorisinde olmamak, COVID-19 hastaları için ayrılan birimlerde görev almak ve kısıtlamaların uygulandığı şehirler (30 büyükşehir ve Zonguldak) dışındaki illerde yaşamak, sağlık sistemine olan güvenin azalması, PCR testi yaptırmak, COVID-19 tanısı almak, kendi evinde COVID-19 tedavisi görmek, bir yakının COVID-19 tanısı alması, bir yakının karantinada kalması, bir iş arkadaşının COVID-19 tedavisi için hastanede yatması, COVID-19'a bağlı iş arkadaşı kaybı, COVID-19'a bağlı bakılan hasta kaybı, planlanmış bir seyahatin iptal olması, gerektiği gibi ibadet edememe, düzenli görülen tedavinin aksaması, COVID-19 Salgını haberlerinin izlendiği haber kaynağı sayısının artması, günlük COVID-19 Salgını haberlerini izleme süresinin artması, alınan önlemlerin

yeterliliğinin az olduğunu düşünme, meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma ve İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı, Sahte Duygular, Gizlenen Duygular ve COVID-19 Tehdit Algısı alt boyut puanlarının artması Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanının azalmasıyla, dolayısıyla da tükenmişlik belirti düzeyinin artmasıyla ilişkilidir.

3.3.2. Araştırma Kapsamında İncelenen Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Araştırmanın bu kısmında, çalışmanın ana araştırma sorularını değerlendirmeye yönelik, diğer bir deyişle demografik ve salgına ilişkin bağımsız değişkenler ile belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu bağımsız değişkenlerinin travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri bağımlı değişkenlerini yordama gücünü incelemeye yönelik Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür. Yapılan analizlerde normallik sayıltıları sağlanmış ve çoklu doğrusallık sorunu ile karşılaşılmamıştır.

Yapılan Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizinde, bulgular kısmının üçüncü başlığının ilk kısmında aktarılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı analizi sonucunda bağımlı değişkenler ile anlamlı ilişkiler gösteren demografik ve salgına ilişkin değişkenler bir arada sırasıyla birinci ve ikinci adımda olmak üzere analize dahil edilmiştir. Korelasyon analizinde açıklanmış olan göstermelik değişkenler (dummy variables) bu analizde de kullanılmıştır. Değişkenlerden 3 veya daha fazla kategoriye sahip olanları için göstermelik değişken oluşturularak analizler yürütülmüştür. Göstermelik değişkenler için bütün karşılaştırmalar dikkatle incelenmiş, anlamlı bulunan sonuçlar rapor edilmiştir. Tabloların sadeliği açısından her analizde medeni durum değişkeninden evli olmak ve mesleki pozisyon değişkeninden doktor olmak kategorileri referans değişkenleri olarak atanmış ve bu sonuçların tablolarına yer verilmiştir.

Çalışmanın diğer bağımsız değişkenleri insanının gelişiminde ortaya çıkış sıralarına göre analize dahil edilmiştir. Analizin üçüncü adımında bağımsız değişkenlerden belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının 2 alt boyutu (İleriye yönelik kaygı ve Engelleyici kaygı), dördüncü adımında duygusal emek değişkeninin alt boyutları olan sahte duygular, derinlemesine eylem ve gizlenen duygular ve son adımında da salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu (COVID-19 Tehdit

Algısı) ‘stepwise’ seçeneği kullanılarak analize dahil edilmiş; her bir bağımlı değişken ve alt boyutları için ayrı ayrı Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yapılmıştır. Yürütülen analizlerdeki adımlarda eklenen değişkenlerin sırası Şekil 1’de yer almaktadır.

1. Adım (Demografik Değişkenler; bir arada)

Yaş

Cinsiyet

Medeni Durum

- Bekar
- Ayrılmış/Boşanmış

Çocuk Sahibi Olma

Mesleki Pozisyon

- Hemşire
- Diğer Sağlık Çalışanları
- Personel

Hizmet Verilen Görev Yeri

Yaşanılan Şehir

Kronik Hastalık

Travma Geçmişi

2. Adım (Salgına İlişkin Değişkenler; bir arada)

Sağlık Sistemine Güven

COVID-19 İle Deneyim

- PCR testi yaptırmak (sonuç -)
- COVID-19 tanısı almak
- Karantinada Kalmak
- COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)
- Yakının COVID-19 Tanısı Alması
- Yakının Karantinada Kalması
- COVID-19’a Bağlı Yakın Kaybı
- İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması
- İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması
- COVID-19’a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı
- COVID-19’a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı

COVID-19’a Bağlı Aksaklıklar

- Düğün/nişan ertelenmesi
- Seyahatin iptal olması
- Yakın cenazesine katılamama
- Borçlanma/ Borcu ödeyememe
- Yakın ziyareti yapamama
- Gerektiği gibi ibadet edememe
- Düzenli tedavinin aksaması
- Ev halkıyla ilişkilerin bozulması

Haber Kaynağı Sayısı
Haber İzleme Süresi (günlük)
Alınan Önlemlerin Yeterliliği
Ek Önlem Gerekliliği
Ayrımcılık Deneyimi
Koruyucu Ekipman Yeterliliği
Mağdurla Özdeşim
3. Adım
Belirsizliğe Tahammülsüzlük
İleriye Yönelik Kaygı
Engelleyici Kaygı
4. Adım
Duygusal Emek Ölçeği Alt Boyutları
Sahte Duygular
Derinlemesine Eylem
Gizlenen Duygular
5. Adım
COVID-19 Tehdit Algısı
Bağımlı (Yordanan) Değişkenler
Travma Sonrası Stres Belirtileri
Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R)
Kaçınma
Girici Düşünce
Aşırı Uyarılmışlık
Depresif Belirtiler
Beck Depresyon Envanteri (BDE)
Tükenmişlik Belirtileri
Maslach Tükenmişlik Ölçeği
Duygusal Tükenme
Duyarsızlaşma
Kişisel Başarı

Şekil 1. *Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Değişkenlerin Dahil Edilme Şeması*

3.3.2.1. Travma Sonrası Stres Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Üç alt boyut (kaçınma, girici düşünce, aşırı uyarılmışlık) puanlarının ayrı ayrı değerlendirildiği travma sonrası stres belirti düzeyini yordamada demografik ve salgına ilişkin bağımsız değişkenler ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyut (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) puanlarının, duygusal emek değişkeninin alt boyut (sahte duygular, derinlemesine eylem,

gizlenen duygular) puanlarının ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu puanının ne derecede güce sahip olduklarını test etmek için Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yürütülmüştür. Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanları için ayrı ayrı yapılan Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon analizlerine ait sonuçlar sırasıyla Tablo 20, 21, 22 'de yer almaktadır.

Tablo 20. *Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Kaçınma Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.21	.21	4.08*
	Yaş	-.08	-.78			
	Cinsiyet	-.14	-1.90			
	Medeni Durum					
	Bekar	-.00	-.02			
	Ayrılmış/Boşanmış	-.01	-.08			
	Çocuk Sahibi Olma	-.01	-.12			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.09	1.11			
	Diğer Sağlık Çalışanları	-.04	-.58			
	Personel	.03	.38			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.37	5.30*			
	Yaşanılan Şehir	.02	.22			
	Kronik Hastalık	.03	.52			
	Travma Geçmişi	-.05	-.70			
2	Sabit			.41	.21	2.11*
	Sağlık Sistemine Güven	-.18	-2.19*			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	-.05	-.62			
	COVID-19 tanısı almak	.18	1.69			
	Karantinada Kalmak	-.09	-1.23			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.11	-1.01			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	-.04	-.56			
	Yakının Karantinada Kalması	.12	1.56			

	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	-.03	-.43			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	-.01	-.16			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.05	.76			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.09	1.28			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	.01	.10			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	.00	.06			
	Seyahatin iptal olması	-.03	-.39			
	Yakın cenazesine katılamama	.01	.16			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.07	1.01			
	Yakın ziyareti yapamama	-.03	-.47			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.04	-.61			
	Düzenli tedavinin aksaması	.11	1.47			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	-.02	-.24			
	Haber Kaynağı Sayısı	.04	.50			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.14	1.55			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	.01	.12			
	Ek Önlem Gerekliliği	.07	.92			
	Ayrımcılık Deneyimi	.11	1.49			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.05	-.82			
	Mağdurla Özdeşim	.03	.46			
3	Sabit			.50	.09	29.08*
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	35	5.39*			
4	Sabit			.54	.04	14.85*
	Sahte Duygular	.30	3.85*			
5	Sabit			.55	.012	4.28*
	Gizlenen Duygular	.17	2.07*			
6	Sabit			.57	.01	3.97*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.17	1.99*			

***p*<.05**

İlk analizin bağımlı değişkeni Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Kaçınma alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans %21 olarak gözlenmiş ve bu katkının anlamlı olduğu bulunmuştur ($F_{değişim\ (12,\ 190)}$= 4.08, p< .001). Hizmet verilen görev yeri Kaçınma alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .36, β= .37, $t_{(346)}$= 5.30, p<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek Kaçınma alt boyut puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Kaçınma alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %21 artırarak %42'ye çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (27,\ 163)}$= 2.11, p< .01). Sağlık sistemine olan güven Kaçınma alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= -.17, β= -.18, $t_{(346)}$= -2.19, p=.030); ki bu da sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek Kaçınma alt boyut puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler Kaçınma alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Kaçınma alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .39, β= .35, $t_{(346)}$= 5.39, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %9 arttırarak %51'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 29.08, p< .001). Bu adımda Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut puanını anlamlı bir katkısının olmaması nedeniyle analize dahil etmemiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Kaçınma alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .29, β= .30, $t_{(346)}$= 3.85, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %4 arttırarak %55'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 14.85, p< .001). Duygusal Emek Ölçeği Gizlenen Duygular alt boyut puanı da Kaçınma alt boyut puanını olumlu yönde ve anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .16, β= .17, $t_{(346)}$= 2.07, p= .040). Gizlenen Duygular alt boyut puanı açıklanan varyansı %1 arttırarak %55'e çıkarmış ve modele anlamlı bir katkı sağlamıştır ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 4.28, p= .040). Bu noktada, Duygusal Emek Ölçeği Derinlemesine Eylem alt boyut puanının katkısının anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Son olarak, altıncı adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Kaçınma alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .16, β= .17, $t_{(346)}$= 1.99, p= .048), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %1 arttırarak %57'ye çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 159)}$= 3.97, p= .048).

Tablo 21. *Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Girici Düşünce Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.16	.16	2.91*
	Yaş	-.06	-.56			
	Cinsiyet	-.08	-.10			
	Medeni Durum					
	Bekar	-.00	-.03			
	Ayrılmış/Boşanmış	.11	1.46			
	Çocuk Sahibi Olma	.01	.10			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.10	1.16			
	Diğer Sağlık Çalışanları	.01	.06			
	Personel	.04	.52			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.33	4.66*			
	Yaşanılan Şehir	-.05	-.77			
	Kronik Hastalık	.08	1.18			
	Travma Geçmişi	-.02	-.26			
2	Sabit			.41	.25	2.56*
	Sağlık Sistemine Güven	-.14	-1.71			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	-.04	-.57			
	COVID-19 tanısı almak	.09	.85			
	Karantinada Kalmak	-.04	-.58			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.11	-1.00			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	-.00	-.05			
	Yakının Karantinada Kalması	.03	.33			
	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	.01	.16			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	.06	.84			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.02	.23			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.01	19			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta					

	Kaybı	-.01	-.08			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	-.02	-.35			
	Seyahatin iptal olması	.01	.20			
	Yakın cenazesine katılamama	.12	1.64			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.12	1.75			
	Yakın ziyareti yapamama	.04	.53			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.06	-.87			
	Düzenli tedavinin aksaması	.17	2.29*			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	.19	2.76*			
	Haber Kaynağı Sayısı	-.01	-.06			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.16	1.79			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	-.04	-.43			
	Ek Önlem Gerekliliği	-.00	-.05			
	Ayrımcılık Deneyimi	.20	2.78*			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.04	-.63			
	Mağdurla Özdeşim	-.04	-.52			
3	Sabit			.53	.13	43.66*
	BTÖ- Engelleyici Kaygı	.41	6.61*			
4	Sabit			.55	.02	6.33*
	BTÖ- İleriye Yönelik Kaygı	.23	2.53*			
5	Sabit			.57	.02	6.42*
	Sahte Duygular	.19	2.53*			
6	Sabit			.62	.05	19.57*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.35	4.42*			

***p*<.05**

İkinci analizin bağımlı değişkeni Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Girici Düşünce alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans %16 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{\text{değişim }(12,\ 190)}$= 2.91, p< .01). Hizmet verilen görev yeri Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .32, β= .33, $t_{(346)}$= 4.66, p<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek Girici Düşünce alt boyut puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Girici Düşünce alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin

değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %25 artırarak %41'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (27,\ 163)}$= 2.56, p< .001). Düzenli görülen tedavinin aksaması Girici Düşünce alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .18, β= .17, $t_{(346)}$= 2.29, p=.023). Ayrıca, aynı evde yaşayan bireylerle ilişkilerin bozulması da Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .21, β= .19, $t_{(346)}$= 2.76, p< .01). Son olarak meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmanın Girici Düşünce alt boyut puanını olumlu yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür (pr.= .21, β= .20, $t_{(346)}$= 2.78, p< .01). Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler Girici Düşünce alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .46, β= .41, $t_{(346)}$= 6.61, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %13 arttırarak %53'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,162)}$= 43.66, p< .001). Analizin bu kısmında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanını yeni bir adım olarak analize dahil etmiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .20, β= .23, $t_{(346)}$= 2.52, p=.013), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %2 arttırarak %55'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 6.33, p= .013). Beşinci adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .20, β= .19, $t_{(346)}$= 2.53, p=.012), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %2 arttırarak %57'ye çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 6.42, p= .012). Analizin bu kısmında modele anlamlı bir katkısı olmayan Derinlemesine Eylem ve Gizlenen Duygular alt boyut puanları analizden çıkarılmıştır. Son olarak, altıncı adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .16, β= .17, $t_{(346)}$= 1.99, p= .048), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %5 arttırarak %62'ye çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 159)}$= 19.57, p< .001).

Tablo 22. *Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Aşırı Uyarılmışlık Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.20	.20	3.89*
	Yaş	-.09	-.92			
	Cinsiyet	-.13	-1.70			
	Medeni Durum					

	Bekar	-.03	-.31			
	Ayrılmış/Boşanmış	.08	1.15			
	Çocuk Sahibi Olma	.04	.31			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.06	.74			
	Diğer Sağlık Çalışanları	-.00	-.01			
	Personel	.04	.58			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.38	5.42*			
	Yaşanılan Şehir	-.01	-.11			
	Kronik Hastalık	.06	.97			
	Travma Geçmişi	-.04	-.55			
2	Sabit			.46	.26	2.97*
	Sağlık Sistemine Güven	-.24	-3.12*			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	.02	.02			
	COVID-19 tanısı almak	.06	.06			
	Karantinada Kalmak	-.03	-.03			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.03	-.33			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	-.03	-.37			
	Yakının Karantinada Kalması	.03	.40			
	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	-.00	-.07			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	.08	1.17			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	-.00	-.05			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.03	.43			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	-.02	-.18			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	-.01	-.16			
	Seyahatin iptal olması	.04	.58			
	Yakın cenazesine katılamama	.10	1.40			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.11	1.76			
	Yakın ziyareti yapamama	.07	1.09			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.01	-.10			

	Düzenli tedavinin aksaması	.17	2.32*			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	.18	2.78*			
	Haber Kaynağı Sayısı	-.05	-.73			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.17	2.06*			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	.03	.35			
	Ek Önlem Gerekliliği	.02	.31			
	Ayrımcılık Deneyimi	.13	1.90			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.01	-.20			
	Mağdurla Özdeşim	-.04	-.61			
3	Sabit			.56	.10	35.97*
	BTÖ- Engelleyici Kaygı	.36	6.00*			
4	Sabit			.58	.02	9.08*
	Sahte Duygular	.22	3.01*			
5	Sabit			.63	.04	17.81*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.32	4.22*			

***p*<.05**

Son analizin bağımlı değişkeni Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans %20 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{\text{değişim (12, 190)}}$= 3.89, p< .001). Hizmet verilen görev yeri Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .37, β= .38, $t_{(346)}$= 5.42, p<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %26 artırarak %46'ya çıkardığı görülmüştür ($F_{\text{değişim (27, 163)}}$= 2.97, p< .001). Sağlık sistemine olan güven Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= -.24, β= -.24, $t_{(346)}$= -3.12, p<.01); ki bu da sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Düzenli görülen tedavinin aksaması Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .18, β= .17, $t_{(346)}$= 2.32, p=.022). Ayrıca, aynı evde yaşayan bireylerle ilişkilerin bozulması da Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .21, β= .18, $t_{(346)}$= 2.78, p< .01). Son olarak, COVID-19 haberlerini günlük takip etme süresinin Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür (pr.= .16, β=

.17, $t_{(346)}$= 2.06, p= .041); ki bu da haber izleme süresinin artmasının daha yüksek Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .43, β= .36, $t_{(346)}$= 6.00, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %10 arttırarak %56'ya çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 35.97, p< .001). Analizin bu kısmında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanını anlamlı bir katkısının olmadığı tespit edilmiş ve analize dahil edilmemiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .23, β= .22, $t_{(346)}$= 3.01, p< .01), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %2 arttırarak %58'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 9.08, p< .01). Analizin bu kısmında modele anlamlı bir katkısı olmayan Derinlemesine Eylem ve Gizlenen Duygular alt boyut puanları analize dahil edilmemiştir. Son olarak, beşinci adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .32, β= .32, $t_{(346)}$= 4.22, p= .048), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %4.2 arttırarak %63'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 17.81, p< .001).

3.3.2.2. Depresif Belirtileri Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Depresif belirti düzeyini değerlendirmek için kullanılan Beck Depresyon Envanteri toplam puanını yordamada demografik ve salgına ilişkin bağımsız değişkenler ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyut (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) puanlarının, duygusal emek değişkeninin alt boyut (sahte duygular, derinlemesine eylem, gizlenen duygular) puanlarının ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu puanının ne derecede güce sahip olduklarını test etmek için Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yürütülmüştür. Yürütülen Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine ait sonuçlar Tablo 23'te yer almaktadır.

Tablo 23. *Beck Depresyon Envanteri (BDE) Toplam Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$

1	Sabit			.20	.20	3.96*
	Yaş	-.06	-.55			
	Cinsiyet	-.12	-1.57			
	Medeni Durum					
	Bekar	-.01	-.08			
	Ayrılmış/Boşanmış	.07	1.01			
	Çocuk Sahibi Olma	.04	.32			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.02	.21			
	Diğer Sağlık Çalışanları	.07	.97			
	Personel	.01	.19			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.36	5.24*			
	Yaşanılan Şehir	.05	.74			
	Kronik Hastalık	.16	2.33*			
	Travma Geçmişi	-.00	-.06			
2	Sabit			.36	.16	1.58*
	Sağlık Sistemine Güven	-.10	-1.22			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	-.01	-.07			
	COVID-19 tanısı almak	.04	.38			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.04	-.34			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	.01	.11			
	Yakının Karantinada Kalması	-.04	-.53			
	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	.04	.54			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	.00	-.01			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.06	.81			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.08	1.14			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	-.06	-.65			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	-.01	-.12			
	Seyahatin iptal olması	.05	.72			
	Yakın cenazesine katılamama	-.02	-.22			

	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.05	.73			
	Yakın ziyareti yapamama	.02	.28			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	.04	.50			
	Düzenli tedavinin aksaması	.18	2.35*			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	.07	.94			
	Haber Kaynağı Sayısı	-.04	-.55			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.08	.91			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	-.07	-.81			
	Ek Önlem Gerekliliği	.07	.97			
	Ayrımcılık Deneyimi	.05	.61			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.08	-1.10			
	Mağdurla Özdeşim	.11	1.58			
3	Sabit			.46	.10	28.38*
	BTÖ- Engelleyici Kaygı	.36	5.33*			
4	Sabit			.51	.05	16.08*
	Sahte Duygular	.32	4.01*			
5	Sabit			.54	.03	12.03*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.30	3.47*			

***p*<.05**

Yürütülen analizin bağımlı değişkeni depresif belirti düzeyini değerlendirmek için kullanılan Beck Depresyon Envanterinden alınan toplam puanlardır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans %20 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{değişim\ (12,\ 190)}$= 3.96, *p*< .001). Hizmet verilen görev yeri depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .36, β= .36, $t_{(346)}$= 5.24, *p*<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek şiddette depresif belirti düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kronik bir hastalığa sahip olmak da depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .17, β= .16, $t_{(346)}$= 2.33, *p*= .021). Bu adımdaki diğer demografik değişkenler depresif belirti düzeyini anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %16 artırarak %36'ya çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (27,\ 163)}$= 1.58, *p*= .045). Düzenli görülen tedavinin aksaması depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .18, β= .18, $t_{(346)}$= 2.35, *p*=.020). Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler depresif belirti düzeyini anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe

Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .39, β= .36, $t_{(346)}$= 5.33, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %10 arttırarak %46'ya çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 28.38, p< .001). Analizin bu kısmında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut puanının anlamlı bir katkısının olmadığı tespit edilerek analize dahil edilmemiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .30, β= .32, $t_{(346)}$= 4.01, p< .001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %5 arttırarak %51'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 16.08, p< .001). Analizin bu kısmında modele anlamlı bir katkısı olmayan Derinlemesine Eylem ve Gizlenen Duygular alt boyut puanları analize dahil edilmemiştir. Son olarak, beşinci adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .26, β= .30, $t_{(346)}$= 3.47, p< .01), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %3.4 arttırarak %54'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 12.03, p< .01).

3.3.2.3. Tükenmişlik Belirtilerini Yordayan Bağımsız Değişkenler: Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Üç alt boyut (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) puanlarının ayrı ayrı değerlendirildiği tükenmişlik belirti düzeyini yordamada demografik ve salgına ilişkin bağımsız değişkenler ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyut (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) puanlarının, duygusal emek değişkeninin alt boyut (sahte duygular, derinlemesine eylem, gizlenen duygular) puanlarının ve salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu puanının ne derecede güce sahip olduklarını test etmek için Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yürütülmüştür. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyut puanları için ayrı ayrı yapılan Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon analizlerine ait sonuçlar sırasıyla Tablo 24, 25 ve 26'da yer almaktadır.

Tablo 24. *Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.22	.22	4.52*
	Yaş	-.13	-1.27			
	Cinsiyet	-.10	-1.42			

	Medeni Durum					
	Bekar	-.13	-1.31			
	Ayrılmış/Boşanmış	.08	1.20			
	Çocuk Sahibi Olma	-.02	-.18			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.04	.49			
	Diğer Sağlık Çalışanları	-.01	-.08			
	Personel	-.04	-.59			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.38	5.59*			
	Yaşanılan Şehir	-.01	-.14			
	Kronik Hastalık	.07	1.12			
	Travma Geçmişi	-.06	-.93			
2	Sabit			.44	.21	2.29*
	Sağlık Sistemine Güven	-.22	-2.83*			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	.04	.56			
	COVID-19 tanısı almak	.08	.81			
	Karantinada Kalmak	-.00	-.05			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.06	-.60			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	-.07	-.91			
	Yakının Karantinada Kalması	.05	.61			
	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	-.05	-.79			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	-.04	-.60			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.05	.74			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.04	.58			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	-.04	-.43			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	-.05	-.69			
	Seyahatin iptal olması	.06	.95			
	Yakın cenazesine katılamama	.04	.60			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.04	.53			
	Yakın ziyareti yapamama	.01	.18			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.03	-.48			

	Düzenli tedavinin aksaması	.12	1.63			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	.08	1.22			
	Haber Kaynağı Sayısı	.00	.06			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.14	1.65			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	-.03	-.39			
	Ek Önlem Gerekliliği	.07	.98			
	Ayrımcılık Deneyimi	.13	1.84			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	-.01	-.20			
	Mağdurla Özdeşim	.03	.37			
3	Sabit			.58	.15	56.02*
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.44	7.49*			
4	Sabit			.59	.01	3.98*
	BTÖ- Engelleyici Kaygı	.17	2.00*			
5	Sabit			.62	.03	12.29*
	Sahte Duygular	.25	3.51*			
6	Sabit			.64	.02	9.94*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.24	3.15*			

***p*<.05**

İlk analizin bağımlı değişkeni Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans % 22 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{değişim\ (12,\ 190)}$= 4.52, p< .001). Hizmet verilen görev yeri Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .38, β= .38, $t_{(346)}$= 5.59, p<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek Duygusal Tükenme alt boyut puanıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Duygusal Tükenme alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %21.4 artırarak %44'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (27,\ 163)}$= 2.29, p< .01). Sağlık sistemine olan güven Duygusal Tükenme alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= -.22, β= -.22, $t_{(346)}$= -2.83, p< .01); ki bu da sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek Duygusal Tükenme alt boyut puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler Duygusal Tükenme alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının

Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .51, β= .44, $t_{(346)}$= 7.49, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %14.5 arttırarak %58'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 56.02, p< .001). Analizin bu kısmında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut puanını yeni bir adım olarak analize dahil etmiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .16, β= .17, $t_{(346)}$= 2.00, p=.048), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %1 arttırarak %59'a çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 3.98, p= .048). Beşinci adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .27, β= .25, $t_{(346)}$= 3.51, p< .01), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %3 arttırarak %62'ye çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 12.29, p< .01). Analizin bu kısmında modele anlamlı bir katkısı olmayan Derinlemesine Eylem ve Gizlenen Duygular alt boyut puanları analize dahil edilmemiştir. Son olarak, altıncı adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .24, β= .24, $t_{(346)}$= 3.15, p< .01), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %2 arttırarak %64'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 159)}$= 9.94, p< .01).

Tablo 25. *Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.25	.25	5.36*
	Yaş	-.14	-1.41			
	Cinsiyet	-.17	-2.39*			
	Medeni Durum					
	Bekar	-.10	-1.04			
	Ayrılmış/Boşanmış	.05	.79			
	Çocuk Sahibi Olma	-.10	-.90			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	-.04	-.49			
	Diğer Sağlık Çalışanları	-.04	-.61			
	Personel	-.08	-1.11			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	.34	5.00*			
	Yaşanılan Şehir	.02	.36			
	Kronik Hastalık	.02	.26			

	Travma Geçmişi	-.10	-1.59			
2	Sabit			.41	.16	1.58*
	Sağlık Sistemine Güven	-.26	-3.24*			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	.02	.25			
	COVID-19 tanısı almak	.00	.00			
	Karantinada Kalmak	-.02	-.25			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	.05	.49			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	-.05	-.66			
	Yakının Karantinada Kalması	.06	.79			
	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	-.03	-.51			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	-.02	-.28			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	.04	.59			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	.07	1.06			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	.03	.33			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	-.01	-.08			
	Seyahatin iptal olması	.03	.43			
	Yakın cenazesine katılamama	.01	.11			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.06	.84			
	Yakın ziyareti yapamama	.02	.35			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.01	-.19			
	Düzenli tedavinin aksaması	.07	.93			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	.02	.24			
	Haber Kaynağı Sayısı	.02	.27			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.08	.96			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	.04	.48			
	Ek Önlem Gerekliliği	.07	.89			
	Ayrımcılık Deneyimi	.05	.63			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	.01	.18			
	Mağdurla Özdeşim	.04	.53			

3	Sabit			.51	.11	35.19*
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	.38	5.93*			
4	Sabit			.59	.08	29.77*
	Sahte Duygular	.40	5.46*			
5	Sabit			.60	.01	4.41*
	COVID-19 Tehdit Algısı	.17	2.10*			

***p*<.05**

İkinci analizin bağımlı değişkeni Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans % 25 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{değişim\ (12,\ 190)}$= 5.36, *p*< .001). Katılımcıların cinsiyetinin Duyarsızlaşma alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür (pr.= -.17, β= -.17, $t_{(346)}$= -2.39, *p*=.018); ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Duyarsızlaşma alt boyut puanına sahip olmalarıyla ilişkilidir. Ayrıca, hizmet verilen görev yeri Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .34, β= .34, $t_{(346)}$= 5.00, *p*<.001); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek Duyarsızlaşma alt boyut puanıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Duyarsızlaşma alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %16 artırarak %41'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (27,\ 163)}$= 1.58, *p*= .044). Sağlık sistemine olan güven Duyarsızlaşma alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= -.25, β= -.26, $t_{(346)}$= -3.24, *p*< .01); ki bu da sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek Duyarsızlaşma alt boyut puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer salgına ilişkin değişkenler Duyarsızlaşma alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .42, β= .38, $t_{(346)}$= 5.93, *p*<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %10.6 arttırarak %51'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 29.77, *p*< .001). Analizin bu kısmında stepwise seçeneği Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Engelleyici Kaygı alt boyut puanını anlamlı bir katkısının olmaması nedeniyle analize dahil etmemiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= .40, β= .40, $t_{(346)}$= 5.46, *p*< .001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %8 arttırarak %59'a çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 29.77, *p*< .001). Analizin bu kısmında

modele anlamlı bir katkısı olmayan Derinlemesine Eylem ve Gizlenen Duygular alt boyut puanları stepwise seçeneğiyle analizden çıkarılmıştır. Son olarak, beşinci adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= .16, β= .17, $t_{(346)}$= 2.10, *p*= .037), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %1 arttırarak %60'a çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 4.41, *p*= .037).

Tablo 26. *Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı Alt Boyut Puanını Yordayan Bağımsız Değişkenlerin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları*

Adım	Bağımsız Değişkenler	β	t	R^2	$R^2_{değişim}$	$F_{değişim}$
1	Sabit			.15	.15	2.75*
	Yaş	.27	2.67*			
	Cinsiyet	.08	1.01			
	Medeni Durum					
	Bekar	.04	.38			
	Ayrılmış/Boşanmış	-.05	-.63			
	Çocuk Sahibi Olma	-.21	-1.73			
	Mesleki Pozisyon					
	Hemşire	.03	.30			
	Diğer Sağlık Çalışanları	-.08	-1.00			
	Personel	.07	.92			
	Hizmet Verilen Görev Yeri	-.24	-3.38*			
	Yaşanılan Şehir	-.09	-1.31			
	Kronik Hastalık	-.06	-.88			
	Travma Geçmişi	.07	.99			
2	Sabit			.27	.12	.97
	Sağlık Sistemine Güven	.16	1.81			
	COVID-19 İle Deneyim					
	PCR testi yaptırmak (sonuç -)	-.11	-1.39			
	COVID-19 tanısı almak	-.12	-1.00			
	Karantinada Kalmak	.06	.72			
	COVID-19 tedavisi görmek (kendi evinde)	-.01	-.06			
	Yakının COVID-19 Tanısı Alması	.05	.59			
	Yakının Karantinada Kalması	.00	.01			

	COVID-19'a Bağlı Yakın Kaybı	-.07	-.98			
	İş Arkadaşının COVID-19 Tanısı Alması	-.01	-.10			
	İş Arkadaşının Tedavi İçin Hastanede Yatması	-.07	-.91			
	COVID-19'a Bağlı İş Arkadaşı Kaybı	-.07	-.84			
	COVID-19'a Bağlı Bakılan Hasta Kaybı	.01	.08			
	COVID-19'a Bağlı Aksaklıklar					
	Düğün/nişan ertelenmesi	.10	1.27			
	Seyahatin iptal olması	-.02	-.26			
	Yakın cenazesine katılamama	.09	1.12			
	Borçlanma/ Borcu ödeyememe	.04	.48			
	Yakın ziyareti yapamama	.01	.19			
	Gerektiği gibi ibadet edememe	-.12	-1.49			
	Düzenli tedavinin aksaması	-.09	-1.08			
	Ev halkıyla ilişkilerin bozulması	-.03	-.37			
	Haber Kaynağı Sayısı	-.02	-.20			
	Haber İzleme Süresi (günlük)	.03	.31			
	Alınan Önlemlerin Yeterliliği	.02	.19			
	Ek Önlem Gerekliliği	.02	.25			
	Ayrımcılık Deneyimi	-.05	-.57			
	Koruyucu Ekipman Yeterliliği	.03	.38			
	Mağdurla Özdeşim	-.07	-.88			
3	Sabit			.34	.08	56.02*
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	-.31	-4.28*			
4	Sabit			.36	.02	5.74*
	Gizlenen Duygular	-.21	-2.40*			
5	Sabit			.39	.03	7.06*
	Derinlemesine Eylem	.19	2.66*			
6	Sabit			.43	.04	9.61*
	COVID-19 Tehdit Algısı	-.28	-3.10*			

***p*<.05**

Son analizin bağımlı değişkeni Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyut puanıdır. Analiz bulgularına göre, ilk adımda analize dahil edilen demografik değişkenlerin açıkladığı varyans % 15 olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{değişim\ (12,\ 190)}$= 2.75, p< .01). Katılımcıların yaşının Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür (pr.= .19, β= .27, $t_{(346)}$= 2.67, p< .01); ki bu yaşça genç olmanın daha düşük Kişisel Başarı alt boyut puanıyla, dolayısıyla da daha yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hizmet verilen görev yeri Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır (pr.= -.24, β= -.24, $t_{(346)}$= -3.38, p< .01); ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha düşük Kişisel Başarı alt boyut puanıyla, dolayısıyla da daha yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu adımdaki diğer demografik değişkenler Kişisel Başarı alt boyut puanını anlamlı olarak yordamamıştır. İkinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerin modele yaptığı katkının anlamlı olmadığı, bu adımda analize dahil edilen değişkenlerin Kişisel Başarı alt boyut puanını yordamadığı görülmüştür. Analizin üçüncü adımında analize dahil edilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarından Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= -.32, β= -.31, $t_{(346)}$= -4.28, p<.001), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %8 arttırarak %34'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 162)}$= 56.02, p< .001). Analizin bu kısmında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının anlamlı bir katkısının olmadığı tespit edilerek analize dahil edilmemiştir. Dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği Gizlenen Duygular alt boyut puanının Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordadığı (pr.= -.19, β= -.21, $t_{(346)}$= -2.40, p=.018), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %2 arttırarak %36'ya çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 161)}$= 5.74, p= .018). Analizin bu kısmında modele anlamlı bir katkısı olmayan Sahte Duygular alt boyut puanı analize dahil edilmemiştir. Duygusal Emek Ölçeği Derinlemesine Eylem alt boyut puanı stepwise seçeneğiyle yeni bir adım olarak analize dahil edilmiş ve Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamıştır (pr.= .21, β= .19, $t_{(346)}$= 2.66, p< .01). Beşinci adımda analize ayrı olarak eklenen Derinlemesine Eylem alt boyut puanı açıklanan varyansı %3 arttırarak %39'a çıkarmış ve modele anlamlı bir katkı sağlamıştır ($F_{değişim\ (1,\ 160)}$= 7.06, p< .01). Son olarak, altıncı adımda analize dahil edilen COVID-19 Tehdit Algısı puanı Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamış (pr.= -.24, β= -.28, $t_{(346)}$= -3.10, p< .01), modele yaptığı katkının anlamlı olduğu ve açıklanan varyansı %4 arttırarak %43'e çıkardığı görülmüştür ($F_{değişim\ (1,\ 159)}$= 9.61, p< .01).

Yürütülen tüm Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi bulgularının özet gösterimi Tablo 27'de yer almaktadır.

Tablo 27. *Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizlerinin Özet Tablosu*

Yordanan Değişkenler / Yordayan Değişkenler	OEÖ-R Kaçınma	OEÖ-R Girici Düşünce	OEÖ-R Aşırı Uyarılmışlık	Depresif Belirti Düzeyi	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yaş							+
Cinsiyet						-	
Hizmet Verilen Görev Yeri	+	+	+	+	+	+	-
Kronik Hastalık				+			
Sağlık Sistemine Güven	-		-		-	-	
Düzenli Görülen Tedavinin Aksaması		+	+	+			
Ev Halkıyla İlişkileri Bozulması			+				
Günlük Haber İzleme Süresi			+				
Ayrımcılık Deneyimi		+					
BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	+	+			+	+	

BTÖ-Engelleyici Kaygı		+	+	+	+		-
Sahte Duygular	+	+	+	+	+	+	
Derinlemesine Eylem							+
Gizlenen Duygular	+						-
COVID-19 Tehdit Algısı	+	+	+	+	+	+	-

Not: "+" ve "-" olarak belirtilen ifadeler değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve anlamlı olduğunu belirtmektedir.

Özetle, katılımcıların yaklaşık yarısı veya yarısından fazlasının travma sonrası stres belirti düzeyi, depresif belirti düzeyi ve tükenmişlik belirti düzeylerinin orta ve yüksek şiddette olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bunun yanında, travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyini yordayan demografik, salgına ilişkin ve bireysel bağımsız değişkenler Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analiziyle incelenmiştir. İlk olarak, demografik değişkenlerden yaş sadece Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Bu da genç olmanın daha yüksek tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu sonucunu vermiştir. Ayrıca, cinsiyet değişkeni de sadece Duyarsızlaşma alt boyut puanını negatif yönde ve anlamlı olarak yordamıştır; diğer bir deyişle erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Duyarsızlaşma alt boyut puanlarına sahip olmasıyla ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, kronik hastalığa sahip olmak da sadece depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Demografik değişkenlerden son olarak hizmet verilen görev yeri Kaçınma, Girici Düşünce, Aşırı Uyarılmışlık, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanları ile depresif belirti düzeyini pozitif yönde; Kişisel Başarı alt boyut puanını ise negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Buradan da COVID-19 için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyine sahip olmayla ilişkili olduğu sonucu çıkarılmıştır. Salgına ilişkin değişkenler açısından incelendiğinde ise; sağlık sistemine olan güvenin Kaçınma, Aşırı Uyarılmışlık, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanlarını yordadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle, sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek travma sonrası stres ve tükenmişlik belirtileriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. COVID-19 Salgını sırasında düzenli görülen tedavinin aksamasının Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ile depresif belirti düzeyini

pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı ve yüksek travma sonrası stres ve depresif belirti düzeyiyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca aynı evde yaşanan bireylerle ilişkilerin bozulması sadece Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; diğer bir deyişle ev içerisindeki sosyal ilişkilerin bozulmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, COVID-19 Salgını ile ilgili haberleri günlük olarak izleme süresi de Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; diğer bir deyişle günlük COVID-19 Salgını haberi izleme süresinin artmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Salgına ilişkin değişkenlerden son olarak COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanı olmak nedeniyle maruz kalınan ayrımcılık deneyimi de Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; dolayısıyla da ayrımcılığa maruz kalma daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın psikolojik bağımsız değişkenleri açısından incelendiğinde; Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Kaçınma, Girici Düşünce, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle; belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin artmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres ve tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer yandan Engelleyici Kaygı alt boyut puanı Girici Düşünce, Aşırı Uyarılmışlık, Duygusal Tükenme alt boyut puanı ile depresif belirti düzeyini pozitif yönde; Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Bu da belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin artmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Duygusal Emek Ölçeği Sahte Duygular alt boyut puanının Kaçınma, Girici Düşünce, Aşırı Uyarılmışlık, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanlarını ile depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, duyguların istenilen yönde değiştirilmesi için harcanan bilişsel çaba düzeyinin, yani duygusal emek düzeyinin artmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Derinlemesine Eylem alt boyut puanın ise sadece Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu da kurum tarafından gösterilmesi istenilen duyguların gösteriminde duyguları gerçekten de hissetmenin, yani Derinlemesine Eylem alt boyut puanının artmasının daha yüksek Kişisel Başarı alt boyut puanıyla, dolasıyla daha düşük şiddette tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Duygusal Emek Ölçeği Gizlenen Duygular alt boyut puanı Kaçınma alt boyut puanını pozitif yönde ve Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Diğer bir deyişle, hissedilen duyguları kurum içerisinde uygun olmaması nedeniyle saklamak veya gizlemek için kullanılan bilişsel çaba düzeyinin, yani

duygusal emek düzeyinin artmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres ve tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Son olarak COVID-19 Tehdit Algısı Anketinden alınan toplam puanların Kaçınma, Girici Düşünce, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanları ile depresif belirti düzeyini pozitif yönde; Kişisel Başarı alt boyut puanını ise negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Bu da salgına ilişkin algılan tehdit boyutunun, yani COVID-19 Tehdit Algısı boyutunun artması daha yüksek şiddette travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuştur.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Yaklaşık iki yıldır devam eden COVID-19 Salgını tıpkı geçmiş salgın zamanlarında olduğu gibi, kültürel, toplumsal, dini ve sosyal yaşamda belli değişikliklere yol açmış; bireylerin duygu, düşünce ve davranış örüntülerinde kalıcı değişikliklere neden olmuştur (Huremović, 2019). İki yıl önce, 11 Mart 2020 tarihinde, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilen COVID-19 Salgını, bugün itibariyle (20 Aralık 2021) tüm dünyada yaklaşık 276 milyon kişide görülmüş ve yaklaşık 5.5 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (Worldometer, 2021; DSÖ, 2021). Ülkemizde ise yaklaşık 10 milyon kişide görülen hastalık yaklaşık 81 bin kişinin ölümüne neden olmuştur (T.C. SB, 2021). Sadece bu verilerin ışığında bile, küresel bir afet niteliği taşıyan COVID-19 Salgını'nın insan yaşamı üzerinde çok büyük etkilerinin olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Küresel boyutta gerçekleşen COVID-19 Salgını belki de en çok sağlık sistemlerini etkisi altına almakta, var olan sistemlerin yetersiz kalmasına, sağlık sistemleri içerisinde bulunan bireylerin yüksek tehlike olarak nitelendirilen ön saflarda çalışmalarına ve genel anlamda bu sektörde görev alan sağlık çalışanlarının hayatlarını tehlikeye atmalarına; dolayısıyla da bu bireylerin psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Kang ve ark., 2020; Lee ve ark., 2007).

Alanyazında yer alan birçok çalışmada sağlık çalışanlarının salgın zamanlarında karşılaşabilecekleri psikolojik bozukluklar ve bunların oluşmasına ortam hazırlayabilecek risk faktörleri incelenmiştir. Buna göre, sürekli olarak yaşanan insan kayıpları, karantina/izolasyon uygulamaları/kısıtlamaları, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları, yaş, cinsiyet gibi bazı demografik değişkenler, salgın nedeniyle oluşan ağır iş yükü, duygusal yük ve fiziksel yorgunluk, belirsizlik, salgına ilişkin tehdit algısı, hastalık ve salgın hakkındaki bilgilerin yetersizliği, korku ve panik duyguları gibi faktörler sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Chew ve ark., 2020; Costea ve ark., 2020; Di Trani ve ark., 2021; Ho ve ark., 2005; Imai ve ark., 2010; Kang ve ark., 2020; Krok ve ark., 2021; Lee ve ark., 2007; Maunder ve ark., 2006; Mertens ve ark., 2020; Portoghese ve ark., 2021; Rossi ve ark., 2020; Satici ve ark., 2020b; Taha ve ark., 2014; Wang ve ark., 2020; Wu ve ark., 2009; Yoon ve Kim, 2013; Zhu ve ark., 2020).

Mevcut çalışmanın amacı günümüzde halen devam eden COVID-19 Salgını sürecinde görev alan sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin düzeyini ve bu belirti düzeylerini yordamada çeşitli demografik (yaş, cinsiyet, görev aldığı sağlık birimi, yaşadığı/ görev aldığı il gibi), psikolojik (belirsizliğe tahammülsüzlük, salgına ilişkin tehdit algısı, duygusal emek gibi) ve salgına ilişkin değişkenlerin (COVID-19 tanısı/tedavisi alıp almamak, bir yakınının tanı/tedavi alıp almaması, COVID-19 Salgını nedeniyle meslektaşının, yakının veya tanıdığın ölmesi, iş kaybı veya diğer ekonomik kayıplar gibi) rolünü incelemektir. Bu doğrultuda, bağımlı değişkenlerin düzeyini belirlemek için alanyazında belirtilen kesme noktalarına göre katılımcılar gruplandırılmış; betimsel analizler yürütülmüştür. Ardından demografik değişkenler birinci adımda, salgına ilişkin değişkenler ikinci adımda ve psikolojik değişkenler olan belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı sırasıyla üçüncü, dördüncü ve beşinci adımda analize dahil edilerek yürütülen Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analiziyle bağımsız değişkenlerin travma sonrası stres belirti düzeyi, depresif belirti düzeyi ve tükenmişlik belirti düzeyini yordama gücü incelenmiştir. Tez çalışmasının bu kısmında elde edilen analiz sonuçları alanyazın doğrultusunda tartışılmıştır. Ayrıca, mevcut tez çalışmasının klinik doğurguları, sınırlılıkları ve gelecek çalışmalar için önemli noktalar üzerinde de durulmuştur.

4.1. TRAVMA SONRASI STRES, DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK BELİRTİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin şiddetini incelemek amacıyla alanyazında belirtilen kesme noktalarına göre katılımcılar gruplandırılmış ve betimleyici analizler yürütülmüştür.

Salgın alanyazınında yapılan birçok çalışmada travma sonrası stres belirti düzeyinin yüksek olduğu, hem geçmiş salgınlarda hem de günümüzde yaşanmakta olan COVID-19 Salgını'nda sağlık çalışanlarında olası TSSB görülme sıklığının %7-%52 arasında değiştiği bildirilmiştir (Chew ve ark., 2020; Johnson ve ark., 2020; Lee ve ark., 2018; Lin ve ark., 2007; Mealer ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2021). Mevcut tez çalışmasında da Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) ile değerlendirilen travma sonrası stres belirti düzeyinin katılımcıların %58.1'inde yüksek şiddette (37 puan ve üzeri) olduğu görülmüştür. Salgın hakkındaki bilgi yetersizliği, belirsizlik, salgının küresel çapta yaşanması ve yoğun korku ve panik duyguları gibi faktörler görülen bu yüksek şiddette belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuş olsa da yapılan birçok karşılaştırma çalışmasında

(sağlık çalışanı olanlar ve olmayanlar olarak) başlı başına sadece sağlık çalışanı olmanın yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür (Carmassi ve ark., 2021; Demartini ve ark., 2020; Lai ve ark., 2020). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış; COVID-19 Salgını sırasında sağlık çalışanlarında %26-%55 arasında değişen travma sonrası stres belirti düzeyleri raporlanmıştır (Avcı ve Yağcı, 2021; Karaman ve Yastıbaş, 2021; Yalçın ve ark., 2020).

Salgın zamanlarında depresif belirti düzeyini araştıran birçok çalışma mevcuttur. Bunlara bakıldığında özellikle COVID-19 Salgını sırasında görev alan sağlık çalışanlarında depresyonun yaygınlığının %22-%26 arasında değiştiği görülmektedir (Hao ve ark., 2021; Li ve ark., 2021; Olaya ve ark., 2021; Sahebi ve ark., 2021). Mevcut tez çalışmasında katılımcıların %21'inin orta şiddette depresif belirti düzeyine, %45.4'ünün ise yüksek şiddette (klinik düzey) depresif belirti düzeyine sahip olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da katılımcıların yarısından fazlasında orta ve yüksek şiddette depresif belirti düzeylerinin gözlemlendiği bildirilmiştir (Elbay ve ark., 2020; Öztürk ve ark., 2021).

Son olarak, salgın zamanlarında artan iş yükü ve iş yoğunluğunun sağlık çalışanlarında tükenmişlik belirtilerine neden olabileceği düşünülerek mevcut çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarıyla değerlendirilen tükenmişlik belirti düzeyi alanyazında yapılan sistematik derleme çalışmalarında %3-%43 arasında, kesitsel çalışmalarda ise %14-%67 arasında değiştiği görülmüştür (Busch ve ark., 2021; Denning ve ark., 2021; Lasalvia ve ark., 2021; Serrano-Ripoll ve ark., 2020). Mevcut tez çalışmasında ise katılımcıların %26'sının yüksek şiddette duygusal tükenme belirti düzeyine (28 puan ve üzeri), %26'sının yüksek şiddette duyarsızlaşma belirti düzeyine (12 puan ve üzeri) ve %65'inin de düşük Kişisel Başarı belirti düzeyine (0-22 puan), dolayısıyla yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış; diğer değişkenler gibi belirli bir oran olmasa da duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı için sırasıyla 21, 11 ve 17 olmak üzere yüksek tükenmişlik puanı ortalamaları raporlanmıştır (Türkili ve ark., 2021; Türkmen ve Aslan, 2021).

Sonuç olarak, mevcut tez çalışmasında, geçmiş salgınlarda olduğu gibi COVID-19 Salgını'nda da sağlık çalışanlarında görülebilecek olan travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyinin yüksek oranlarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2. TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut tez çalışmasında travma sonrası stres belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla salgın alanyazınında da sıklıkla kullanılan Olay Etkisi Ölçeği-R'nin (OEÖ-R) alt boyutlarını yordayan değişkenleri incelemek amacıyla demografik, salgına ilişkin ve psikolojik bağımsız değişkenlerin yordama gücünü test eden Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür.

Salgınların, özellikle de büyük çapta gerçekleşenlerinin, birçok kişinin ölümüne neden olduğu, insan yaşamındaki dengeleri değiştirdiği ve özellikle de sağlık çalışanlarının tüm yaşanılanları ilk elden deneyimlemelerine neden olduğu bilinmektedir (Parıldar, 2020). Öyle ki, salgınlarda görev alan sağlık çalışanları ölüme tanıklık etme, salgın nedeniyle aşırı travmatize olmuş hastalara bakım verme, salgınla ön safta savaşma (örneğin; COVID-19 yoğun bakım üniteleri) ve virüsün bulaşma ihtimalinde ölümle yüzleşme gibi birçok travmatik yaşam olayı sayılabilecek olaylarla karşılaşmakta ve dolayısıyla bazı psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar (Crabbe ve ark., 2004; Maunder ve ark., 2003; Yuan ve ark., 2021). Hatta alanyazında gerçekleştirilen birçok çalışmada salgın zamanlarında sağlık çalışanlarında olası Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) görülme oranının %7-%52 arasında değiştiği görülmüştür (Lai ve ark., 2020; Lee ve ark., 2018; Serrano-Ripoll ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %26-%55 arasında değişen travma sonrası stres belirti düzeyleri raporlanmıştır (Karaman ve Yastıbaş, 2021; Yalçın ve ark., 2020).

Olası TSSB görülme oranlarının ve travma sonrası stres belirti düzeylerinin bu denli yüksek olması salgın zamanlarında sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirti düzeyini ve bu düzeyi etkileyen faktörleri araştırmanın önemini göstermektedir. Nitekim, mevcut tez çalışmasında da sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirti düzeyini yordayan demografik, salgına ilişkin ve psikolojik değişkenler incelenmiştir. Bu kısımda, yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon analizi sonuçları alanyazında yer alan ilgili araştırmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

Salgınlarda, genel popülasyona göre sağlık çalışanlarının daha fazla travma sonrası stres belirti düzeyine sahip oldukları bilinmektedir (Demartini ve ark., 2020). Bunun en temel nedenlerinden biri salgında ön safta çalışmanın getirdiği stres yükü sayılabilmektedir (Maunder

ve ark., 2003; Wu ve ark., 2009). Örneğin; H1N1 Salgını sırasında yapılan bir çalışmada, salgın birimlerinde görev alan sağlık çalışanlarının daha yüksek travma sonrası stres belirti düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (Lee ve ark., 2018). Mevcut tez çalışmasında, hizmet verilen görev yerinin Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Alanyazındaki çalışmaları destekleyen bir niteliğe sahip olan bu bulgu, COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev almanın diğer birimlerde görev almaya göre daha yüksek şiddette Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarına, dolayısıyla da daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirtilerine sahip olmayla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, Lai ve arkadaşları (2020) tarafından 1257 sağlık çalışanının (522'si ön cephe sağlık çalışanı) katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %72'sinin travma sonrası stres belirtileri gösterdiği, bu belirtilerin düzeyinin de COVID-19 tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda görev alan sağlık çalışanlarında daha yüksek şiddette olduğu ve bu durumun ön safta görev alan sağlık çalışanlarının sürekli olarak travmatik yaşam olaylarına (örneğin; genç bireylerin ani ölümü) maruz kalmasından kaynaklanabileceği ortaya konmuştur. Dahası, bir başka çalışmada da ön safta görev almak ve bu nedenle sürekli olarak ölüme tanıklık etmek travma sonrası stres belirti düzeyinin dört kat artması ile ilişkili bulunmuştur (Mosheva ve ark., 2021). Dolayısıyla, ön safta çalışmanın getirdiği bu durumların sağlık çalışanlarında travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasına veya artmasına zemin hazırladığı söylenebilmektedir.

Sağlık sistemlerinin çok fazla yüklendiği salgın zamanında sağlık sistemine olan güven, bir bireyin özellikle salgın zamanında ortaya çıkabilecek fiziksel (örneğin; hastane servislerinde yer kalmaması) veya psikolojik (örneğin; salgın nedeniyle yaşanılan yoğun stres) faktörlerin neden olabileceği aksaklıkların, sağlık sistemine vereceği zararın ne kadarının sistem tarafından tolere edilebilir olduğuna; hastane yönetimi tarafından sağlanan destek ve yönlendirmenin sekteye uğramadan devam edip edemeyeceğine yönelik inancını içermektedir (Alsubaie ve ark., 2019; Dai ve Locasale, 2020; Nowicki ve ark., 2020). Alanyazında gerçekleştirilen çalışamalarda sağlık sistemine olan güvenin azalmasının korku ve panik duygularını arttırdığı, daha yüksek şiddette psikolojik sıkıntıya yol açtığı bildirilmiştir (Asmundson ve Taylor, 2020; Nissan ve ark., 2021; Wang ve ark., 2020). Mevcut çalışmada da sağlık çalışanlarından Türkiye'de var olan sağlık sistemine ne derecede güvendiklerini 'Hiç güvenmiyorum'dan 'Çok güveniyorum'a değişen bir skalada belirtmeleri beklenmiştir. Sonuç olarak, sağlık sistemine olan güven düzeyi Kaçınma ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Diğer bir deyişle, katılımcıların sağlık sistemine olan güvenlerinin azalması daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu da

alanyazın bulguları ile paralellik göstermektedir. Örneğin; Harris ve Sandal (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık sistemine olan güven düzeyinin az olduğu bireylerde daha yüksek psikolojik sıkıntı görüldüğü bildirilmiştir.

Sağlık sistemine olan güven bir yana, bazı bireyler gerçekten de sağlık sisteminin sekteye uğramasından etkilenmişlerdir. Bu bireyler COVID-19 Salgını öncesinde düzenli tedavi gören ve salgın döneminde bu tedavileri aksayan veya aksamak zorunda kalan bireyler olmuştur. Mevcut tez çalışmasında, COVID-19 Salgını nedeniyle düzenli görülen tedavinin aksaması Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Diğer bir deyişle, düzenli tedavisi aksayan sağlık çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek şiddette kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirti düzeyi (travma sonrası stres belirti düzeyi) gösterdikleri bulunmuştur. Türkiye'de kronik hastalığı olan ve olmayan 1125 bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %55'i geciken/aksayan tedavinin sağlık durumlarını olumsuz etkileyeceğini düşündüklerini (örneğin; akciğer kanseri hastası olan bireylerin tedavilerinin aksaması ölümle sonuçlanabilmektedir) bildirmişlerdir (Say ve Çakır, 2021). Yazarlara göre bu durumun yaşanılan korku ve panik duygularını arttırabileceği, dolayısıyla da psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Nitekim mevcut tez çalışmasında da bu değişkenin travma sonrası stres belirtilerini anlamada önemli olduğu anlaşılmıştır.

COVID-19 Salgını sürecinde bu denli stres ve iş yükü ile karşılaşan bireylerin çevreleriyle uyum sorunları yaşamasını beklemek oldukça normaldir. Mevcut tez çalışmasında, COVID-19 Salgını sürecinde aynı evde yaşanan bireylerle ilişkilerin bozulması Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Alanyazın bulgularıyla paralellik gösteren bu sonucun, COVID-19 Salgını sırasında aynı evde yaşadıkları bireylerle (örneğin; aile veya arkadaşlar) sosyal ilişkileri bozulan bireylerin diğerlerine göre daha yüksek şiddette Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık belirti düzeyine (travma sonrası stres belirti düzeyi) sahip olmalarıyla ilişkili olduğu söylenebilmektedir. Bu sonuca yapılabilecek bir açıklamanın, aynı evde yaşanan bireylerin arasındaki gerginliğin veya bozulan ilişkilerin daha az sosyal desteğe yol açacağı olmasıdır. Song ve arkadaşları (2020) tarafından 14825 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışama da bu sonuca ulaşılmış; aile ve/veya arkadaşlardan alınan sosyal desteğin az olmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirtileriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Nitekim bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlıklarını korumak amacıyla sağlıklı ilişkilere ve sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarının önemini vurgulamaktadır (Umberson ve Montez, 2010).

Salgında hem kendi canlarını hem de hastalarının canlarını güvende tutmak için çabalayan sağlık çalışanları ne yazık ki oldukça kötü muamelelere de maruz kalmaktadırlar. Yapılan bu muamelelere belli bir hizmetin (örneğin; taksi kullanma) alınmasının engellenmesi, apartmanların toplu kullanılan alanlarını (örneğin; asansör) sağlık çalışanları için yasaklama veya kısıtlı kullandırma ve insanların uzak durması/görüşmek istememesi örnek olarak verilebilir. Mevcut tez çalışmasında, COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanı olmaktan ötürü ayrımcılığa maruz kalma Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Diğer bir deyişle, meslekleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kalan sağlık çalışanları kalmayanlara göre daha yüksek Girici Düşünce belirti düzeyine sahiptir. Elde edilen bu sonucun alanyazındaki araştırmalarda da benzer şekilde olduğu ve yaşanılan bu ayrımcılığa maruz kalma deneyiminin sağlık çalışanlarının toplumdan ayrışmasına, kendilerini yalnız hissetmelerine ve tıpkı diğer ayrıştırılan gruplar gibi sağlık çalışanlarının da psikolojik sağlıklarının kötüleşmesinde etkili olduğu söylenebilmektedir (Hennein, Mew ve Lowe, 2021; Maunder, 2004; Nickell ve ark., 2004). Örneğin; Zandifar ve arkadaşları (2020) tarafından 894 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilmiş bir çalışmada, ayrımcılığa maruz kalma ile TSS belirti düzeyi arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur. Dolayısıyla, salgınlarda yaşanabilecek ayrımcılık deneyimin travma sonrası stres tepkilerini, özellikle de girici düşünce alt boyutuna ait belirtileri anlamada ve önlem almada önemli bir yerinin olduğu görülmüştür.

Demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden son olarak, günlük COVID-19 Salgını ile ilgili haber izleme süresi Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Bu da sağlık çalışanlarının günlük olarak COVID-19 Salgını ile ilgili takip ettikleri haber kaynaklarını kullanım sürelerinin artmasının daha yüksek şiddette Aşırı Uyarılmışlık belirti düzeyiyle ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. Elde edilen bu sonuç alanyazında gerçekleştirilen araştırmalarla da paralellik göstermektedir. Örneğin; sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını sırasında gösterebilecekleri psikolojik sıkıntıların bireysel, kişilerarası organizasyonel ve toplumsal risk faktörlerini belirlemek amacıyla yola çıkan bir çalışmada toplumsal düzeyde bir risk faktörü olan günlük olarak COVID-19 ile ilgili haberleri takip etme süresinin artmasının TSSB tanısı alma olasılığını 1.2 kat arttırdığı görülmüştür (Hennein, Mew ve Lowe, 2021). Yazarlara göre, günlük haber izleme süresinin artmasının bireyin yaşadığı korku ve panik duygularını daha çok tetiklemektedir. Zaten mevcut tez çalışmasında da benzer şekilde haber izleme süresi travma sonrası stres belirtileri içerisinden sadece aşırı korkma, irkilme, tetikte olma gibi belirtilerin yer aldığı Aşırı Uyarılmışlık alt boyutunu yordamıştır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireylerin günlük hayatlarında karşılaştıkları belirsizlik karşısında verdikleri bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Freeston ve ark., 1994). Belirsizlik aynı zamanda kendi içerisinde birey tarafından kaçınılması gereken bir tehlike olarak algılandığından belirsizliğe verilen tepkilerin travma sonrası stres tepkilerine benzer olduğu düşünülmektedir (Fetzner ve ark., 2013). Ayrıca, salgının beraberinde belirsizlik getirdiği (örneğin; virüsün yapısı, tedavi edilebilirliği, virüsün insan vücuduna olan kısa ve uzun vadedeki etkileri) ve bu belirsizlikle sağlık çalışanlarının öncü birlikler olarak savaştıkları bilinmektedir. Dolayısıyla belirsizliğe tahammülsüzlüğün çalışmada önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceyi destekler nitelikte olan birçok çalışmada, salgın nedeniyle oluşan belirsizliklerin daha fazla kaygı, korku ve panik duygularına neden olduğu; dolayısıyla daha yüksek şiddette travma sonrası stres belirti düzeyiyle ilişkili olduğu görülmüştür (Cai ve ark., 2020; Hummel ve ark., 2021; Taha ve ark., 2014). Mevcut tez çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğü değerlendirmek amacıyla Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı olmak üzere var olan 2 alt boyut puanları kullanılmış ve regresyon analizine demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden hemen sonra dahil edilmiştir. Her iki alt boyutun ayrı ayrı değerlendirilmesindeki temel neden alanyazında her iki alt boyutun da travma sonrası stres belirtileriyle farklı ilişkiler gösterebileceğini vurgulayan çalışmaların bulunmasıdır (Fetzner ve ark., 2013; McEvoy ve Mahoney, 2012). Bu çalışmada, İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Kaçınma ve Girici Düşünce alt boyut puanlarını, Engelleyici Kaygı alt boyut puanının ise Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular sırasıyla tartışılmıştır.

Kaçınma alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı olarak ilişkiler bulunmuştur. Ancak sadece İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı Kaçınma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Bu bulgu alanyazın ile paralellik göstermektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin bilişsel, davranışsal veya duygusal olarak farklı kaçınma yolları kullandıkları ve bu sayede yaşadıkları belirsizlikleri azaltmaya çalıştıkları bilinmektedir. COVID-19 Salgını gibi bir durum içerisinde bireylerin sürekli olarak gelecek hakkında veya salgının seyrinin yaşamları üzerindeki etkilerinin neler olacağı hakkında düşündüklerini göz önünde bulundurursak, bu alt boyut puanının Kaçınma alt boyut puanını yordamış olması şaşırtıcı olarak görülmemiştir. Ancak Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Kaçınma alt boyut puanını yordamamış olması alanyazın ile zıtlık göstermektedir. Genel olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük tüm ölçek puanı ile alt boyut puanlarının Kaçınma alt boyut puanlarını yordadığı gösterilmiştir (Celik ve ark., 2021;

Fetzner ve ark., 2013). Bu sonuca yapılabilecek bir açıklama; veri toplanan dönem içerisinde COVID-19 Salgını'nın ikinci tepe noktasını görmesiyle bireylerin daha çok ne olacağına yönelik, yani ileriye yönelik kaygılarının artması ve bunun da Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğine verilen yanıtları etkilemiş olması şeklinde olabilir. Bu açıklamanın dayandığı nokta ise, COVID-19 Salgını sırasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının en büyük stres kaynağını 'pandeminin ne zaman kontrol altına alınacağı hakkındaki belirsizlik' olarak gördüğüdür (Hummel ve ark., 2021).

Girici Düşünce alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı olarak ilişkiler bulunmuştur. Her iki alt boyut puanı da Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Hatta Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Girici Düşünce alt boyut puanında açıkladığı %13'lük varyanstan sonra bile, takip eden adımda analize dahil edilen İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı anlamlı olarak %2'lik bir katkı sağlayabilmiştir. Alanyazında belirsizliğe tahammülsüzlük ve Girici Düşünce alt boyutu arasındaki ilişkiler herhangi bir kesinlik içermemektedir. Bu hem yordayıcılığın olduğu hem de olmadığı çalışmaların mevcut olduğunu göstermektedir (Fetzner ve ark., 2013; Oglesby ve ark., 2017). Girici Düşünce alt boyutu travmatik yaşam olayının tekrar tekrar yaşanması ile ilgili olan alt boyuttur. Bu açıdan bakıldığında, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler dünya çapında yaşanan COVID-19 Salgını boyunca isteyerek (örneğin; her gün ölen gençleri görmek) veya istemeyerek (örneğin; zorunlu karantina/izolasyon) salgının travmatik yanını tekrar tekrar yaşamaktadırlar. Bunun da Girici Düşünce alt boyutunda yer alan belirtilerin belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğu bireylerde daha sık olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilmektedir. Engelleyici Kaygı açısından bakıldığında, COVID-19 Salgını hakkında var olan tedavilerin salgın seyri boyunca değişmiş olması ve tabiri yerindeyse COVID-19 hastalarının tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda görev alan sağlık çalışanlarının yanlış bir tedavi uygulamaktan korkmaları nedeniyle ellerini ve kollarını bağlı hissetmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. İleriye Yönelik Kaygı açısından bakıldığında yine COVID-19 Salgını'nın yaklaşık iki senedir devam eden, zaman zaman durumu kritikleşebilen bir olay olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Son olarak Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı olarak ilişkiler bulunmuştur. Ancak sadece Engelleyici Kaygı alt boyut puanının Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanını pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Elde edilen bu sonuç alanyazın ile paralellik göstermektedir (Fetzner ve ark., 2013). İlaveten, Engelleyici Kaygı genel olarak kaçınma, durma, donakalma davranışlarını

kapsamaktadır. Dolayısıyla Engelleyici Kaygı puanları yüksek olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları veya tanıklık ettikleri travmatik yaşam olaylarını daha çok bastırma veya inkar etme sonucunda daha yüksek şiddette bir uyarılmışlıkla (örneğin; sağlık çalışanlarında görülen öfke patlamaları) karşılaşmış oldukları düşünülmüştür.

Organizasyonun duygu gösterim kurallarına uyma veya uyma çabası olarak adlandırılan duygusal emek kavramının duyguları bastırma, inkar etme veya yok sayma gibi süreçleri, yani belli bir bilişsel uyuşmazlığı uygun hale getirmek için gösterilen bilişsel çabayı içerdiği bilinmektedir (Ashfort ve Humphrey, 1993; Hochschild, 1983). Ayrıca, gösterilen bu çabanın bireylerin psikolojik iyi oluşlarına zarar verebileceği gösterilmektedir. Alanyazında, duygusal emek ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar oldukça azdır. Bununla birlikte alanyazında yapılan çalışmalarda duygusal emek değişkeninin travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasında veya yüksek şiddette olmasında etkili olduğu bulunmuştur (Park ve ark., 2018; Portoghese ve ark., 2021). Mevcut tez çalışmasında, duygusal emek alt boyutları belirsizliğe tahammülsüzlük değişkeninin alt boyutlarından sonra analize dahil edilmiştir. Buna göre, Duygusal Emek Ölçeği alt boyutlarından Sahte Duygular alt boyut puanı Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutlarını; Gizlenen Duygular alt boyut puanı ise sadece Kaçınma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Öyle ki, gizlenen duygular alt boyut puanı sahte duygular alt boyut puanının Kaçınma alt boyut puanında açıkladığı %4'lük varyanstan sonra, sonraki adımda analize dahil edilmiş ve yine de %1.2'lik varyans açıklayarak modele anlamlı bir katkı sağlamıştır. Derinlemesine Eylem ve Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutları arasında pozitif yönde ilişkiler olsa da Derinlemesine Eylem alt boyut puanı herhangi bir Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R) alt boyut puanını yordamamıştır. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının gerçekte hissetmedikleri duyguları göstermeye çalışmalarının (sahte duygular) daha yüksek travma sonrası stres belirti düzeyine neden olabileceği söylenebilmektedir. Benzer şekilde, hastane ortamında hizmet veren sağlık çalışanlarının gösterilmesi uygun olmayan duyguları gizlemeye çalışmalarının (gizlenen duygular) 'Kaçınma' alt boyut belirtilerinin ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu söylenebilmektedir.

Son olarak, birey tarafından salgın zamanında salgına ilişkin algılanan tehdit boyutunun (örneğin; COVID-19 Tehdit Algısı) bireyin davranışları üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Öyle ki, yapılan araştırmalarda, salgını oldukça tehdit edici olarak gören bireylerin önlem davranışlarına daha çok uyum sağladıkları, tehdit seviyesini düşük olarak gören bireylerin ise çevrelerine zarar veren davranışlarda (örneğin; maske takmamak ve virüsü yaymak)

bulundukları görülmüştür. Bireyin davranışları üzerinde bu denli etkisi bulunabilen tehdit algısı boyutu salgın alanyazınında travma sonrası stres belirtilerinin görülmesinde ve bu belirtilerin düzeyinin yüksek olmasında hem geçmiş salgınlarda hem de günümüzde devam etmekte olan salgında etkili bir risk faktörü olarak yer almıştır (Lee ve ark., 2007; Si ve ark., 2020; Yıldırım ve ark., 2020). Mevcut tez çalışmasında, COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanlarının salgını ne kadar tehdit edici olarak algıladıkları Stres Değerlendirme Ölçeği'nden alınan bazı maddelerin COVID-19 Salgını'na uyarlanmasıyla oluşturulan COVID-19 Tehdit Algısı Anketi ile değerlendirilmiştir. Bu ankete örnek olarak verilebilecek bir madde 'COVID-19 Salgını benim için önemli olumsuz sonuçlar doğuracak.' şeklinde olabilir. Ayrıca, COVID-19 Tehdit Algısı yürütülen regresyon analizlerinde çalışmada yer alan psikolojik değişkenler arasında insanın gelişiminde son ortaya çıkan değişken olması nedeniyle son adımda analizlere dahil edilmiştir. Buna göre, COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyut puanlarını pozitif yönde yordamıştır. Elde edilen bu sonuç, alanyazındaki çalışmalarla da uyumluluk göstermektedir. Öyle ki, tehdit algısını farklı şekillerde ele alan çalışmaların neredeyse tamamında tehdit algısı travma sonrası stres belirtileriyle ilişkili bulunmuştur (Geng ve ark., 2021; Si ve ark., 2020). Dolayısıyla, artan tehdit algısı düzeyinin travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasında veya artmasında etkili bir risk faktörü olabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

4.3. DEPRESİF BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut tez çalışmasında depresif belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla alanyazında sıklıkla kullanılan Beck Depresyon Envanteri (BDE) toplam puanını yordayan değişkenleri incelemek amacıyla demografik, salgına ilişkin ve psikolojik bağımsız değişkenlerin yordama gücünü test eden Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür.

Günümüzde küresel çapta devam eden COVID-19 Salgını'nın, insan yaşamında köklü değişikliklere neden olduğu; bireylerin çevreleri üzerindeki kontrollerinin azalmasına ve dolayısıyla mutsuzluk, çaresizlik, zayıflık veya yalnızlık gibi duyguların ortaya çıkmasına yol açtığı görülmüştür (Huremović, 2019). Yaşanılan bu değişikliklerden en çok etkilenen gruplar arasında yer alan sağlık çalışanlarının aile ve sosyal hayatları ile gelecek planlarının oldukça fazla etkilendiği ve gerçek anlamda büyük bir rutin ve kaynak kaybına uğradıkları bilinmektedir (Grover ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020). Yaşanılan maddi kayıplar bir yana, yaşanılan

psikolojik kayıplar (örneğin; mesleki özgüven kaybı) veya ölüme bağlı kayıplar (örneğin; yakın veya meslektaş kaybı) sağlık çalışanlarının depresif belirtiler göstermelerinde etkili olan risk faktörleri olarak görülmüştür (Ardebili ve ark., 2021; Arnetz ve ark., 2020; Rabow ve ark., 2021). Dahası, alanyazında yapılan araştırmalarda da sağlık çalışanlarında depresyonun yaygınlığının %22-%26 arasında olduğu görülmüştür (Hao ve ark., 2021; Olaya ve ark., 2021; Sahebi ve ark., 2021).

Tüm bu araştırmalardaki ortak nokta; küresel çapta bir salgınla savaşmanın karşısında verilen kayıpların (örneğin; maddi, manevi veya psikolojik) sağlık çalışanlarında yol açtığı depresif belirtileri incelemenin önemini vurgulamaktadır. Nitekim, mevcut tez çalışmasında da sağlık çalışanlarında görülebilecek depresif belirti düzeyini yordayan demografik, salgına ilişkin ve psikolojik değişkenler incelenmiştir. Bu kısımda, yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizinin sonucu alanyazında yer alan ilgili araştırmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

Daha önce depresif belirtilerle ilgili olarak alanyazın kısmında hem genel popülasyonda hem de sağlık çalışanlarında görülebilecek depresif belirti düzeyinde bir artış olduğu ve bu artışın sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Daly ve ark., 2021; Hao ve ark., 2021). Bu durumun en büyük nedenlerinden birinin de salgında ön safta görev almanın getirdiği kayıpların (örneğin; hasta/yakın/meslektaş kaybı, günlük rutin kaybı) her gün yaşanmasının olabileceği; hatta sağlık çalışanları içerisinde dahi bu tarz bir farkın olabileceği; yani COVID-19 Salgını için ayrılmış birimlerde görev alan sağlık çalışanlarının diğer birimlerde görev alan sağlık çalışanlarına göre daha çok etkileneceği düşünülmüştür. Mevcut tez çalışmasında birinci adımda regresyon analizine dahil edilen demografik değişkenler arasında yer alan hizmet verilen görev yeri depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev alan sağlık çalışanlarının diğer birimlerde görev alanlara göre daha yüksek depresif belirti düzeyine sahip olmalarıyla ilişkili bulunmuştur. Alanyazın bulgularıyla paralellik gösteren bu sonuca bir açıklama Türkiye'de 442 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda yapılmış; ön safta görev alan sağlık çalışanlarında daha yüksek şiddette depresif belirtilerin görülmesinin ön safta görev almayla gelen çalışma saatlerinin artmasına (rutin kaybı), bakım verdikleri COVID-19 hasta sayısının artmasına (ve dolayısıyla yaşanan ölümlerin artmasıyla gelen manevi kayıp), salgının seyrinin iyiye gitmemesiyle yaşanan yetersizlik duygularının artmasına (psikolojik kayıp) bağlı olabileceği savunulmuştur (Elbay ve ark., 2020).

Mevcut tez çalışmasında, demografik değişkenlerden kronik bir hastalığa sahip olma depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da kronik bir hastalığa sahip olan sağlık çalışanlarının diğerlerine göre daha yüksek şiddette depresif belirti düzeyine sahip olmalarıyla ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu alanyazın ile paralellik göstermektedir. Öyle ki, COVID-19 Salgını'nın ilk ortaya çıkışından sonra yapılan risk faktörleri araştırmalarının hemen hemen hepsinde kronik bir hastalığa (örneğin; kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kanser, obezite) sahip olmanın COVID-19 Salgını nedeniyle yaşanan ölüm riskini arttırdığı bilinmektedir (Center for Disease Control and Prevention-CDC, 2021). Dolayısıyla kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin COVID-19 Salgını sırasında kendilerini daha çaresiz ve umutsuz hissetmeleri oldukça anlaşılır bir durumdur. Zaten alanyazındaki araştırmalarda da kronik bir rahatsızlığa sahip olmak depresif belirtiler için risk faktörü olarak yer almıştır (Demirkol ve ark., 2021).

Kronik bir rahatsızlığa sahip olmakla bağlantılı olarak, ikinci adımda analize dahil edilen salgına ilişkin değişkenlerden sadece düzenli görülen tedavinin aksaması depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da COVID-19 Salgını nedeniyle düzenli görülen tedavisi aksayan sağlık çalışanlarının diğerlerine göre daha yüksek depresif belirti düzeyine sahip olmalarıyla ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu alanyazın ile paralellik göstermektedir. Öyle ki, Amerika'da COVID-19 nedeniyle gerçekleşen ölümler bir yana, Şubat 2020'den beri demans, diyabet veya dolaşım bozuklukları gibi kronik hastalığa sahip olan bireylerin ölümünde de artış olduğu ve bu artışın nedenin de COVID-19 Salgını'nın sağlık sistemlerini olumsuz etkilemesi ve dolayısıyla her bireyin sağlık hizmetinden yeteri kadar fayda sağlayamaması olabileceği savunulmuştur (CDC, 2021).

Salgınla ilişkili değişkenler arasında yer alan COVID-19 Salgını'na bağlı yakın, meslektaş ve sorumlu olunan hasta kaybı ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmasına rağmen, ikinci adımda bu değişkenlerden herhangi birinin anlamlı bir yordayıcılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu alanyazın ile oldukça zıttır. Gerek geçmiş salgınlarda olsun gerekse günümüzde COVID-19 Salgını'nda, yaşanılan bu kayıpların depresif belirti düzeyini arttırdığı görülmüştür (Ardebili ve ark., 2021; Arnetz ve ark., 2020; Greene ve ark., 2021). Mevcut çalışmadaki sonucun kayıp deneyimini anlamak için kullanılan soruların yapısından (Evet/Hayır) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları kayıpları anlamanın depresif belirtileri anlamada önemli bir faktör olduğunu göz önünde bulundurursak, kaybı araştırmak için daha kapsamlı, geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının kullanılmasının faydalı olacağı tahmin edilmektedir.

Demografik ve salgına ilişkin bağımsız değişkenlerden sonra analize dahil edilen psikolojik değişkenlerden ilki Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt boyutlarıdır. Buna göre hem İleriye Yönelik Kaygı ile hem de Engelleyici Kaygı ile pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuş olsa da sadece Engelleyici Kaygı alt boyut puanının depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu alanyazın ile paralellik göstermektedir. Geçmiş zamanlarda yapılan araştırmalarda, depresyon ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiler incelendiğinde, depresyonun her iki alt boyut ile anlamlı ilişkiler gösterdiği; ancak daha yakın tarihli çalışmalarda özellikle engelleyici kaygı alt boyut puanıyla ilişki bulunduğu görülmüştür (McEvoy ve Mahoney, 2011). Salgın alanyazınında yapılan çalışmaların bazılarında da her iki alt boyutun ilişkili bulunduğu veya sadece engelleyici kaygı alt boyutunun ilişkili olduğu bulunmuştur (Cai ve ark., 2020; Satici ve ark., 2020b; Şentürk ve Bakır, 2021). Dolayısıyla, kaçınma veya donup kalma gibi davranışları içeren Engelleyici Kaygı puanı yüksek bireylerin daha çaresiz ve/veya umutsuz hissettiklerini, daha ruminatif düşüncelere sahip olduklarını ve ilişkili olarak daha yüksek depresif belirti düzeyine sahip olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır.

Mevcut çalışmada tanımı birçok kez yapılmış olan duygusal emek kavramının alt boyutları olan Sahte Duygular ve Gizlenen Duygular ile depresif belirtiler arasında pozitif yönde ve orta düzeyde; Derinlemesine Eylem ile depresif belirtiler arasında ise pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ancak, dördüncü adımda analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği alt boyutlarından sadece Sahte Duygular alt boyut puanının depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Bu sonuç alanyazın ile paralellik göstermektedir. Yüzeysel davranış stratejilerini (örneğin; sahte duygular) kullanmanın depresif belirti düzeyini arttırdığına yönelik gerek kesitsel gerek boylamsal çalışmalar mevcuttur (Lee ve Jang, 2021; Suhh ve Punnett, 2021). Dolayısıyla, gerçekten hissedilmeyen duyguların organizasyonun duygu gösterim kurallarına uymak amacıyla gösterilmeye çalışılması sonucunda ortaya çıkan bilişsel uyuşmazlığın ve bu uyuşmazlığı düzeltmek için harcanan bilişsel çabanın, sağlık çalışanlarında depresif belirtiler görülmesinde ve/veya var olan depresif belirtilerin şiddetinin artmasında önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilmektedir.

Psikolojik bağımsız değişkenlerden sonuncusu olan COVID-19 Tehdit Algısı analize son adımda dahil edilmiş ve depresif belirti düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Buna göre sağlık çalışanlarından tehdit algısı yüksek olanlarının daha yüksek şiddette depresif belirtiler gösterdiği söylenebilmektedir. Elde edilen bu bulgu alanyazındaki araştırmalarla tutarlıdır. Gerek geçmiş salgınlarda gerek günümüzde COVID-19 Salgını'nda olsun, salgına

ilişkin tehdit algısının yapılan araştırmalarda yaşanılan stresin boyutunun artmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve daha çok negatif düşünceye ve/veya duygulanıma yol açarak sağlık çalışanlarında görülebilecek depresif belirtileri arttırdığı bilinmektedir (Krok ve ark., 2021; Liu ve ark., 2012). Dolayısıyla, COVID-19 Tehdit Algısı sağlık çalışanlarında görülebilecek depresif belirtilerin görülmesinde ve/veya var olan depresif belirtilerin şiddetinin artmasında önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

4.4. TÜKENMİŞLİK BELİRTİ DÜZEYİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevcut tez çalışmasında tükenmişlik belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla alanyazında da sıklıkla kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarını yordayan değişkenleri incelemek amacıyla demografik, salgına ilişkin ve psikolojik bağımsız değişkenlerin yordama gücünü test eden Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizleri yürütülmüştür.

Maslach ve Jackson (1981) tarafından ortaya atılan Maslach Tükenmişlik Modeline (Çok Boyutlu Tükenmişlik Modeline) göre, tükenmişlik iş koşullarının getirdiği yükümlülükler nedeniyle yoğun olacak şekilde insan ilişkisi içerisinde bulunan bireylerin (örneğin; doktor veya hemşire) duygusal olarak tükenmiş hissettikleri, duyarsızlaştıkları ve kişisel olarak başarılarını yetersiz olarak gördükleri bir sendrom olarak tanımlanmıştır.

Salgın zamanlarında hayatın normal akışındaki işlerden çok daha farklı sorumluluklarla ve uygulanması gereken tedbirlerle karşılaşırız. Örneğin; COVID-19 Salgını'nın çok hızlı bir şekilde yayılmasının hastanedeki iş yoğunluğunun artmasına (örneğin; artan evrak işleri), iş tanımlarının çok büyük oranlarda değişmesine, tanı, tedavi ve rehabilitasyon açısından sağlık çalışanlarının bilinmeyen bir virüs karşısında kendilerini yetersiz hissetmelerine, hastalara yeterli bakım veremediklerini düşünerek suçluluk hissetmelerine ve tüm bunların sonucunda da tükenmişlik semptomları göstermelerine yol açtığı bilinmektedir. (Norful ve ark., 2021; Levin, 2019). Dahası, alanyazında yapılan sistematik derleme çalışmalarında, tükenmişliğin toplam yaygınlığının %3.1 ile %43 arasında; kesitsel çalışmalarda ise %14.5- %67 arasında değiştiği bulunmuştur (Busch ve ark., 2021; Cotel ve ark., 2021; Mosolova ve ark., 2021; Lasalvia ve ark., 2021; Sanghera ve ark., 2020).

Tüm bu araştırmalardaki ortak nokta; küresel çapta bir salgınla savaşmanın sağlık sistemi üzerine aşırı stres yükleyeceği ve bu sistem içerisinde yer alan sağlık çalışanlarının fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan oldukça tükeneceğidir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirtilerini araştırmak oldukça önemlidir. Nitekim mevcut tez çalışmasında da sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirti düzeyini yordayan demografik, salgına ilişkin ve psikolojik değişkenler incelenmiştir. Bu kısımda, yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon analizlerinin sonuçları alanyazında yer alan ilgili araştırmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

Mevcut tez çalışmasında, yaş Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da genç olmanın daha düşük Kişisel Başarı puanlarıyla, dolayısıyla da daha yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu bulgu alanyazın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Örneğin; ülkemizde sağlık çalışanlarında sosyal destek ve tükenmişlik belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada da katılımcıların yaşı ve Kişisel Başarı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkili bulunmuştur (Sertöz ve ark., 2021). Böyle bir sonuca getirilebilecek bir açıklama genç olmanın daha az deneyimle, iş hayatına yeni atılmış veya kısa bir süredir çalışıyor olmakla ilişkili olmasından ötürü yaşça genç sağlık çalışanlarının yaşanabilecek yetersizlik duygularını daha yoğun yaşıyor olabileceği şeklinde düşünülebilir.

Mevcut tez çalışmasında yer alan demografik değişkenlerden cinsiyet Duyarsızlaşma alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek Duyarsızlaşma puanlarına, dolayısıyla daha yüksek şiddette tükenmişlik belirtilerine sahip olmalarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Alanyazında yapılan çalışmalarda daha çok kadınların erkeklere göre daha yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyine sahip oldukları görülse de (Torrente ve ark., 2021; Türkmen ve Aslan, 2021); alt boyutlar açısından incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre daha yüksek şiddette Duyarsızlaşma belirti düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Naldi ve ark., 2021; Purvanova ve Muros, 2010). Buna yapılacak bir açıklama kadınların yaşadıklarını anlamlandırmak için daha çok, erkeklerin ise daha az duyguların ifadesini kullanmaları ve sonucunda motivasyon eksikliği, empati yoksunluğu ve yalnızlaşma gibi Duyarsızlaşma belirtileri yaşamaları şeklinde yapılabilir.

Salgın zamanlarında, genel popülasyona göre sağlık çalışanlarının özellikle de ön safta (örneğin; salgın birimlerinde) çalışanlarının daha fazla tükenmişlik belirtileri gösterdikleri bilinmektedir

(Naldi ve ark., 2021). Mevcut tez çalışmasında, demografik değişkenlerden hizmet verilen görev yeri Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanlarını pozitif yönde; Kişisel Başarı alt boyut puanını ise negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da COVID-19 Salgını için ayrılan birimlerde görev alan sağlık çalışanlarının diğer birimlerde görev alanlara göre daha yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma; daha düşük Kişisel Başarı belirti düzeyine, dolayısıyla daha yüksek şiddette tükenmişlik belirti düzeyine sahip olmalarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgu alanyazın ile paralellik göstermektedir. COVID-19 Salgını sırasında salgının yoğun bir şekilde yaşandığı İspanya'da yapılan bir araştırma da benzer sonuçlara ulaşılmış; COVID-19 Salgını'nın getirdiği ağır iş yükünün tükenmişlik belirti düzeyini arttırdığı ve bunun da ön safta görev alan sağlık çalışanlarında diğer birimlerdekilere göre daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Torrente ve ark., 2021).

Sağlık sistemlerinin çok fazla yüklendiği salgın zamanlarında, sağlık sistemine olan güven; sistemin yeterli geleceğine, aksaklıkların sistem tarafından ne kadar tolere edilebileceğine yönelik inancı içermektedir (Alsubaie ve ark., 2019; Dai ve Locasale, 2020). Dolayısıyla, sağlık sistemine olan güvenin azalmasının, sistem içerisinde yer alan sağlık çalışanlarının her şeyin daha kötüye gidebileceğini düşünmelerine, dayanamayacakları hislerine kapılmalarına ve sonucunda tükenmişlik belirtileri göstermelerine neden olabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Nitekim mevcut çalışmada, salgına ilişkin değişkenlerden sağlık sistemine olan güven Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyut puanlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır; ki bu da sağlık sistemine olan güvenin azalmasının sağlık çalışanlarında görülebilecek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma belirtileri için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Bu bulgu alanyazın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Öyle ki, COVID-19 Salgını sırasında yapılan bir araştırmada, salgına karşı algılanan hazırlık düzeyi (sağlık sistemine olan güven) düşük olan sağlık çalışanlarının hazırlık düzeyini yeterli veya yeterliye yakın olarak algılayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek şiddette tükenmişlik belirtileri gösterdikleri bulunmuştur Yazarlara göre bu güveni sağlamanın yolları arasında hastane yönetimi ve birimler arasındaki iletişimin sağlıklı olması, yeterli ekipmanların sağlanması ve adaletli bir yönetim sunulması yer almaktadır; ki bunların yapılmasının sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirti düzeyini azaltabileceğini savunmuşlardır (Afulani ve ark., 2021).

4.4.1. Duygusal Tükenme Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Duygusal Tükenme alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı olarak ilişkiler bulunmuştur. Her iki alt boyut puanı da Girici Düşünce alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Hatta İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanının Duygusal Tükenme alt boyut puanında açıkladığı %15'lik varyanstan sonra bile, takip eden adımda analize dahil edilen İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı anlamlı olarak %1'lik bir katkı sağlayabilmiştir. Elde edilen bu bulgu alanyazın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Nitekim, yapılan çalışmalarda, geleceğe yönelik kaygıyı ve buna yönelik gerçekleştirilen kaçınmaları içeren İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu ve genel olarak donakalma, kaçma tepkilerini içeren Engelleyici Kaygı alt boyutu ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler görülmüştür (Di Trani ve ark., 2021). İleriye Yönelik Kaygı açısından bakıldığında; örneğin, ertesi güne kişisel koruyucu ekipman yetersizliğinin yaşanıp yaşanmayacağı hakkındaki belirsizliğin sağlık çalışanlarının kendilerini tükenmiş hissetmelerine yol açabileceği düşünülmüştür. Engelleyici Kaygı açısından bakıldığında; örneğin, COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanlarının emeklilik, izin vb. planlarının bakanlık tarafından askıya alınması sonucu kendilerini çalışmak zorunda hissetmelerinin ve planlarının ne zaman gerçekleşebileceği hakkındaki belirsizliğin sağlık çalışanlarında görülebilecek Duygusal Tükenme belirtilerini ortaya çıkarabileceği veya şiddetini arttırabileceği düşünülmüştür (Norful ve ark., 2021).

Mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlükten sonra analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği alt boyutlarından Sahte Duygular ve Gizlenen Duygular ile Duygusal Tükenme arasında pozitif yönde ve orta düzeyde; Derinlemesine Eylem ile pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmasına rağmen; sadece Sahte Duygular alt boyut puanının Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Bir diğer deyişle, sağlık çalışanlarının organizasyonun duygu gösterim kurallarına uymak için gerçekte hissetmedikleri duyguları hastalarına, hasta yakınlarına ya da meslektaşlarına göstermeye çalışmalarının Duygusal Tükenme belirtileri açısından bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Benzer şekilde, alanyazında gerçekleştirilen çalışmalar da yüzeysel rol yapma davranışının (sahte duygular) Duygusal Tükenme düzeyini arttıran bir değişken olduğunu ortaya koymuştur (Javed ve Batool, 2021; Kim, 2020; Köse ve ark., 2011). Elde edilen bu bulguların Morris ve Feldman'ın (1996) duygusal emek açıklamasıyla tutarlı olduğu; salgın zamanlarında artan hasta sayısının ve dolayısıyla artan insan ilişkilerinin, fazla kullanımdan dolayı sağlık çalışanlarının duygusal

kaynaklarında bir azalmaya neden olacağı ve sonucunda duygusal tükenme belirtilerini ortaya çıkaracağı söylenebilmektedir.

Psikolojik değişkenlerden COVID-19 Tehdit algısı analize son dahil edilen değişkendir. Mevcut çalışmada COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı ile Duygusal Tükenme alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yürütülen regresyon analizinde COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı Duygusal Tükenme alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. COVID-19 Salgını sırasında her şeyin hızlı değiştiği, kaynak sıkıntısının yaşandığı ve sağlık kuruluşlarına ve dolayısıyla sağlık çalışanlarına karşı olan beklentilerin oldukça yükseldiği bilinmektedir. Nitekim alanyazında, algılanan tehdit ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada mevcut çalışmaya benzer bir model kullanılmış (psikolojik bağımsız değişken olarak sadece algılanan tehdit boyutu yer almaktadır); yürütülen hiyerarşik regresyon analizinde algılanan tehdidin tükenmişlik belirti düzeyinde açıkladığı varyansın %7 olduğu görülmüştür (Manzano Garcia ve Ayala Calvo, 2021). Mevcut çalışmada birden fazla psikolojik bağımsız değişken bulunduğu ve COVID-19 Tehdit Algısının son adımda analize dahil edildiği göz önünde bulundurularak Duygusal Tükenme alt boyut puanından açıkladığı %2'lik kısmın önemli olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla, salgın zamanlarında algılanan tehdit boyutunun artmasının sağlık çalışanlarının Duygusal Tükenme belirtileri göstermelerinde etkili olabileceği söylenebilir (Fiksenbaum ve ark., 2007).

4.4.2. Duyarsızlaşma Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Duyarsızlaşma alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ancak sadece İleriye Yönelik Kaygı alt boyut puanı Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Elde edilen bu bulgu alanyazın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Nitekim, yapılan çalışmalarda, geleceğe yönelik kaygıyı ve buna yönelik gerçekleştirilen kaçınmaları içeren İleriye Yönelik Kaygı alt boyutu ile Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında pozitif yönde ilişkiler görülmüştür (Di Trani ve ark., 2021). İleriye Yönelik Kaygının; örneğin, salgının ne zaman sona ereceği veya kontrol altına alınabileceği belirsizliğin salgın geçmedikçe veya şiddeti azalmadıkça sağlık çalışanlarının motivasyonlarını yitirmelerine, empati kurmak için enerjilerinin kalmamasına ve yalnızlaşmalarına neden olacağı, dolayısıyla da Duyarsızlaşma belirtilerinin daha şiddetli görüldüğü ifade edilmiştir (Norful ve ark., 2021).

Mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlükten sonra analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği alt boyutlarından Sahte Duygular ve Gizlenen Duygular ile Duyarsızlaşma arasında pozitif yönde ve orta düzeyde; Derinlemesine Eylem ile pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmasına rağmen; sadece Sahte Duygular alt boyut puanının Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Bir diğer deyişle, sağlık çalışanlarının organizasyonun duygu gösterim kurallarına uymak için gerçekte hissetmedikleri duyguları hastalarına, hasta yakınlarına ya da meslektaşlarına göstermeye çalışmalarının Duyarsızlaşma belirtileri açısından bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Morris ve Feldman'ın (1996) duygusal emek için yaptığı açıklamada gösterilen duygular ile gerçek duygular arasındaki farkın bilişsel bir uyuşmazlığa neden olabileceği, bunun da organizasyonun gösterim kurallarına uymayı zorlaştırabileceği ve daha çok duygusal emek kullanımını gerektireceği savunulmuştur. Benzer şekilde, Grandey (2000) de duygusal emeği açıklarken işin getirdiği stresli ve çok çabayı gerektiren işlerden kaçmanın duygusal emeği azaltacağını fakat duyarsızlaşma tepkilerini ortaya çıkaracağını ileri sürmüştür. Alanyazın araştırmaları da mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlı olup; sahte duyguların duyarsızlaşma düzeyi ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur (Beğenirbaş, 2015; Kim, 2020; Köse ve ark., 2011).

Psikolojik değişkenlerden COVID-19 Tehdit algısı analize son dahil edilen değişkendir. Mevcut çalışmada COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı ile Duyarsızlaşma alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yürütülen regresyon analizinde COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı Duyarsızlaşma alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Elde edilen bu bulgu alanyazın ile tutarlıdır. Öyle ki, alanyazında yapılan araştırmalar tehdit algısı düzeyinin artmasının salgının kontrol edilemez, yıkıcı ve sonsuza kadar sürecekmiş gibi algılanmasına ve bunun da motivasyon kaybı, empati kuramama, katlanamama gibi duyarsızlaşma belirtilerini arttırdığı bulunmuştur (Barello, Palamenghi ve Graffigna, 2020). Dolayısıyla artan COVID-19 Tehdit Algısının Duyarsızlaşma tükenmişlik belirtilerini arttırabilecek bir faktör olduğunu göz önünde bulundurmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

4.4.3. Kişisel Başarı Alt Boyut Puanını Yordayan Psikolojik Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Kişisel Başarı alt boyut puanı ile İleriye Yönelik Kaygı ve Engelleyici Kaygı alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ancak sadece Engelleyici Kaygı alt boyut puanı Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Elde edilen bu bulgu alanyazın çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Örneğin; COVID-19 Salgını'nın çok yoğun bir şekilde yaşandığı İtalya'da gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış; sadece Engelleyici Kaygı ve Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (Di Trani ve ark., 2021). Dahası, bu sonuç alanyazında salgın sırasında yapılan başka çalışmalar da görülmüş; belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin düşük bireylere göre daha düşük Kişisel Başarı puanlarına sahip oldukları, yani kendi kişisel başarılarını daha düşük gördükleri ortaya konmuştur (Begin ve ark., 2021). Buna yapılabilecek bir açıklama, Engelleyici kaygının donakalma veya kaçma gibi davranışları barındırdığından, bu belirti düzeyi yüksek bireylerin her belirsizlikle karşılaştıklarında (örneğin; bir anda ilan edilen sokağa çıkma yasakları, iptal edilen izinler veya fazladan yazılan nöbetler) aslında yapabilecekleri işleri veya görevleri yapamayacaklarını düşünmeleridir, ki bu da düşük Kişisel Başarı algısını ortaya çıkarmaktadır.

Mevcut çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlükten sonra analize dahil edilen Duygusal Emek Ölçeği alt boyutlarından Sahte Duygular ve Gizlenen Duygular ile Kişisel Başarı düzeyi arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunurken, Derinlemesine Eylem ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak, yürütülen regresyon analizinde Gizlenen Duygular alt boyut puanı Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde; Derinlemesine Eylem alt boyut puanı ise pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Gizlenen duygular bireyin gerçekte hissettiği duyguları gizlemesi, saklaması veya kaçması anlamına gelmektedir. Dolaysıyla, mevcut çalışmada sağlık çalışanlarından gizlenen duygular duygusal emek stratejisini kullananlarının daha düşük Kişisel Başarı alt boyut puanına ya da daha yüksek tükenmişlik belirti düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuca yapılabilecek bir açıklama alanyazında yapılan bir deneyde, duyguları bastırma yoluyla gizlemenin iletişimi zayıflattığı/bozduğu, bireyin yoğun bir stres yaşamasına neden olduğu ve yaşanılan bu iletişim problemlerinin daha ileri ilişkilerin oluşmasını önlediği, dolayısıyla çalışanın Kişisel Başarı düzeyini daha düşük gördüğü ortaya konmuştur (Butler ve ark., 2003). Ayrıca, Gizlenen Duygulardan sonra ayrı bir adımda analize dahil edilen Derinlemesine Eylem alt boyut puanı Kişisel Başarı alt boyut puanını pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Elde edilen bu bulgu alanyazın çalışmaları ile paraleldir. Öyle ki

daha önce bu yönde yapılan araştırmalarda derinlemesine eylem stratejilerini kullanan çalışanların Kişisel Başarı düzeylerini daha yüksek algıladıkları ve bunun da tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu görülmüştür (Brotheridge ve Grandey, 2002). Bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışmalar gizlenen duygular alt boyutunun risk veya derinlemesine eylem alt boyutunun koruyucu faktör olma olasılığı hakkında bir yorum yapılmasına sadece ufak bir olanak tanısa da şimdiye kadar bu sonuçların aksi sonuç veren bir çalışma da gerçekleştirilmemiştir.

Psikolojik değişkenlerden COVID-19 Tehdit algısı analize son dahil edilen değişkendir. Mevcut çalışmada COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı ile Kişisel Başarı alt boyut puanı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yürütülen regresyon analizinde COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanı Kişisel Başarı alt boyut puanını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Alanyazında tükenmişlik ve algılanan tehdit boyutu arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalar arasında COVID-19 Tehdit Algısı ve Kişisel Başarı alt boyutu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışamaya veya bu ilişkiyi rapor eden bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak; Kişisel Başarı alt boyutunun bir şeyleri yapabilmeye ya da yapamamaya dair olan güven kısmı, algılanan tehdit boyutunun artmasıyla sağlık çalışanlarının yeni ve hızlı bir virüse karşı olan savaşta kendilerini oldukça yetersiz hissetmelerine yol açabileceği düşünülmüştür. Bu alanda daha fazla çalışma yapılmasının sağlık çalışanlarında görülebilecek tükenmişlik belirtilerini anlamada önem arz ettiği düşünülmektedir.

4.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE KLİNİK DOĞURGULARI

Salgın zamanlarında toplumda, korku, dehşet, kaygı, stres, umutsuzluk ve tükenmişlik gibi psikolojik belirtilerin ortaya çıkma olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir. Özellikle, salgın zamanlarında sağlık hizmetleri ve bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının üzerine binen stres yükü ve karşılaştıkları risk artmaktadır. Alanyazın taraması kısmında da aktarıldığı üzere, şimdiye kadar yaşanan salgınların ve günümüzde yaşanan COVID-19 Salgını'nın, sağlık çalışanlarının özellikle travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtileri göstermelerine yol açtığı görülmüştür. Bu bağlamda bakıldığında, COVID-19 Salgını'nın sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkileri üzerinde çalışmak, hem salgın hastalıklara karşı hazırlıklı olma hem de sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanacak koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetleri açısından önem kazanmaktadır. İlaveten, yine alanyazın taramasında aktarıldığı gibi, COVID-19 gibi küresel çapta yaşanan bir afette, belirsizliğe

tahammülsüzlük, salgına ilişkin algılanan tehdit boyutu ve duygusal emek gibi bazı psikolojik farklılıkların sağlık çalışanlarının psikolojik belirtiler göstermelerinde etkili olup olmadığını araştırmak olası risk faktörlerini saptamak açısından kritik önem arz etmektedir. Ancak gerek alanyazın taramasında gerek tartışma kısmında da bahsedildiği gibi Türkiye'de bu alanda yapılan araştırma sayısının oldukça az olduğu düşünülmektedir. Hatta, mevcut çalışmada bulunan değişkenlerin birlikte incelendiği, Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla mevcut tez çalışmasından elde edilen bulguların sağlık çalışanları için ileride geliştirilebilecek olan psikolojik destek uygulamalarında, afet hazırlık ve afet risk yönetimi konusunda da yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Mevcut tez çalışmasında yürütülen analizlerin sonucunda, COVID-19 Salgını sürecinde sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirti düzeyi tespit edilerek risk değerlendirmesi yapılmış ve psikolojik destek uygulamalarının oluşturulmasında kullanılabilecek veriler elde edilmiştir. Ayrıca katılımcıların demografik özellikleri ve salgınla ilişkili deneyimlerine yönelik olan demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyini anlamlı olarak yordayan değişkenlerin değerlendirmesi yapılmıştır. Bu sayede, salgın alanyazınında travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin tanı, tedavi ve destek süreçlerinde, her bireyin ihtiyacına yönelik ilerlemesini sağlayacak veriler elde edilmiştir.

Mevcut araştırma bulguları, demografik değişkenlerden ön safta çalışıyor olmanın yüksek şiddette travma sonrası stres belirtisi, depresif belirti ve tükenmişlik belirti düzeyleri için; kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın depresif belirti düzeyi için ve son olarak erkek olmanın ve yaşça genç olmanın tükenmişlik (sırasıyla duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı) belirti düzeyi için risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, salgın zamanlarında hizmet veren sağlık çalışanları için yukarıda yer alan risk gruplarına uygun olacak şekilde psikolojik destek programlarının hazırlanmasının önem arz ettiği düşünülmektedir. Ayrıca, sağlık yönetimi açısından da yukarıda yer alan risk grupları içerisinde bulunan bireylerin psikolojik problemler yaşamasını önlemek veya yaşayanlara müdahale etmek açısından dikkat edilmesi gereken gruplar olduğu düşünülmektedir. Bu sayede, salgınlarda yaşanılan sınırlı kaynak sorunun da önüne geçilmiş olacak ve sistem içerisinde bulunan her sağlık çalışanına sistematik olarak destek sağlanabilecektir.

Demografik değişkenlerin analizinden sonra salgına ilişkin değişkenler değerlendirilmiştir. Mevcut araştırma bulguları salgına ilişkin değişkenlerden sağlık sistemine olan güvenin azalmasının daha yüksek şiddette travma sonrası stres ve tükenmişlik belirti düzeyleri için; düzenli görülen tedavinin aksamasının travma sonrası stres ve depresif belirti düzeyleri için ve son olarak aynı evde yaşanılan kişilerle ilişkilerin bozulması, meslek nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma ve COVID-19 haberlerini günlük olarak takip etme süresinin artması travma sonrası stres belirti düzeyi için risk faktörleri olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının COVID-19 Salgını ile olan deneyimlerini anlayarak psikolojik desteğe daha yoğun ihtiyacı olan bireyleri yukarıda yer alan risk faktörlerini de göz önünde bulundurarak tespit etmenin ve sonrasında buna yönelik destek programları hazırlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık yönetimi açısından bakıldığında bu riskli grupları korumak için yapılabilecek şeyler arasında ise bireylerin tedavi planlarını aksatmayacak şekilde çalışma saatlerinin düzenlenmesi, sosyal destek gruplarının oluşturulması ve bu sayede yalnızlaşmanın önüne geçilmesi, salgın hakkındaki bilgi ve verilerin olabildiğince şeffaf bir şekilde paylaşılması ve bu sayede sisteme olan güvenin artması sayılabilmektedir.

Demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden sonra araştırmada yer alan psikolojik değişkenlerden, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 tehdit algısı sırasıyla olmak üzere, travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerini anlamlı olarak yordayan değişkenler incelenmiştir. Daha önce bu değişkenlerin bir arada incelendiği bir başka çalışmaya rastlanmadığı ifade edilmiştir. Buna ilaveten, alanyazında yeni yeni araştırılmaya başlanan duygusal emek kavramı da bu çalışmada COVID-19 Salgını çerçevesinde ele alınmıştır. Bilindiği kadarıyla Türkiye'de salgın zamanlarında sağlık çalışanlarıyla yapılan herhangi bir çalışmada duygusal emek kavramı incelenmemiştir. Dolayısıyla, bu çalışmanın duygusal emek alanyazınına da katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırma bulguları, psikolojik değişkenlerden belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik kaygı alt boyutunun travma sonrası stres ve tükenmişlik belirti düzeyleri için; engelleyici kaygı alt boyutunun travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyleri için risk faktörleri olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla, salgınlarda hizmet veren sağlık çalışanlarının deneyimledikleri travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirtileri için yapılan tanı, tedavi ve psikolojik destek çalışmalarında yaşanılan belirsizliğe dikkat çekilmesinin önemli olduğu düşülmektedir. Bu yönde yapılabilecek şeyler arasında daha önce belirsizliğe tahammülsüzlüğün yönetilmesinde etkin bir şekilde kullanılmış olan bilişsel

davranışçı terapi tekniklerinden veya bilinçli farkındalık (mindfullness) yöntemlerinden faydalanmak olabileceği düşünülmektedir (Ladouceur ve ark., 2000; Nekić ve Mamić, 2019).

Psikolojik değişkenlerden ikincisi olan duygusal emek kavramı belirsizliğe tahammülsüzlükten sonra değerlendirilmiştir. Mevcut çalışmanın bulguları, sahte duyguların travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirtileri için ve gizlenen duyguların tükenmişlik belirtileri (düşük kişisel başarı) için risk faktörleri olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, mevcut çalışmanın bulgularına göre derinlemesine eylem tükenmişlik (yüksek kişisel başarı) belirtileri için koruyucu bir faktör olarak bulunmuştur. Duygusal emek alanyazınında hissedilen ve gösterilen duygular arasındaki tutarsızlığın ve bu tutarsızlığı gidermek için kullanılan duygusal emek stratejileri (sahte duygular ve gizlenen duygular) sırasında gösterilen bilişsel çabanın travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini anlamada ve yaşanılan stresin yönetilebilmesinde dikkat edilmesi gereken risk faktörleri olarak görülmüştür. Sağlık yönetimi açısından bakıldığında da hastane içerisinde duyguların açık bir şekilde konuşulabildiği grup toplantıları yapmanın yaşanılan duygusal tutarsızlığı azaltabileceği düşünülmüştür. Diğer yandan gösterilmesi gereken duyguların gerçekten de hissedilmeye çalışılması, yani derinlemesine eylem duygusal emek stratejisini kullanmak daha yüksek Kişisel Başarı düzeyiyle ilişkilendirilmiştir; dolayısıyla bu sonuç derinlemesine eylemin tükenmişlik belirtileri için koruyucu bir faktör olabileceğini göstermektedir. Son olarak, sağlık çalışanlarına duygusal emek stratejileri hakkında psiko-eğitim vermenin farkındalığı arttırarak tükenmişlik belirtilerinin azalmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Psikolojik değişkenlerden sonuncusu COVID-19 Tehdit Algısıdır ve analizlerde son sırada değerlendirilen değişkendir. Mevcut çalışmanın bulguları, salgına ilişkinin algılanan tehdidin artmasının, yani COVID-19 Tehdit Algısı düzeyinin artmasının travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirtileri için risk faktörü olabileceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, bireyin davranış tutumlarının COVID-19 Tehdit Algısı düzeyine göre şekillendiği göz önünde bulundurulduğunda (Wu ve ark., 2009), duygu ve bilişlerinin de etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle COVID-19 Tehdit Algısı düzeyi yüksek olan bireylerin salgını oldukça kontrol edilemez, sonuçları oldukça kötü ve geri çevrilemez ve yardım alacak herhangi bir yerin olmadığı bir zamanlar şeklinde algıladıkları bilinmektedir. Mevcut çalışmanın alanyazında özellikle afet ve travma alanyazınında travma sonrası stres, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerini anlamada ve buna yönelik tanı tedavi ve psikolojik destek programlarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tehdit algısının yüksek olmasının bireyin gerçekte var olan tehditten daha yüksek düzeyde bir tehlikenin/tehdidin var

olduğuna inanması olduğu bilinmektedir. Bireyin tehdidin düzeyini daha yüksek algılamasına katkı sağlayan şeyler arasında hastane içerisinde yaşanan eşitsizlikler, COVID-19 Salgını hakkında saydam veri politikasının uygulanmamış olması veya yalan haberlerle durumun farklı gösterilmesi örnek verilebilmektedir. Dolayısıyla, salgın zamanlarında salgının boyutu hakkında gerçek ve doğru bilgi paylaşımının sağlık çalışanlarının COVID-19 Tehdit Algısı düzeyini düşürerek travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirtilerinin ortaya çıkmasını veya düzeyinin artmasını engelleyebileceği düşünülmektedir.

Son olarak, çalışmada yer alan psikolojik değişkenlerin (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı) hemen hemen hepsinin travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerini anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda bakıldığında belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı değişkenlerinin tanılar üstü özellik taşıdığı düşünülmektedir. Dolayısıyla oluşturulacak önleme, müdahale ve destek çalışmalarında bu çalışmada yer alan psikolojik değişkenlerin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu düşülmektedir.

4.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ÖNERİLER

Mevcut çalışmada, Türkiye genelinde COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanları çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya 59 farklı şehirden ve 24 farklı birimde görev alan bireyler tarafından katılım sağlanmıştır. Bu durum, katılımcıların çalışma koşullarının veya mesleki tanımlarının farklı olmasına ve dolayısıyla da çalışma kapsamında kontrol edilen demografik ve salgına ilişkin değişkenlerden farklı olacak şekilde karıştırıcı değişkenlerin var olabileceğine işaret etmektedir. Bu açıdan bakıldığında, karıştırıcı değişkenleri kontrol altında tutmanın diğer bir yolu olan daha belli bir özelliğe sahip (örneğin; sadece doktorlarla veya hemşirelerle yapılan bir araştırma) gruplarla bu çalışmada incelenen değişkenlerin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada çok farklı mesleki pozisyonlardan katılım sağlanmasına rağmen katılımcılara hangi hastanede çalıştıkları, devlete mi özele mi bağlı oldukları, günlük çalışma saatleri veya nöbet sistemleri hakkında sorular sorulmamıştır. COVID-19 Salgını sürecinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli yönergeler sağlanmış olsa da her hastanenin işleyişinin farklı olduğu, bölgesel ihtiyaçların salgının o bölgedeki şiddetine göre değişebileceği ve aynı zamanda hizmet verilen bölgedeki toplum yapısının da farklılık gösterebileceği (örneğin; bazı kesimlerde

toplumun salgının yönetimini kurallara uymayarak zorlaştırması); dolayısıyla da çalışmanın sonuç değişkenlerinin bu koşullara göre de incelenmesi gerektiği düşünülmüştür. İlerleyen çalışmalarda, bu demografik değişkenleri kontrol edebilmek için daha homojen bir grup (örneğin; belli bi hastanedeki hemşireler) oluşturmak veya bu farklılıklara yönelik sorular hazırlayarak istatistiksel olarak kontrol etmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada salgına ilişkin algılanan tehdit boyutunu değerlendirmek için salgın koşulları nedeniyle (örneğin; hızlı bir şekilde COVID-19 Tehdit Algısına yönelik değerlendirme araçlarının bulunmaması) tehdit algısını değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçek kullanılarak sorular hazırlanmıştır. Bu uygulama (bir yapıyı ölçmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan soruları kullanma) salgın zamanlarında gerçekleştirilen araştırmalarda da bu şekilde yapılmıştır (Lau ve ark.,2007; Matsuishi ve ark., 2012; Taha ve ark., 2014). Ancak bu durumun yürütülen analizleri etkilemiş olabileceği düşünülerek; COVID-19 Tehdit Algısı için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının oluşturularak kullanılması önerilmektedir.

Ayrıca mevcut tez çalışmasında yer alan ölçme araçları öz bildirim ölçeklerinden oluşmuştur. COVID-19 Salgını sırasında yaşamın her kesiminin çevrimiçi hayata taşınması sonucunda çevrimiçi olarak toplanmak zorunda olan çalışma verisinde, bu durumun sosyal beğenirlik yanlılığını arttırmış olabileceği düşülmüştür. Aynı zamanda çalışmada yer alan ölçme araçları içerisinde bulunan soruların fazla olmasının katılımcıların yorulmasına ve dolayısıyla da anket setinin ilerleyen kısımlarında çalışmayı bırakmalarına veya dikkatsizce doldurmalarına yol açmış olabileceği düşünülmüştür. İlerleyen çalışmalarda bu noktaya dikkat edilmesinin gerekli olduğu ve belki bu çalışmada yer alan her bağımlı değişkenin ayrı ayrı araştırmalarla incelenmesinin bu sıkıntının bir çözümü olabileceği düşünülmektedir.

Son olarak, çalışmanın verilerinin toplandığı zaman diliminin de sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Öyle ki, veri toplanan zaman içerinde salgının şiddetli geçtiği (örneğin; mevcut tez çalışmasının veri toplama sürecinde ülkemizde COVID-19 Salgını'nın ikinci tepe noktasına ulaştığı dönem yaşanmıştır) dönemlerde ölümlerin ve ölüm riskinin artması, çok fazla kayıpların yaşanması ve kaynakların oldukça fazla tüketiminden dolayı travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, ilerleyen çalışmalarda bu durumu kontrol etmek için daha kısıtlı

bir zaman (örneğin; sadece tepe noktasına ulaştığı zaman dilimi) dilimi seçmek veya veri toplama sürecini iki adımda, yani boylamsal olacak şekilde yapmak faydalı olacaktır.

SONUÇ

Mevcut tez çalışmasında, COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında görülebilecek travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin düzeyi değerlendirilmiştir. Sonrasında, çalışmada yer alan tüm değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri incelenmiştir. Yapılan bu incelemeler sonucunda anlamlı ilişkiler gösteren değişkenlerle ileri analizler yürütülmüştür. Bu analizlerdeki temel amaç ise; COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında travma sonrası stres, depresif ve tükenmişlik belirti düzeyini yordamada demografik, salgına ilişkin ve psikolojik (belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek, salgına ilişkin tehdit algısı bağımsız değişkenlerin) gücünü incelemek olmuştur.

İlk olarak, katılımcıların yarısından fazlasının yüksek travma sonrası stres belirti düzeyi; yarısına yakınının yüksek depresif belirti düzeyi ve çeyreğinin yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma tükenmişlik belirti düzeyi ve yarısından fazlasının da düşük kişisel başarı, yani yüksek tükenmişlik düzeyi gösterdiği bulunmuştur.

Mevcut çalışmada bulunan bu düzeyleri yordayan değişkenleri saptamak amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yürütülmüştür. Travma sonrası stres belirti düzeyinin alt boyutları olan Kaçınma, Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık belirti düzeylerini yordayan değişkenler incelendiğinde, ön safta görev almanın tüm alt boyutları; sağlık sistemine olan güvenin azalmasının Kaçınma ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutlarını; düzenli görülen tedavinin aksamasının ve aynı evde yaşanan bireylerle ilişkilerin bozulmasının Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutlarını; meslek nedeniyle maruz kalınan ayrımcılık deneyiminin Girici Düşünce alt boyutunu; COVID-19 Salgını haberlerini günlük izleme süresinin artmasının Aşırı Uyarılmışlık alt boyutunu; İleriye Yönelik Kaygı alt boyutunun Kaçınma ve Girici Düşünce alt boyutlarını; Engelleyici Kaygı alt boyutunun Girici Düşünce ve Aşırı Uyarılmışlık alt boyutlarını; duygusal emek değişkeninin alt boyutu olan Sahte Duygular alt boyutunun tüm alt boyutları; Gizlenen Duygular alt boyutunun Kaçınma alt boyutunu ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanının tüm alt boyutları anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı değişkenlerinin travma sonrası stres belirtilerini anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Depresif belirti düzeyini yordayan değişkenler incelendiğinde, ön safta görev almanın; kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın, düzenli görülen tedavinin aksamasının, belirsizliğe

tahammülsüzlüğün alt boyutu olan Engelleyici Kaygı alt boyutunun, duygusal emek değişkeninin alt boyutu olan Sahte Duygular alt boyutunun ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanının depresif belirti düzeyini anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir deyişle, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı depresif belirtileri yordamıştır.

Son olarak, mevcut çalışmada tükenmişlik belirti düzeyinin alt boyutları olan Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarını yordayan değişkenler incelendiğinde, ön safta çalışmanın tüm alt boyutları (kişisel başarı alt boyutuyla olumsuz ilişki); erkek olmanın kadın olmaya göre Duyarsızlaşma alt boyutunu; yaşça genç olmanın düşük Kişisel Başarı alt boyutunu; sağlık sistemine olan güvenin azalmasının Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutunu; belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarından İleriye Yönelik Kaygı alt boyutunun Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutunu; Engelleyici Kaygı alt boyutunun Duygusal Tükenme alt boyutunu ve düşük Kişisel Başarı alt boyutunu; duygusal emek değişkeninin alt boyutlarından Sahte Duygular alt boyutunun Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarını; Gizlenen Duygular alt boyutunun düşük Kişisel Başarı alt boyutunu; Derinlemesine Eylem alt boyutunun yüksek Kişisel Başarı alt boyutunu ve son olarak COVID-19 Tehdit Algısı toplam puanının tüm alt boyutları (kişisel başarı alt boyutuyla olumsuz ilişki) yordadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal emek ve COVID-19 Tehdit Algısı değişkenlerinin tükenmişlik belirtilerini yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

Afulani, P. A., Gyamerah, A. O., Nutor, J. J., Laar, A., Aborigo, R. A., Malechi, H., … ve Awoonor-Williams, J. K. (2021). Inadequate preparedness for response to COVID-19 is associated with stress and burnout among healthcare workers in Ghana. *PloS one, 16*(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250294

Agyapong, V. I., Juhas, M., Omege, J., Denga, E., Nwaka, B., Akinjise, I., ... ve Greenshaw, A. (2021). Prevalence rates and correlates of likely post-traumatic stress disorder in residents of fort mcmurray 6 months after a wildfire. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(3), 632-650. https://doi.org/10.1007/s11469-019-00096-z

Aksoy, Y. E. ve Koçak, V. (2020). Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing, 34*(5), 427-433. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.011

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington: American Psychiatric Publishing.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabı.* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Arafa, A., Mohammed, Z., Mahmoud, O., Elshazley, M. ve Ewis, A. (2021). Depressed, anxious, and stressed: What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic?. *Journal of Affective Disorders, 278*, 365-371. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080

Ardebili, M. E., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H. ve Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American Journal of Infection Control, 49*(5), 547-554. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.001

Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B. ve Arble, E. (2020). Nurse reports of stressful situations during the Covid-19 pandemic: Qualitative analysis of survey responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 8126. https://doi.org/10.3390/ijerph17218126

Arpacıoğlu, S., Baltacı, Z. ve Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medical Journal, 46*(1), 88-100. https://doi.org/10.17826/cumj.785609

Arslanca, T., Fidan, C., Daggez, M. ve Dursun, P. (2021). Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkish health care workers. *PloS One, 16*(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250017

Asmundson, G. J. ve Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders, 70*. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196

Avcı, S. ve Yağcı, İ. (2021). COVID-19 Pandemisi döneminde acil servis çalışanlarının psikolojik durumları. *Bozok Tıp Dergisi, 11*(1), 49-55. https://doi.org/10.16919/bozoktip.778738

Aydın, A. ve Özcan, B. E. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında belirsizliğe tahammülsüzlük, ruminatif düşünme biçimi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri. *Cukurova Medical Journal, 46*(3), 1191-1200. https://doi.org/10.17826/cumj.925771

Banducci, A. N., Bujarski, S. J., Bonn-Miller, M. O., Patel, A. ve Connolly, K. M. (2016). The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 73–81. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.003

Barello, S., Palamenghi, L. ve Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 290*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129

Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E. ve Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 17*(2), 133-141. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022619.31615.e8

Bayram, N., Aytac, S. ve Dursun, S. (2012). Emotional labor and burnout at work: a study from Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 65*, 300-305.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.

Beemsterboer, J., & Baum, B. H. (1984). " Burnout" Definitions and Health Care Management. *Social Work in Health Care, 10*(1), 97-109. https://doi.org/10.1300/J010v10n01_08

Begin, A. S., Hidrue, M., Lehrhoff, S., Del Carmen, M. G., Armstrong, K. ve Wasfy, J. H. (2021). Factors Associated with Physician Tolerance of Uncertainty: an Observational Study. *Journal of General Internal Medicine*, 1-7. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06776-8

Beğenirbaş, M. (2015). Psikolojik sermayenin çalışanların duygu gösterimleri ve işe yabancılaşmalarına etkileri: Sağlık sektöründe bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20*(3), 249-263.

Bektaş, U. ve Çetin, M. (2020). Pandemi sürecince sağlık çalışanlarında iş tutkusu, duygusal emek ve iş aile zenginleşmesi ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Studies, 15*(6), 189-204. https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.44449

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... ve Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(4), 264–281.

Birkeland, M. S., Skar, A. M. S. ve Jensen, T. K. (2021). Do different traumatic events invoke different kinds of post-traumatic stress symptoms?. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(sup1). https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866399

Brewin, C. R., Andrews, B. ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748

Brotheridge, C. M. ve Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior, 60*(1), 17-39. https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1815

Brotheridge, C. M. ve Lee, R. T. (2003). Development and validation of the emotional labour scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 76*(3), 365-379.

Brotheridge, C. M. ve Lee, R. T. (2007). Hands to work, heart to God: Religiosity and organizational behavior. *Journal of Management, Spirituality & Religion, 4*(3), 287-309. https://doi.org/10.1080/14766080709518666

Budner, S. N. Y. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality, 30*(1), 29-50. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1962.tb02303.x

Burke, R. J. ve Greenglass, E. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations, 48*(2), 187-202. https://doi.org/10.1177/001872679504800205

Burke, R. J., Shearer, J. ve Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration, 7*(2), 162-188.

Busch, I. M., Moretti, F., Mazzi, M., Wu, A. W. ve Rimondini, M. (2021). What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis of the psychological burden of frontline healthcare workers. *Psychotherapy and Psychosomatics, 90*, 178-190. https://doi.org/10.1159/000513733

Butler, E. A., Egloff, B., Wlhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A. ve Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion, 3*(1), 48–67. https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48

Büyükbayrak, B. (2021, Mart 15). *Sağlık Çalışanları Pandemiden Nasıl Etkilendi?* https://www.dogrulukpayi.com/bulten/saglik-calisanlari-pandemiden-nasil-etkilendi Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y. ve Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor, 26*. https://doi.org/10.12659/MSM.924171

Cameron, L. D. ve Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge.

Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement.* New York, NY: D Appleton & Company. https://doi.org/10.7326/0003-4819-39-2-383_1

Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: one fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 5–21. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011

Carleton, R. N., Collimore, K. C. ve Asmundson, G. J. (2010). It's not just the judgements-It's that I don't know: intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 189–195. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.007

Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L. ve McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*, 328–341. http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.792100

Carleton, R. N., Norton, M. P. J. ve Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(1), 105-117.

Carmassi, C., Cerveri, G., Bertelloni, C. A., Marasco, M., Dell'Oste, V., Massimetti, E., ... ve Dell'Osso, L. (2021). Mental health of frontline help-seeking healthcare workers during the COVID-19 outbreak in the first affected hospital in Lombardy, Italy. *Psychiatry Research, 298*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113763

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, Aralık 14). *People with certain medical conditions*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html. Son erişim tarihi: 22 Aralık 2021

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, Aralık 15). Excess deaths associated with COVID-19. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm. Son erişim tarihi: 22 Aralık 2021

Celik, D., Alpay, E. H., Celebi, B. ve Turkeli, A. (2021). Intolerance of uncertainty, rumination, post-traumatic stress symptoms and aggression during COVID-19: a serial mediation model. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1953790

Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Kokou-Kpolou, C. K., Dalexis, R. D., Hajizadeh, S., Guerrier, M., ... ve Rousseau, C. (2021). Prevalence and correlates of depression during the COVID-19 pandemic

and the major role of stigmatization in low-and middle-income countries: A multinational cross-sectional study. *Psychiatry Research, 297.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113714

Chan, A. O. ve Huak, C. Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine, 54*(3), 190-196. https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027

Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C. ve Chou, K. R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *International journal of mental health nursing, 30*(1), 102-116. https://doi.org/10.1111/inm.12796

Cherniss, C. ve Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... ve Sharma, A. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049

Costea, F., Sălceanu, M., Staicu, I. M. ve Andreescu, A. G. (2020). Burnout syndrome in the Emergency Department of the Central Military Emergency Hospital before and during the COVID-19 pandemic. *Romanian Journal of Military Medicine, 124*(1), 22.

Cotel, A., Golu, F., Pantea Stoian, A., Dimitriu, M., Socea, B., Cirstoveanu, C., ... ve Oprea, B. (2021). Predictors of burnout in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Healthcare, 9*(3), 304. https://doi.org/10.3390/healthcare9030304

Crabbe, J. M., Bowley, D. M. G., Boffard, K. D., Alexander, D. A. ve Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal, 21*(5), 568-572. https://doi.org/10.1136/emj.2003.008540

Curran, P. J., West, S. G. ve Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16-29.

Çapri, B. (2006). Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2*(1), 62-77.

Çelik, F. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi, 6*(1), 51-66. https://doi.org/03180

Daly, M., Sutin, A. R. ve Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders, 278*, 131-135. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.065

de Jong-Meyer, R., Beck, B. ve Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences, 46*, 547–551. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.010

Demartini, B., Nisticò, V., D'Agostino, A., Priori, A. ve Gambini, O. (2020). Early psychiatric impact of COVID-19 pandemic on the general population and healthcare workers in Italy: a preliminary study. *Frontiers in Psychiatry, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.561345

Demirkol, M. E., Kaya, M., Küçan, O. ve Kocadağ, D. (2021). Evaluating the impact of the Covid-19 Outbreak on healthcare professionals: A cross-sectional study consisting of health-care staff working in emergency ambulance service of Bolu. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5*(2), 266-271. https://doi.org/10.29058/mjwbs.880359

Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., ... ve Kinross, J. (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). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666

DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B. ve Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 728-744. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.002

Di Monte, C., Monaco, S., Mariani, R. ve Di Trani, M. (2020). From resilience to burnout: psychological features of Italian general practitioners during COVID-19 emergency. *Frontiers in Psychology, 11*, 2476. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567201

Di Trani, M., Mariani, R., Ferri, R., De Berardinis, D. ve Frigo, M. G. (2021). From resilience to burnout in healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of the ability to tolerate uncertainty. *Frontiers in Psychology, 12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435

Doğan, A. ve Sığrı, Ü. (2017). Duygusal emek: hemşireler üzerine bir çalışma. *İş ve İnsan Dergisi, 4*(2), 113-126. https://doi.org/10.18394/iid.342620

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2019, Mayıs 28). *Burn-out an 'occupational phenomenon': International Classification of Diseases.* https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2020, Mart 11). *WHO characterizes COVID-19 as a pandemic.* https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021, Temmuz 14). *COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated.* https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021, Eylül 13). *Depression.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021, Eylül 18). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* https://covid19.who.int/ Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. ve Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 215–226. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3

Dugas, M. J., Marchand, A. ve Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19,* 329–343. http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.002

Dugas, M. J. ve Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. New York, NY: Routledge.

Durak, M. ve Senol-Durak, E. (2013). The development and psychometric properties of the turkish version of the stress appraisal measure. *European Journal of Psychological Assessment. 29*(1), 64-71. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000079

Dursun, S., Aytaç, S. ve Bayram, N. (2014). Duygusal Emek Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 16*(2), 10-18. https://doi.org/10.4026/1303-2860.2014.0252.x

Dürü, Ç. (2006). *Exploring posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth with respect to some variables and proposing a model*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Edelwich, J. ve Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press

Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S. ve Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research, 290*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130

Englert, E. G., Kiwanuka, R. ve Neubauer, L. C. (2019). 'When I die, let me be the last.'Community health worker perspectives on past Ebola and Marburg outbreaks in Uganda. *Global Public Health, 14*(8), 1182-1192. https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1552306

Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 22-25.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.* T. C. Sağlık Bakanlığı Genel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Eyidoğan, H. (2020, Mart 28). COVID-19 Salgını ve afet yönetimi. Bilim ve Gelecek. https://bilimvegelecek.com.tr/index.php/2020/03/28/covid-19-salgini-ve-afet-yonetimi/ Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Fiksenbaum, L., Marjanovic, Z., Greenglass, E. R. ve Coffey, S. (2007). Emotional exhaustion and state anger in nurses who worked during the SARS outbreak: the role of perceived threat and organizational support. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 89-103.

Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R. L., Pieterse, A. H., ... ve van Weert, J. (2020). Effective health communication–a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling, 103*(5), 873. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239. https://doi.org/10.2307/2136617

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. ve Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17,* 791–802. http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5

Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality, 18*, 108–143. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 12*(1), 73.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet, 392*, 1789- 1858.

Geng, S., Zhou, Y., Zhang, W., Lou, A., Cai, Y., Xie, J., ... ve Li, X. (2021). The influence of risk perception for COVID-19 pandemic on posttraumatic stress disorder in healthcare workers: A survey from four designated hospitals. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* https://doi.org/10.1002/cpp.2564

Giardino, D. L., Huck-Iriart, C., Riddick, M. ve Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Medicine, 76,* 16-25. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022

Gica, S., Kavakli, M., Durduran, Y. ve Ak, M. (2020). The effect of COVID-19 pandemic on psychosomatic complaints and investigation of the mediating role of intolerance to uncertainty, biological rhythm changes and perceived COVID-19 threat in this relationship: A web-based

community survey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 30*(2), 89-96. https://doi.org/10.5455PCP20200514033022

Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D. ve Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases, 10*(1), 322. https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322

Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95.

Greco, V. ve Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences, 34*, 1057–1068. http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00091-0

Greene, T., Harju-Seppänen, J., Adeniji, M., Steel, C., Grey, N., Brewin, C. R., ... ve Billings, J. (2021). Predictors and rates of PTSD, depression and anxiety in UK frontline health and social care workers during COVID-19. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1882781

Grimm, A., Hulse, L., Preiss, M. ve Schmidt, S. (2012). Post-and peritraumatic stress in disaster survivors: An explorative study about the influence of individual and event characteristics across different types of disasters. *European Journal of Psychotraumatology, 3*(1), 1. http://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.7382

Grothmann, T. ve Patt, A. (2005). Adaptive capacity and human cognition: the process of individual adaptation to climate change. *Global Environmental Change, 15*(3), 199-213. http://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2005.01.002

Grothmann, T. ve Reusswig, F. (2006). People at risk of flooding: Why some residents take precautionary action while others do not. *Natural Hazards, 38*(1), 101-120. http://doi.org/10.1007/s11069-005-8604-6

Grover, S., Sahoo, S., Mehra, A., Avasthi, A., Tripathi, A., Subramanyan, A., ... ve Reddy, Y. J. (2020). Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian Journal of Psychiatry, 62*(4), 354. http://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20

Güneş, H. (2001). *Gender differences in distress levels, coping strategies, stress related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the 1999 Marmara earthquake.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü

Han, K. M., Shin, C., Yoon, H. K., Ko, Y. H., Kim, Y. K. ve Han, C. (2018). Emotional labor and depressive mood in service and sales workers: Interactions with gender and job autonomy. *Psychiatry Research, 267*, 490-498. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.044

Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., ... ve Wang, Q. (2021). Prevalence and risk factors of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 12.* http://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.567381

Harris, S. M., & Sandal, G. M. (2021). COVID-19 and psychological distress in Norway: The role of trust in the healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(1), 96-103. http://doi.org/10.1177/1403494820971512

Hennein, R., Mew, E. J. ve Lowe, S. R. (2021). Socio-ecological predictors of mental health outcomes among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the United States. *PloS One, 16*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246602

Heron-Delaney, M., Kenardy, J., Charlton, E. ve Matsuoka, Y. (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury, 44*(11), 1413-1422. http://doi.org/10.1016/j.injury.2013.07.011

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi, 6*, 118-122.

Hisli, N. (1989). The validity and reliability of the Beck Depression Inventory among university students. *Turkish Journal of Psychology, 7*(23), 3-13.

Ho, C. S., Chee, C. Y. ve Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore, 49*(1), 1-3.

Ho, S. M., Kwong-Lo, R. S., Mak, C. W. ve Wong, J. S. (2005). Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 344.

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study (No. 572).* US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program.

Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology, 85*(3), 551-575.

Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.

Hock, M. ve Krohne, H. W. (2004). Coping with threat and memory for ambiguous information: testing the repressive discontinuity hypothesis. *Emotion, 4*, 65–86. http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.65

Horowitz, M., Wilner, N. ve Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218.

Hoşgör, H. ve Yaman, M. Tükenmişlik sendromu üzerinde COVID-19 korkusunun etkisi: Hastane çalışanları örneği. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi, 2*(2), 400-417. https://doi.org/10.52835/19maysbd.896218

Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., de Almeida, R. M. R., Losada, R., ... ve Schultz, J. H. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight european countries: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research, 23*(1). https://doi.org/10.2196/24983

Huremović D. (2019) Mental Health of Quarantine and Isolation. In: Huremović D. (eds) *Psychiatry of Pandemics.* (sy. 95-118). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_9

Insurance Information Institute (28 Mayıs 2021). *Facts+Statistics: Wildfires*. https://www.iii.org/fact-statistic/facts-statistics-wildfires Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Imai, H., Matsuishi, K., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Akimoto, K., ... ve Mita, T. (2010). Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health, 10*(1), 672. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10672

Işıklı, S. (2006). *Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler.* Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara.

Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K. ve Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 94*, 1345–1352. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x

Javed, S. ve Batool, N. (2021). Do personality and gender mitigate the adverse effects of emotional labor? Empirical evidence from healthcare during COVID-19 pandemic. *Humanities & Social Sciences Reviews, 9*(2), 269-282. https://doi.org/10.18510/hssr.2021.9228

Johnson, S. U., Ebrahimi, O. V. ve Hoffart, A. (2020). PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PloS One, 15*(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... ve Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 11-17. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028

Karadayı, B. S. (2020). *Effect of COVID-19 Pandemic on Burnout in Anesthesiology and Reanimation Specialist and Residents*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana).

Karaman, Y. İ. G. ve Yastıbaş, C. COVID-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi. *Van Tıp Dergisi, 28*(2), 249-257. https://doi.org/10.5505/vtd.2021.55453

Karancı, N. A., Aker, T. A. ve Işıklı, S. (2009). *Yetişkinlerde travmatik olay yaşama yaygınlığı, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişimin değerlendirilmesi*. TÜBİTAK SOBAK Proje No: 109K592, Ankara.

Karancı, N., Aker, A. T. ve Işıklı, S. (2011). *Travmatik yaşantısı olan yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim: boylamsal bir çalışma*. TÜBİTAK SOBAK Proje No: 109K592. Ankara.

Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E. ve Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 22*(3), 227-235. https://doi.org/10.1002/jts.20406

Kesner, L. ve Horáček, J. (2020). Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 217*(3), 475-476. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.106

Kessler, R. C., Rose, S., Koenen, K. C., Karam, E. G., Stang, P. E., Stein, D. J., ... ve Carmen Viana, M. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry, 13*(3), 265-274. https://doi.org/10.1002/wps.20150

Kim, J. S. (2020). Emotional Labor Strategies, Stress, and Burnout Among Hospital Nurses: A Path Analysis. *Journal of Nursing Scholarship, 52*(1), 105-112. https://doi.org/10.1111/jnu.12532

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... ve Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine, 47*(13), 2260-2274. https://doi.org/10.1017/S0033291717000708

Köse, S., Oral, L. ve Türesin, H. (2011). Duygusal emek davranışlarının işgörenlerin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi üzerine sağlık sektöründe bir araştırma. *İşletme Fakültesi Dergisi, 12* (2), 165-185.

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K. ve Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 293*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382

Krok, D., Zarzycka, B. ve Telka, E. (2021). Risk of Contracting COVID-19, Personal Resources and Subjective Well-Being among Healthcare Workers: The Mediating Role of Stress and Meaning-Making. *Journal of Clinical Medicine, 10*(1), 132. https://doi.org/10.3390/jcm10010132

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H. ve Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 139–152. http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00002-4

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. ve Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive–behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957

Ladouceur, R., Gosselin, P. ve Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy, 38*(9), 933–941. http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00133-3

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... ve Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3), e203976-e203976. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lancee, W. J., Maunder, R. G. ve Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatric services, 59*(1), 91-95.

Laposa, J. M. ve Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: Exploration of a cognitive model. *Behavior Research and Therapy, 41*, 49–65. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00123-1

Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., ... ve Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open, 11*(1). http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127

Lau, J. T., Kim, J. H., Tsui, H. ve Griffiths, S. (2007). Perceptions related to human avian influenza and their associations with anticipated psychological and behavioral responses at the onset of outbreak in the Hong Kong Chinese general population. *American Journal of Infection Control, 35*(1), 38-49. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2006.07.010

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C. M., Wong, P. C., Tsang, K. ve Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(4), 233-240. https://doi.org/10.1177/070674370705200405

Lee, J. M. ve Jang, K. W. (2021). The Mediating Effect of Depression on the relationship between Emotional Labor and Somatic Symptoms and Insomnia in Non-Medical Hospital Workers. *Journal of Convergence for Information Technology, 11*(8), 185-193. https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2021.11.08.185

Lee, R. T. ve Brotheridge, C. M. (2011). Words from the heart speak to the heart. *Career Development International, 16*(4), 401-420.

Lee, R. T., Lovell, B. L. ve Brotheridge, C. M. (2010). Relating physician emotional expression to shared understanding and shared decision-making with patients. *International Journal of Work Organisation and Emotion, 3*(4), 336-350. https://doi.org/10.1504/IJWOE.2010.035323

Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T. ve Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry, 87,* 123-127. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.10.003

Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in experimental social psychology, 5*, 119-186. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60091-X

Leventhal, H., Leventhal, E. A. ve Cameron, L. D. (2001). Representations, proecedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual—cognitive model. Baum, A., Revenson T. ve Singer, J. E. (eds.), *Handbook of health psychology* içinde (pp. 19-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Leventhal, H., Meyer, D. ve Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology, 2*, 7-30.

Levin J. (2019) Mental Health Care for Survivors and Healthcare Workers in the Aftermath of an Outbreak. Huremović D. (eds) *Psychiatry of Pandemics* içinde. (sy. 127-141). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_11

Li, Y., Scherer, N., Felix, L. ve Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS One, 16*(3), e0246454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454

Liao, K. Y. ve Wei, M. (2011). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: the moderating and mediating roles of rumination. *Journal of Clinical Psychology, 67*(12), 1220-1239. https://doi.org/10.1002/j clp.20846

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W. ve Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports, 8*(1), 1-10. https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x

Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H. ve Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency Medicine Journal, 24*(1), 12-17. https://doi.org/10.1136/emj.2006.035089

Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... ve Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry, 53*(1), 15-23. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.02.003

Lovecraft, H. P. (1927). Supernatural Horror in Literature. *Collected Essays*, Vol. 2: Literary Criticism içinde. New York: Hippocampus Press.

MacPhail, T. (2010). A Predictable Unpredictability. The 2009 H1N1 pandemic and the concept of "strategic uncertainty" within global public health. *BEHEMOTH-A Journal on Civilisation, 3*(3), 57-77. https://doi.org/10.1524/behe.2010.0020

Mahoney, A. E. ve McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 212–222. http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.622130

Manzano García, G. ve Ayala Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing, 77*(2), 832-844. https://doi.org/10.1111/jan.14642

Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M. ve Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress, 21*(1), 30-47.

Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R. ve Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers duirng the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 5*(9), 16-22.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior, 2*(2), 99-113.

Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. E. ve Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.

Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., ... ve Mita, T. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(4), 353-360. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x

Maunder, R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal*

Society of London. Series B: Biological Sciences, 359. 1117-1125. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., ... ve Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, *168*(10), 1245-1251.

Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., ... ve Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, *12*(12), 1924-1932. https://doi.org/10.3201/eid1212.060584

McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., ... ve Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 241-247. https://doi.org/10.1177/070674370705200406

McEvoy, P. M. ve Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(1), 112-122. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010

McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., ... ve Kessler, R. C. (2017). Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, *211*(6), 373-380. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205955

Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. ve Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *175*, 693–697. https://doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E. ve Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, *74*, 102258. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258

Milne, S., Sheeran, P. ve 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. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02308.x

Morris, J. A. ve Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, *21*(4), 986-1010

Moser Jones, M. (2009). There Is No Such Thing as a Natural Disaster: Race, Class, and Hurricane Katrina. Global Public Health, 4(3), 318–320. https://doi.org/10.1080/17441690902831253

Mosheva, M., Gross, R., Hertz-Palmor, N., Hasson-Ohayon, I., Kaplan, R., Cleper, R., ... ve Pessach, I. M. (2021). The association between witnessing patient death and mental health outcomes in

frontline COVID-19 healthcare workers. *Depression and Anxiety, 38*(4), 468-479. https://doi.org/10.1002/da.23140

Mosolova, E., Sosin, D. ve Mosolov, S. (2021). Stress, anxiety, depression and burnout in frontline health care workers during COVID-19 pandemic: a brief systematic review and new data from Russia. https://doi.org/10.31234/osf.io/je3ch

Mulilis, J. P. ve Lippa, R. (1990). Behavioral change in earthquake preparedness due to negative threat appeals: A test of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 20*(8), 619-638. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb00429.x

Naldi, A., Vallelonga, F., Di Liberto, A., Cavallo, R., Agnesone, M., Gonella, M., ... ve Leombruni, P. (2021). COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: Prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open, 7*(1). https://doi.org/10.1192/bjo.2020.161

Nekić, M. ve Mamić, S. (2019). Intolerance of uncertainty and mindfulness as determinants of anxiety and depression in female students. *Behavioral Sciences, 9*(12), 135. https://doi.org/10.3390/bs9120135

Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., ... ve Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj, 170*(5), 793-798. https://doi.org/0.1053/cmaj.1031077

Nissan, D., Weiss, G., Siman-Tov, M., Spitz, A., Bodas, M., Shenhar, G. ve Adini, B. (2021). Differences in levels of psychological distress, perceived safety, trust, and efficacy amongst hospital personnel during the COVID-19 pandemic. *Research in Nursing & Health, 44*(5), 776-786. https://doi.org/10.1002/nur.22165

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504. https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504

Nolen-Hoeksema, S. ve Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115

Norful, A. A., Rosenfeld, A., Schroeder, K., Travers, J. L. ve Aliyu, S. (2021). Primary drivers and psychological manifestations of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *General Hospital Psychiatry, 69*, 20-26. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.001

Nowicki, G. J., Ślusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A. ve Niedorys, B. (2020). The severity of traumatic stress associated with COVID-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses: research protocol and preliminary

results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 1-18. https://doi.org/10.3390/ijerph17186491

Oglesby, M. E., Boffa, J. W., Short, N. A., Raines, A. M., ve Schmidt, N. B. (2016). Intolerance of uncertainty as a predictor of post-traumatic stress symptoms following a traumatic event. Journal of anxiety disorders, 41, 82-87.

Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Lasheras, I. ve Santabárbara, J. (2021). Prevalence of Depression among Healthcare Workers during the COVID-19 Outbreak: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine, 10*(15), 3406. https://doi.org/10.3390/jcm10153406

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. ve Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52

Öztürk, M., Ertem, G. T., Kotanoğlu, M. S., Erdinç, F. Ş. ve Kınıklı, S. (2021). COVID-19 Pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Dergisi, 54*(1), 70-77. https://doi.org/10.20492/aeahtd.806895

Pan, X., Xiao, Y., Ren, D., Xu, Z. M., Zhang, Q., Yang, L. Y., ... ve Bai, Y. H. (2020). Prevalence of mental health problems and associated risk factors among military healthcare workers in specialized COVID-19 hospitals in Wuhan, China: A cross-sectional survey. *Asia-Pacific Psychiatry*, e12427. https://doi.org/10.1111/appy.12427

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E. ve Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 901-907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Parıldar, H. (2020). Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 30*, 19-26. https://doi.org/10.5222/terh.2020.93764

Park, H., Kim, J. I., Oh, S. ve Kim, J. H. (2018). The impact of emotional labor on the severity of PTSD symptoms in firefighters. *Comprehensive Psychiatry, 83*, 53-58. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.03.002

Peacock, E. J. ve Wong, P. T. (1990). The stress appraisal measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine, 6*(3), 227-236. https://doi.org/10.1002/smi.2460060308

Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. A. ve Ladeira, R. (2020). Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection, 105*(3), 434-437. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038

Perlman, B. ve Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human relations, 35*(4), 283-305. https://doi.org/10.1177/001872678203500402

Pines, A. M. (1993). Burnout. L. Goldberger ve S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* içinde. (pp. 386–402). Free Press.

Pines, A. M. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management, 12*(1), 78-88. https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78

Pines, A. ve Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures.* Free press.

Portoghese, I., Galletta, M., Meloni, F., Piras, I., Finco, G., D'Aloja, E. ve Campagna, M. (2021). Dealing with COVID-19 patients: A moderated mediation model of exposure to patients' death and mental health of Italian health care workers. *Frontiers in Psychology, 12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.622415

Poussin, J. K., Botzen, W. W. ve Aerts, J. C. (2014). Factors of influence on flood damage mitigation behaviour by households. *Environmental Science & Policy, 40*, 69-77. https://doi.org/10.1016/j.envsci.2014.01.013

Purvanova, R. K. ve Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior, 77*(2), 168-185. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006

Rabow, M. W., Huang, C. H. S., White-Hammond, G. E. ve Tucker, R. O. (2021). Witnesses and victims both: Healthcare workers and grief in the time of COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management, 62*(3), 647-656. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139

Ricci Cabello, I., Meneses-Echavez, J. F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., Fiolde Roque, M. A., Pastor Moreno, G., ... ve Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3569883

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93-114. https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. B. L. Cacioppo & L. L. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology: A Sourcebook* içinde (pp. 153–176). London, UK: Guilford.

Rogers, R. W. ve Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants* içinde (pp. 113–132). Plenum Press.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-386. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. ve Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., ... ve Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 790. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790

Sahebi, A., Nejati, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M. ve Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110247. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247

Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., … ve Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health, 18*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1

Sampaio, F., Sequeira, C. ve Teixeira, L. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental Research, 194.* https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A. ve Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of Occupational Health, 62*(1). https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175

Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A. ve Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational ve Social Science Journal, 1*(3), 148-157.

Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A. ve Griffiths, M. D. (2020). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0

Say, A. ve Çakır, D. (2021). COVID-19 pandemisinde geciken tıbbi bakım sürecinin hastalar üzerindeki etkisi. *EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences, 17.* http://dx.doi.org/10.38063/ejons.368

Schauer, M. ve Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology, 218*(2), 109-127. https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018

Selye, H. (1956). *The stress of life*. London: McGraw-Hill Book Company.

Serinçay, H., Mat, G., Ülger, E., Özçakır, A., Alper, Z. ve Uncu, Y. (2021). COVID-19 Pandemisinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 25*(2), 37-46. https://doi.org/10.5222/tahd.2021.58066

Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ….. ve Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 277*, 347-357. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034

Sertöz, Ö. Ö., Tunçel, K. Ö., Sertöz, N., Hepdurgun, C., Haznedaroğlu, İ. D. ve Bor, C. (2021). Burnout in Healthcare Professionals During the Covid-19 Pandemic in a Tertiary Care University Hospital: Evaluation of the Need for Psychological Support. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *32*(2), 75-86. https://doi.org/10.5080/u25964

Shaluf, I. M. (2007). An overview on disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal, 16*(5), 687-703. https://doi.org/10.1108/09653560710837000

Si, M. Y., Su, X. Y., Jiang, Y., Wang, W. J., Gu, X. F., Ma, L., ... ve Qiao, Y. L. (2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious Diseases of Poverty, 9*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0

Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N., ... ve Lv, C. (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 60-65. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002

Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., Kasapinovic, S., Fones, C. ve Gold, W. L. (2008). Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(2), 177-183. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015

Su, T. P., Lien, T. C., Yang, C. Y., Su, Y. L., Wang, J. H., Tsai, S. L. ve Yin, J. C. (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research, 41*(1-2), 119-130. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.12.006

Suh, C. ve Punnett, L. (2021). Surface-acting emotional labor predicts depressive symptoms among health care workers over a 2-year prospective study. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 94*(3), 367-375. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01585-8

Şentürk, S. ve Bakır, N. (2021). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and the Depression, Anxiety and Stress Levels of Nursing Students during the Covid-19 Outbreak. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology, 3*(2), 97-105. https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.2.12

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson.

Taha, S., Matheson, K., Cronin, T. ve Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology, 19*(3), 592-605. https://doi.org/10.1111/bjhp.12058

Treleaven, D. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. W. W. Norton.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. ve Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17,* 233–242. http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00182-2

Tolin, D. F. ve Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959

Torrente, M., Sousa, P. A., Sánchez-Ramos, A., Pimentao, J., Royuela, A., Franco, F., ... ve Provencio, M. (2021). To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open, 11*(2). http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044945

Tunç, P., Gitmez, A. ve Krespi Boothby, M. R. (2014). Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15*(1), 45-54. DOI: 10.5455/apd.45762

Türk Tabipler Birliği (2021, Haziran). *Türkiye'de Sağlık Çalışanı Ölümlerinin Anlattığı.* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/son_son_saglik_emekcileri_olumleri_rapor.pdf Son erişim terihi: 18 Eylül 2021

Türkili S., Uysal Y., Tot Ş. ve Mert E. (2021). Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 15*(2), 348-356. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.853344

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2021, Eylül 18). T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu. https://covid19.saglik.gov.tr/ Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Türkmen, İ. ve Aslan, Ç. E. (2021). COVID-19 Pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının algılanan stres ve duygusal tükenme düzeylerinin incelenmesi. *International Black Sea Coastline Countries Scientific Research Symposium- IV*, 331-340.

Türksoy, N. (2003). *Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik travma ve sonuçları*. (Ed.) T. Aker ve M. E. Önder. İstanbul: 5US Yayınları.

Umberson, D. ve Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(S), S54-S66. https://doi.org/10.1177/0022146510383501

Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard university press.

Wang, L. Q., Zhang, M., Liu, G. M., Nan, S. Y., Li, T., Xu, L., ... ve Liu, F. (2020). Psychological impact of coronavirus disease (2019) (COVID-19) epidemic on medical staff in different posts in China: a multicenter study. *Journal of Psychiatric Research, 129,* 198-205. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.008

Wang, Y., Ma, S., Yang, C., Cai, Z., Hu, S., Zhang, B., ... ve Liu, Z. (2020). Acute psychological effects of Coronavirus Disease 2019 outbreak among healthcare workers in China: a cross-sectional study. *Translational Psychiatry, 10*(1), 1-10. https://doi.org/10.1038/s41398-020-01031-w

Weiss, D. S., ve Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale—Revised, assessing psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford, 399-411.

Witte, K. (1994). Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communications Monographs, 61*(2), 113-134.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communications Monographs, 59*(4), 329-349. https://doi.org/10.1080/03637759209376276

Witte, K. (1996). Fear as motivator, fear as inhibitor: Using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. *Handbook of communication and emotion* içinde (pp. 423-450). Academic Press.

Wong, A. H., Pacella-LaBarbara, M. L., Ray, J. M., Ranney, M. L. ve Chang, B. P. (2020). Healing the healer: protecting emergency health care workers' mental health during COVID-19. *Annals of Emergency Medicine, 76*(4), 379-384. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.04.041

Worldometer (2021, Eylül 18). *Coronavirus*. https://www.worldometers.info/coronavirus/ Son erişim tarihi: 18 Eylül 2021

Wright, K. D., Lebell, M. A. A. ve Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 35-42. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.011

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... ve Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 302-311.

Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X. ve Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders, 274*, 405-410. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081

Yalçın, G., Sayınbatur, B., Karay, E. ve Karakaş, M. (2020). Psychological Stress of Healthcare Workers Caused by the COVID-19 Pandemic. *Dicle Tıp Dergisi, 47*(3), 525-541. https://doi.org/10.5798/dicletip.799626

Yan, J., Kim, S., Zhang, S. X., Foo, M. D., Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S. ve Yáñez, J. A. (2021). Hospitality workers' COVID-19 risk perception and depression: A contingent model based on transactional theory of stress model. *International Journal of Hospitality Management, 95*. https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2021.102935

Yıldırım, M. H. ve Erul, E. E. (2013). Duygusal Emek Davranışının İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 5*(1), 89-99.

Yıldırım, M., Arslan, G. ve Özaslan, A. (2020). Perceived risk and mental health problems among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: exploring the mediating effects of resilience and coronavirus fear. *International Journal of Mental Health and Addiction,* 1-11. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00424-8

Yıldırım, M., Özaslan, A. ve Arslan, G. (2021). Perceived risk and parental coronavirus anxiety in healthcare workers: a moderated mediation role of coronavirus fear and mental well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 1-12. https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1871771

Yin, Q., Sun, Z., Liu, T., Ni, X., Deng, X., Jia, Y., ... ve Liu, W. (2020). Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the corona virus disease 2019. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(3), 384-395. https://doi.org/10.1002/cpp.2477

Yoon, S. L. ve Kim, J. H. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 45*(2), 169-176. https://doi.org/10.1111/jnu.12018

Yuan, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... ve Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of Post-traumatic Stress Symptoms and Its Associations with Quality of Life, Demographic and Clinical Characteristics in COVID-19 Survivors During the Post-COVID-19 Era. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 646. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.665507

Yüncü, V. ve Yılan, Y. (2020). COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Igdir University Journal of Social Sciences, Ek Sayı*, 373-401.

Zandifar, A., Badrfam, R., Khonsari, N. M., Mohammadi, M. R., Asayesh, H. ve Qorbani, M. (2020). Prevalence and associated factors of posttraumatic stress symptoms and stigma among health care workers in contact with COVID-19 patients. *Iranian Journal of Psychiatry, 15*(4), 340. https://doi.org/10.18502/ijps.v15i4.4303

Zhang, H., Shi, Y., Jing, P., Zhan, P., Fang, Y. ve Wang, F. (2020). Posttraumatic stress disorder symptoms in healthcare workers after the peak of the COVID-19 outbreak: a survey of a large

tertiary care hospital in Wuhan. *Psychiatry Research, 294.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113541

Zhang, Y., ElGhaziri, M., Siddique, S., Gore, R., Kurowski, A., Nobrega, S. ve Punnett, L. (2021). Emotional Labor and Depressive Symptoms Among Healthcare Workers: The Role of Sleep. *Workplace Health & Safety, 69*(8), 383-393. https://doi.org/10.1177/21650799211014768.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... ve Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89*(4), 242-250. https://doi.org/10.1159/000507639

Zhou, T., Guan, R. ve Sun, L. (2021). Perceived organizational support and PTSD symptoms of frontline healthcare workers in the outbreak of COVID-19 in Wuhan: The mediating effects of self-efficacy and coping strategies. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 00,* 1-16. https://doi.org/10.1111/aphw.12267

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meryem Cesur tarafından Doç. Dr. Sedat Işıklı danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilmektedir. Okumakta olduğunuz bu form siz değerli katılımcının araştırma koşulları hakkında bilgilendirilmesi için hazırlanmıştır.

Araştırmanın amacı COVID-19 Salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında görülebilecek bazı psikolojik belirtilerle (örneğin; depresif belirtiler) ilişkili olabilecek bireysel faktörlerin (örneğin; belirsizliğe tahammülsüzlük) incelenmesidir.

Araştırma kapsamında yaklaşık 30-35 dakika süren bir anket setini doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma boyunca sizden bu onam formu dışında herhangi bir kimlik bilgisi veya kurum belirleyici isim istenmeyecektir. Onam formları anketlere verdiğiniz cevaplarla eşleştirilmeden sadece araştırma yürütücüsü tarafından muhafaza edilecektir. Ayrıca çalışmada verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından bu tez çalışması kapsamında değerlendirilecektir.

Anket setini doldururken istemediğiniz sorulara cevap verme zorunluluğunuz bulunmamaktadır, fakat araştırma sonunda güvenilir ve anlamlı veriler elde edilebilmesi için soruları mümkün olduğu kadar eksik bırakmamanız ve sorulara samimi bir şekilde cevap vermeniz oldukça önemlidir.

Yapılacak olan araştırmada uygulamaya bağlı herhangi bir risk veya kişisel rahatsızlık hissi oluşturacak sorular ve uygulamalar yer almamaktadır. Ancak, katılımınız sırasında herhangi bir rahatsızlık hisseder veya risk altında olduğunuzu düşünürseniz, çalışmadan hiçbir gerekçe göstermeden çekilebilirsiniz. Bu araştırmaya katılımınız sırasında tahmin edilenden daha fazla sıkıntı yaşamanız ve yardım almak istemeniz durumunda araştırmanın yürütücüsüne de danışılarak gereken yönlendirme yapılacaktır. Ayrıca, bu gibi bir durumda cevaplarınız çalışmaya dahil edilmeyecektir.

Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izin ve onay alınmıştır. Araştırma öncesinde veya sonrasında, çalışmayla ilgili sormak istediğiniz herhangi bir soru varsa araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Ayrıca, araştırma sonrasında çalışmaya dair daha fazla bilgi

almak isterseniz ..... adresinden Doç. Dr. Sedat İşıklı'ya ya da .....adresinden Psikolog Meryem Cesur'a ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Eğer bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istiyorsanız, lütfen aşağıdaki ibareyi onay ibaresini okuyarak imzalayınız.

Psk. Meryem Cesur ve Doç. Dr. Sedat İşıklı tarafından yürütülmekte olan bu çalışmanın bilgilerini yukarıdaki açıklamada okudum ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmakla ilgili sormak istediğim soruları araştırmacılara sorabileceğimi ve çalışmadan herhangi bir neden göstermeden istediğim zaman ayrılabileceğimi biliyorum. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'nca onaylanan çalışmaya, verdiğim bilgilerin ve cevapların çalışma kapsamında bilimsel amaçlar çerçevesinde kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacı Bilgileri:

Adı- Soyadı: Meryem Cesur

Adres: Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Sorumlu Araştırmacı Bilgileri:

Adı-Soyadı: Sedat Işıklı

Unvanı: Doç. Dr.

Görev yeri: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Ek 2: Demografik Bilgi Formu

Yönerge: Sizden, diğer ölçekleri cevaplandırmadan önce öncelikle aşağıda kişisel bilgilerinizle ilgili olan soruları cevaplandırmanızı rica ediyoruz.

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz:

Kadın ( ) Erkek ( ) Diğer ( ) Belirtmek İstemiyorum ( )

3. Medeni Durumunuz:

Bekar ( ) Evli/ Birlikte Yaşıyor ( ) Ayrılmış/ Boşanmış ( )

4. Çocuğunuz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise kaç çocuğunuz olduğunu yaşlarıyla birlikte belirtiniz…….

5. Eğitim Durumunuz (En son aldığınız diplomaya göre):

Okur Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )

Yüksekokul ( ) Üniversite( ) Lisansüstü ( )

6. Sağlık çalışanı olarak göreviniz nedir?

( ) Hekim ( ) Hemşire ( ) Diyetisyen ( ) Sosyal Hizmet Uzmanı

( ) Masa başı çalışanı ( ) Radyoloji Teknisyen ( ) Laboratuvar Teknisyeni ( ) Eczacı

( ) Paramedik/ Acil Tıp Teknikeri ( ) Ambulans Şoförü ( ) Hasta Bakıcı

( ) Temizlik Görevlisi ( ) Sekreter ( ) Güvenlik Görevlisi ( ) Diğer: _____

7. Görev Yeriniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

( ) Acil Servis ( ) Yataklı Servis ( ) Poliklinik ( ) Yoğun Bakım

( ) COVID- 19 Yoğun Bakım Servisi ( ) COVID- 19 Yataklı Servis

( ) Biyokimya Laboratuvarı ( ) Filyasyon Ekibi ( ) Ambulans ( ) Hastane İdare Ofisi

( ) Aile Sağlık Merkezi ( ) Eczane ( ) Diğer: _____

8. Hane geliriniz (aylık):

( ) 0- Asgari ücret ( ) Asgari ücret - 3500 TL ( ) 3500- 5000 TL ( ) 5000- 7229 TL

( )7230- 10000 TL ( ) 10000- 15000 TL ( ) 15000- 22000 TL ( ) 22000 TL ve üzeri

9. Hangi ilde ikamet ediyorsunuz? _____

10. Salgın nedeniyle yaşadığınız yeri değiştirmeniz gerekti mi?

Hayır ( )

Evet (lütfen daha önce nerede yaşadığınızı belirtin)_____

11. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

( ) Yalnız ( ) Evcil hayvan(lar)ımla ( ) Partnerimle ( ) Eşim ve/veya çocuklarımla

( ) Ebeveyn(ler)imle ( ) Geniş ailemle (teyze, amca, büyükanne, vb.) ( ) Ev arkadaş(lar)ımla

( ) Diğer_____

12. Bakmakla yükümlü olduğunuz bir yakınınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Evet ise bakmakla yükümlü olduğunuz kişilerin kim ya da kimler olduğunu belirtiniz:_____

13. COVİD-19 salgını sonrasında bakmakla yükümlü olduğunuz bir yakınınız oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

14. Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet( ) Hayır ( )

Evet ise lütfen belirtiniz: _____

15. Psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

Evet( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz: _____

16. COVİD-19 aşısı ile ilgili aşağıdaki durumlardan size uygun olanını seçiniz.

( ) COVİD-19 için ülkemize getirilen aşıyı hiçbir zaman yaptırmayacağım.

( ) COVİD-19 için ülkemize getirilen aşının yan etkileri olup olmadığını görmeden aşıyı yaptırmayacağım.
( ) COVİD-19 için ülkemize getirilen aşıyı yaptırmakta kararsızım.
( ) COVİD-19 için ülkemize getirilen aşıyı yaptıracağım.
( ) İki evreli COVİD-19 aşısının birinci evresini yaptırdım.
( ) İki evreli COVİD-19 aşısının tüm evrelerini tamamladım.

Aşıyı yaptırdıysanız COVİD-19 aşısını ne zaman yaptırdınız? (İki evreli olarak yapılan aşının ilk evresini yaptırdığınız zamana göre yanıtlayınız)
( ) 2-6 gün önce ( ) 7-14 gün önce ( ) 15-30 gün önce ( ) 30 günden fazla zaman önce

17. Türkiye'deki sağlık sistemine ne kadar güveniyorsunuz?

( )Çok güveniyorum ( )Biraz Güveniyorum ( )Kararsızım
( )Biraz Güvenmiyorum ( )Hiç güvenmiyorum

18. COVİD-19 salgını sürecinde aşağıdaki durumlardan hangisini ya da hangilerini yaşadınız veya yaşamaktasınız:

( ) COVİD-19 testi yaptırdım, sonuç negatif çıktı
( ) COVİD-19 tanısı aldım
( ) Kendi evimde COVİD-19 tedavisi gördüm

( ) Zorunlu olarak en az 14 gün karantinada kaldım
(Bu seçeneği işaretlediyseniz) Karantinaya nerede girmeniz gerekti?
( )Evimde
( )Karantina yurtlarında
( )Diğer …….

( )Hastanede yatarak COVİD-19 tedavisi aldım
(Bu seçeneği işaretlediyseniz)
( )Serviste/ poliklinikte tedavi aldım.
( )Yoğun bakımda tedavi aldım.
( )Yoğun bakımda entübe edildim (solunum desteği aldım).

( )Yakınım veya yakınlarım COVİD-19 tanısı aldı.

( )Bir yakınımın karantinada kalması gerekti.

( )COVİD-19'a bağlı olarak yakınımı ya da yakınlarımı kaybettim.
(Bu seçeneği işaretlediyseniz) Kimi ya da kimleri kaybettiğinizi belirtiniz:……

( ) İş arkadaş(lar)ım COVID-19 tanısı aldı.
( ) COVID-19 tanısı alan iş arkadaş(lar)ım tedavi için hastanede yattı.
( ) COVID-19 tanısı alan iş arkadaş(lar)ım kendi evinde/evlerinde zorunlu izolasyon uygulayarak tedavi oldu.

( ) COVID-19 sebebiyle iş arkadaş(lar)ımı kaybettim.
(Bu seçeneği işaretlediyseniz) Kimi ya da kimleri kaybettiğinizi belirtiniz:……

( ) COVID-19 salgını sırasında tedavisinden sorumlu olduğum kişi/ kişileri kaybettim.

19. COVİD-19 salgınıyla birlikte (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

( ) Eğitimim aksadı. ( ) Düğünüm/nişanım ertelendi/iptal oldu
( ) Önceden planlanmış bir seyahatim iptal oldu ( ) Bir yakınımın cenazesine katılamadım
( ) İşten çıkarıldım ( ) Gelirim azaldı ( ) Pandemiye bağlı ek ödeme aldım
( ) Borçlandım/ borcumu ödeyemedim ( ) Sevdiklerimi/ yakınlarımı ziyaret edemiyorum
( ) İbadetimi gerektiği gibi yapamıyorum ( ) Düzenli gördüğüm tedavim aksadı
( ) Aynı evi paylaştığım kişilerle ilişkim bozuldu ( )Diğer _____

20. COVİD-19 salgınına ilişkin haberleri hangi kaynaklardan takip ediyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

( ) T.C Sağlık Bakanlığının açıklamalarından
( ) Dünya Sağlık Örgütü'nden
( ) COVİD-19 Bilim Kurulu üyelerinin açıklamalarından
( ) Günlük gazetelerden
( ) Ulusal televizyon kanallarından
( ) Uluslararası televizyon kanallarından
( ) İnternet haber kaynaklarından
( ) Sosyal medyadan (twitter, facebook vs.)

( ) Yakın çevremden öğreniyorum

21. COVİD-19 salgınına ilişkin bu haber kaynaklarını takip etmek için günlük ne kadar süre ayırıyorsunuz? _____

22. Sizce, COVİD-19 salgınına ilişkin şimdiye kadar alınan önlemler ne kadar yeterli? (5'li Likert)

( )Tamamen yeterli
( ) Biraz yeterli
( )Ne yeterli ne yetersiz
( ) Biraz yetersiz
( )Tamamen yetersiz

23. Sizce ek önlem alınması gerekiyor mu?

( ) Evet ise belirtiniz _____
( ) Hayır

24. COVİD-19 salgını sürecinde yaptığınız işle ilgili olarak herhangi bir ayrımcılığa uğradınız mı? Lütfen kısaca açıklayın.

_____

25. COVİD-19 salgını <u>öncesinde</u> aşağıdaki olaylardan hangisini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ) Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama
( ) Doğal afet
( ) Cinsel saldırıya uğrama
( ) Fiziksel saldırıya uğrama
( ) Askeri çatışma ya da savaş alanında bulunma
( ) Hapsedilme
( ) İşkenceye maruz kalma
( ) Yaşamı tehdit eden bir hastalık
( ) Sevilen ya da yakın birinin ani ve beklenmedik ölümü
( ) Bunların dışında: _____

26. COVID-19 salgını boyunca kullanabileceğimiz yeterli düzeyde kişisel koruyucu ekipman, maske ve dezenfektan sağlandı.

( ) Evet ( ) Hayır

27. Hizmet verdiğiniz kişi veya kişilerin size anlattığı ve sizi en çok etkilediğini düşündüğünüz hikâyeyi (olayı yaşayan kişi veya kişilerin kimliklerini belirtmeden) kısaca anlatınız.

_____

_____

_____

Sizi en çok etkileyen bu hikâyeyi düşündüğünüzde aşağıda sıralanan üç cümleye nasıl yanıt verirdiniz?

1. "Hikâyede geçen kişi ben de olabilirdim."

Evet ( ) Hayır ( )

2. "Hikâyede geçen kişi yakın bir arkadaşım olabilirdi."

Evet ( ) Hayır ( )

3. "Hikâyede geçen kişi ailemden biri (eşim, çocuğum, annem/babam) olabilirdi."

Evet ( ) Hayır ( )

28. Son olarak lütfen aşağıdaki cümleleri COVID-19 pandemisi boyunca yaşadıklarınızı düşünerek cevaplayınız.

		0 Hiçbir Zaman	1 Nadiren	2 Bazen	3 Her zaman
1	Enfekte olmaktan endişelendim				
2	Virüsü aileme bulaştırmaktan endişelendim				

3	İşe gidip gelirken virüs bulaşabileceğinden endişelendim				
4	Enfeksiyondan korunma ve enfeksiyonu önleme konusunda bilgi eksikliğim olduğunu düşündüm				
5	Virüsün bulaşıcılık ve hasta etme derecesi hakkında bilgi eksikliği hissettim				
6	Ülke veya yerel yönetim tarafından korunduğumu hissettim				
7	Hastane yönetimi tarafından korunduğumu hissettim				
8	Enfekte olduğumda maddi kayıp yaşamaktan endişelendim				
9	Çalışmaktan çekindiğimi hissettim				
10	Yalnız bırakıldığımı hissettim				
11	Taşkın (yersiz neşe ve coşku) bir ruh hali hissettim				
12	Kendimi çalışmak için hevesli hissettim				
13	Çalışmaktan başka bir seçeneğim olmadığını hissettim				

Eğer çocuğunuz/ çocuklarınız var ise lütfen aşağıdaki cümleyi de yanıtlayınız.

14	Okulların kapalı olmasının da etkisiyle artan çocuk bakımının yükünü hissettim				

Ek 3: Olay Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R)

Yönerge: Aşağıda, stresli bir yaşam olayından sonra insanların yaşayabileceği bazı zorlukların bir listesi sunulmuştur. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz. **GEÇTIĞIMIZ YEDI GÜN IÇERISINDE,** yaşadığınız **COVID-19 Salgını'nı** düşünerek, bu zorlukların sizi ne kadar rahatsız ettiğini cümlelerin sağındaki beş kutucuktan yalnızca birini işaretleyerek belirtiniz.

	Hiç 0	**Biraz 1**	**Orta Düzeyde 2**	**Fazla 3**	**Çok fazla 4**
1. Olayı hatırlatan her türlü şey, olayla ilgili duygularımı yeniden ortaya çıkardı	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
2. Uykuyu sürdürmekte güçlük çektim	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
3. Başka şeyler benim olay hakkında düşünmeyi sürdürmeme neden oldu	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
4. Alıngan ve kızgın hissettim.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
5. Olayı düşündüğümde ya da hatırladığımda, bu konunun beni üzmesine izin vermedim.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
6. Düşünmek istemediğim halde olay düşündüm	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
7. Olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
8. Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
9. Olayla ilgili görüntüler aniden zihnimde canlandı	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
10. Ürkek ve diken üstünde hissettim	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
11. Olay hakkında düşünmemeye çalıştım	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
12. Olayla ilgili olarak hala pek çok duygum vardı, ancak bunlarla hiç ilgilenmedim	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*

13. Olayla ilgili hissizleşmiş gibiydim	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
14. Kendimi olayın olduğu andaki gibi davranırken veya hissederken bulduğum oldu.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
15. Uykuya dalmakta güçlük çektim.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
16. Olayla ilgili çok yoğun duygu değişiklikleri yaşadım.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
17. Olayı hafızamdan (belleğimden) silmeye çalıştım	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
18. Dikkatimi toplamakta zorlandım.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
19. Olayı hatırlatan şeyler fiziksel tepkiler göstermeme neden oldu (örneğin terleme, nefes almada güçlük, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, gibi).	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
20. Olayla ilgili rüyalar gördüm	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
21. Kendimi tetikte ve savunma durumunda hissettim.	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*
22. Olay hakkında konuşmamaya çalıştım	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*

Ek 4: Beck Depresyon Envanteri

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2) a. Gelecekten umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3) a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum

d. Kendimden nefret ediyorum
8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum

b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Ek 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Yönerge: Aşağıda çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatle okuyunuz. İlgili ifadeye ait değerlendirmenizi COVID-19 Salgını sürecini de göz önünde bulundurarak 'Her zaman'dan 'Hiçbir zaman'a uzanan aralıklardan size uygun olanı seçerek işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok nadir	Hiçbir Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına					

en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla					

stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Ek 6: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun** anlamına gelmektedir.					
1.Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2.Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3.İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4. En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5.Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6.Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7.Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8.Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9.Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10. Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışamam.	1	2	3	4	5
11. En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12.Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Ek 7: Duygusal Emek Ölçeği

Yönerge: COVID-19 Salgını sürecinde mesleğinizi yerine getirirken, hizmet verdiğiniz kişileri dikkate alarak, aşağıda belirtilen her bir durumu ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	**Çok nadir**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
1. Gerçekten hissetmediğim duyguları hissediyormuş gibi rol yaparım.					
2. Hissetmediğim ancak benden hissetmem beklenilen duyguları gösteririm.					
3. Hissetmediğim duyguları gösteririm.					
4. İşimin bir parçası olarak göstermem gereken duyguları gerçekten de hissedebilmek için çaba sarf ederim.					
5. Göstermem gereken duyguları gerçekten de hissetmeye çaba gösteririm.					
6. Başkalarına karşı göstermem gereken duyguları gerçekten de hissedebilmek için çaba sarf ederim.					
7. Hissettiklerimi gizlerim.					
8. Bir durum hakkındaki gerçek duygularımı gizlerim.					
9. Gerçek duygularımı ifade etmeye karşı direnç gösteririm.					

Ek 8: Etik Komisyon İzni

Tarih: 16/11/2020
Sayı: 35853172-300-E.00001324811

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172-300
Konu : Meryem CESUR (Etik Komisyon İzni)

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.10.2020 tarihli ve E-12908312-300-00001301103 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Meryem CESUR**'un **Doç. Dr. Sedat IŞIKLI** danışmanlığında hazırladığı **"COVID-19 Salgınında Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi"** başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **10 Kasım 2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr adresinden 138ac3ee-9bcd-4506-bd26-c1021aed69e8 kodu 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 TOP[illegible]

Ek 9: Orijinallik Raporu

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 26/01/2022

Tez Başlığı : COVID-19 Salgını'nda Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 148 sayfalık kısmına ilişkin, 26/01/2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10 'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
2- ☒ Kaynakça hariç
3- ☐ Alıntılar hariç
4- ☒ Alıntılar dâhil
5- ☒ 5 kelimeden 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 tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Meryem ABA
Öğrenci No: N19138456
Anabilim Dalı: Psikoloji
Programı: Klinik Psikoloji

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Doç. Dr. Sedat İşıklı
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
MASTER'S THESIS ORIGINALITY REPORT

HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
PSYCHOLOGY DEPARTMENT

Date: 26/01/2022

Thesis Title : Examining the Role of Intolerance of Uncertainty, Perceived Threat Dimension and Emotional Labor Variables as Predictors of Post-Traumatic Stress Symptoms, Depressive Symptoms and Burnout Symptoms in Healthcare Workers Working in the COVID-19 Outbreak

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 26/ 01/2022 for the total of 148 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 10 %.

Filtering options applied:

1. ☒ Approval and Decleration sections excluded
2. ☒ Bibliography/Works Cited excluded
3. ☐ Quotes excluded
4. ☒ Quotes included
5. ☒ Match size up to 5 words excluded

I 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.

Date and Signature

Name Surname:	Meryem ABA
Student No:	N19138456
Department:	Psychology
Program:	Clinical Psychology

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Assoc. Prof. Sedat İşıklı

(Title, Name Surname, Signature)