

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
ANKSİYETE, DEPRESYON, RUHSAL BELİRTİ DÜZEYİ VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyye Azra AKDEMİR

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN**

İSTANBUL – 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
ANKSİYETE, DEPRESYON, RUHSAL BELİRTİ DÜZEYİ VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyye Azra AKDEMİR

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez 23/02/2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sümeyye Azra AKDEMİR

23.02.2022

ÖNSÖZ

Tez sürecimin en zor anında karşıma çıkan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum danışmanlığımı üstlenen, değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak gece gündüz demeden yardımlarını esirgemeyen, güvenini ve desteğini her zaman gösteren, sorduğum her soruyu sabırla yanıtlayan, uzmanlık ünvanıma katkı sağlayan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN'a teşekkür ederim.

Yükseklisans eğitimim boyunca bu meslekte bana ışık olacak hayata farklı açıdan bakmamı sağlayan, insanları sadece kitaplardan okuduğumla değil gerçekten anlayabilmenin önemini öğreten, paylaştıkları bilgi ve deneyimlerle mesleğimi daha çok sevmemi sağlayan çok değerli hocalarım; Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Dr. Anıl GÜNDÜZ ve Dr. Burcu SEVİM'e teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan, almış olduğum her kararında arkamda duran, benim bugünlere gelmemi sağlayan, sayısız fedakarlıklarda bulunan, sevgisini ve duasını hep hissettiren, düştüğümde ayağa kaldıran, maddi ve manevi her konuda beni destekleyen, hayallerime ulaşmamda büyük emekleri olan, haklarını hayatım boyunca ödeyemeceğim varlıklarına her zaman şükrettiğim babam Fuat AKDEMİR annem Nuray Akdemir, kardeşlerim Dilha AKDEMİR ve Mehmet Hazar AKDEMİR en çok teşekkürü sizlere ederim, iyi ki benim ailemsiniz.

Sümeyye Azra AKDEMİR

23.02.2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	6
1.1. Anksiyete Kavramı	6
1.1.1. Anksiyete Bozuklukları	7
1.1.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9
1.1.1.2. Panik Bozukluk	9
1.1.1.3. Özgül Fobi	10
1.1.1.4. Agorafobi	10
1.1.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	11
1.1.2. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler	12
1.1.3. Anksiyetenin Klinik Özellikleri ve Tedavisi	13
1.2. Depresyon Kavramı	14
1.2.1. Depresyon Belirtileri	16
1.2.2. Depresyon Nedenleri	17
1.2.3. Depresyon Tedavisi	18
1.3. Stres Kavramı	20
1.3.1. Stres Nedenleri	21
1.3.2. Stresle Başa Çıkma	22
1.3.3. Stresle Başa Çıkma Davranışları	23
1.3.3.1. Problem Odaklı Başa Çıkma	23
1.3.3.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma	23
1.4. Tükenmişlik Kavramı	24
1.4.1. Tükenmişliğin Boyutları	24
1.4.2. Tükenmişliğin Belirtileri	25
1.4.3. Tükenmişlikle Başa Çıkma	26
BÖLÜM 2: YÖNTEM	28
2.1. Araştırmanın Modeli	28
2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları	28

2.3. Evren ve Örneklem.....	28
2.4. Veri Toplama Araçları.....	29
2.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	29
2.4.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	29
2.4.3. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)	30
2.4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	30
2.4.5. Beck Depresyon Ölçeği	32
2.5. Veri Analizi	32
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	33
3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular	33
3.2. Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular	37
3.3. Katılımcıların Pandemi Dönemindeki Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	46
3.4. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki.....	50
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	52
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKÇA	63
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	91

KISALTMALAR

Akt.	: Aktaran
APA	: American Psychiatric Association (Amerika Psikoloji Derneği)
DSM 5	: Beşinci Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
Vd	: Ve Diğerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 2: Katılımcıların Pandemi Dönemine İlişkin Bulguları	35
Tablo 3: Katılımcıların Ortalama Yaş ve Çalışma Süresine Göre Ortalama Değerleri ve Ölçek Skorlarının Ortalama Değerleri.....	37
Tablo 4: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre t Testinin Sonuçları	38
Tablo 5: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	39
Tablo 6: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	40
Tablo 7: Katılımcıların Eğitim Gurumu Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	41
Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	42
Tablo 9: Katılımcıların Çalışma Süresi Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	43
Tablo 10: Katılımcıların Çalışma Süresi Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi	44
Tablo 11: Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre t Testinin Sonuçları.....	45
Tablo 12: Katılımcıların Mesleki Unvanlarına Göre Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	45
Tablo 13: Katılımcıların Covid-19 Geçirme Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları	46
Tablo 14: Katılımcıların Covid-19 Aşısı Olma Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları	47
Tablo 15: Katılımcıların Covid-19 Hastası ile Temas Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları.....	47
Tablo 16: Katılımcıların Rahatsız İken Nöbet Tutma Durumu ile Araştırma Değişkenlerinin Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları.....	48
Tablo 17: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri	49
Tablo 18: Katılımcıların Depresyon Düzeyleri	49
Tablo 19: Katılımcıların Durumluk ve Sürekli Kaygı, Depresyon, Tükenmişlik ve Ruhsal Belirti Puanlarının Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları	50

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Anksiyete, Depresyon, Ruhsal Belirti Düzeyi ve Tükenmişlik Düzeylerinin İlişkisinin İncelenmesi

Tezin Yazarı: Sümeyye Azra AKDEMİR **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

Kabul Tarihi: 23.02.2022

Sayfa Sayısı: iv (ön kısım) + 79 (tez) + 11

Anabilimdalı: Psikoloji

Bilimdalı: Klinik Psikoloji

Bu çalışmada pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisi incelenmiştir. Covid-19 pandemisi 12 Mart 2020 tarihinden itibaren tüm dünyada hızla yayılmaya başlamıştır. Pandemiler genel olarak, halk sağlığı bakımından ciddi fiziksel ve ruhsal sorunlara, can kaybına neden olarak tehdit oluşturmaktadırlar. Sağlık çalışanları ise meslek grubu olarak pandemilerde yüksek risk taşımaktadır. Pandemi döneminde insanların pek çoğu uygulanan tedbirler kapsamında evlerinde kapalı kalırken, farklı alanlarda görev alan sağlık çalışanları yaşanan zorluk karşısında özveri ile mücadelelerine devam etmişlerdir. Bu kapsamda araştırmanın amacına uygun olarak pandemi İstanbul ilindeki sağlık kuruluşlarında aktif görev almış 18-65 yaş aralığındaki 324 sağlık çalışanı ile anket çalışması yürütülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2) ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni, durum, çalışma süresi, eğitim durumu değişkenlerine göre ölçeklerden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların orta düzeyde depresyon, kaygı, tükenmişlik, ruhsal belirti puanlarına sahip oldukları, kullanılan her ölçek ve boyutları ile ölçek ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve aralarında kuvvetli ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Ruhsal Belirti, Genel Sağlık, Tükenmişlik Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

İstanbul Kent University Institute of Graduate Education-Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Investigation of the Relationship between Anxiety, Depression, Mental Symptom and Burnout in Health Care Professionals During the Pandemic Period

Author: Sümeyye Azra AKDEMİR **Supervisor:** Dr. Lecturer Erkal ERZİNCAN

Date: 23.02.2022

Nu. of pages: iv(pre text) + 79 (main body)+11

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

In this study, the relationship between anxiety, depression, mental symptom and burnout in healthcare workers during the pandemic period was investigated. The Covid-19 pandemic has started to spread rapidly all over the world as of March 12, 2020. Pandemics generally pose a threat to public health by causing serious physical and mental problems and loss of life. Healthcare workers, on the other hand, are at high risk in pandemics as a professional group. While most of the people remained closed at home within the scope of the measures implemented during the pandemic period, the healthcare professionals working in different areas continued their struggle with self-sacrifice in the face of the difficulties. In this context, in accordance with the purpose of the research, a survey was conducted with 324 healthcare professionals aged between 18-65 who took an active role in health institutions in the province of Istanbul during the pandemic. Sociodemographic information form prepared by the researcher, Maslach Burnout Scale, Beck Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1 and 2) and General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) were used as data collection tools in the study. As a result of the study, it was determined that there was no significant difference in the mean scores of health workers from the scales and sub-dimensions according to the variables of age, gender, marital status, working time, and educational status during the pandemic period. In addition, it was determined that the participants had moderate depression, anxiety, burnout and general health scores, the correlation coefficients between each scale and its dimensions and the scale averages were statistically significant and there was a strong correlation between them.

Keywords: Depression, Anxiety, Mental Symptom, General Health, Burnout, Health Professionals

GİRİŞ

Çalışmanın Konusu

İlk defa 2019 yılı son dönemlerinde Çin’de Hubei Bölgesinde bulunan Wuhan şehrinde görülen ve Covid-19 olarak tanımlanan hastalığı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak duyurmuştur (Zu vd., 2020). Bu süreçten itibaren dünya çapında etkili olmaya devam eden pandemi insanlık adına ciddi bir tehdit oluşturmakla birlikte, İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi’nin açıklamasına göre virüs ile en yakın mesafede bulunan sağlık çalışanlarının en yüksek riskli grupta yer almaktadır (Türk Toraks Derneği, 2020).

WHO tarafından salgının pandemi olarak tanımlanması ile birlikte küresel düzeyde önlemler alınmıştır. Alınan önlemler kapsamında karantina, izolasyon, geçici kapatma gibi uygulamalar salgını önlemede ve sağlık sistemlerindeki etkiyi azaltmada faydalı olsa da salgına bağlı olarak yaşanan kaygı ve korkuyu da beslemektedir. Aynı zamanda bu önlemlerin bazı sosyal, psikolojik ve ekonomik sonuçlarının da olacağı belirtilmektedir. Özellikle etkili aşı, tedavi süreci, virüsün bulaşma yollarına ilişkin net bir sonucun alınamaması insanların genelinde korku, kaygı, çaresizliğe neden olduğu ve insan davranışlarının olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (Ho, Chee ve Ho, 2020). Bu durumun sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin daha yoğun olacağı söylenebilir.

Pandemi etkenlerine yakalanma riski bakımından sağlık çalışanları her zaman en yüksek risk grubunda yer almışlardır. Tüm pandemilerde sağlık çalışanlarının yaşamlarını riske atarak hastalık ile mücadele ettikleri de görülmektedir. Her sağlık kuruluşunda görevli olan doktorlar, hemşireler ile diğer sağlık çalışanları üst düzeyde salgın stresine maruz kalmaktalar, aynı zamanda salgının psikolojik sonuçları ile mücadele etmeye çalışırlar.

Covid-19 gibi yaygın küresel bir salgınla aktif şekilde mücadele edenlerin psikososyal ihtiyaçlarının ve belirtilerinin yakından takip edilmesi, korunmaları, desteklenmeleri bir gerekliliktir. Pandemielerde aktif çalışmak dahi ciddi bir zorluktur. Yapılan pek çok çalışmada salgınlarda görev alan sağlık çalışanlarının travmatik olmasa dahi psikolojik açıdan stres, depresyon, anksiyete, tükenmişlik gibi etkilere maruz kaldıkları belirtilmektedir (Suwantarat ve Apisarnthanarak, 2015). Pandemi sürecinde bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını destekleyici uygulamaların belirlenerek hayata

geçirilmesi önem arz etmektedir (Erdoğdu, Koçoğlu ve Sevim, 2020). Bu bağlamda çalışmanın konusunu pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisinin belirlenmesi oluşturmaktadır.

Çalışmanın Amacı ve Önemi

Dünya genelinde etkili olan salgınlar, pandemi terimi ile nitelendirilmektedir. Bu salgınların insan sağlığına hayati etkilerinin olması yanında fizyolojik etkilerinden dolayı toplumun her bireyi tarafından yakından takip edildiği görölmektedir. Ancak pandemilerin diğer bir etkisi ise insan psikolojisinde bıraktığı izler de bulunmaktadır. Fiziksel etkilerin çok can yakıcı olması ya da ölümcül olmasından dolayı psikolojik etkiler dikkat çekmese de bunların iyileşme süresi fiziksel etkilerden daha uzun sürebilmektedir (Ahorsu vd., 2020).

Literatürde pandemilerde sağlık çalışanlarında anksiyete, travma sonrası stres, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar, tükenmişlik gibi psikolojik bozukların toplumun geneline göre daha fazla göröldüğüne ilişkin yapılmış bazı çalışmaların sonuçları bulunmaktadır. Salgınların neden olduğu psikolojik etkinin, bireylerin mesleği ile bağlantısını ortaya koyan çalışmalar vardır. Örnek vermek gerekirse, SARS virüsünün hastane çalışanlarındaki psikososyal etkilerinin incelendiği çalışmalarda hemşirelerin en fazla etkilendiği meslek grubu olduğu belirlenmiştir. Özyeterlik algısı düşük çalışanlarda psikolojik belirtilerin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Marjanovic vd., 2007). Çin'de yapılan bir araştırmada ise, Covid-19 servislerindeki sağlık çalışanlarında hemşirelerin doktorlardan fazla, kadınların da erkeklerden fazla psikolojik belirti gösterdiği ortaya konmuştur (Huang vd., 2020).

Alanyazın incelemesinde pandemi sürecinin yetişkinlerde stres düzeyini arttırdığı, öfke, korku, kaygı gibi olumsuz duygusal tepkilere neden olduğu, kaygı bozuklukları, travma sonrasında stres bozukluğu, depresif bozukluklar gibi ruhsal rahatsızlıklara yatkınlığı arttırdığı, uykusuzluk, intihar düşünceleri gibi ruhsal belirtilerin nedeni olduğu söylenebilir (Bekaroğlu ve Yılmaz, 2020). Alanyazında afetler ile ilgili yapılan ruhsal çalışmalarda salgınlarda toplumların duygusal sorunlar yaşandığı belirtilmektedir. Bu nedenle Covid-19 pandemisinden etkilenen toplumların ruhsal olarak olumsuz etkileneceğıne kesin olarak kabul edilebilir. Pandemi dönemindeki en önemli sorunlar

arasında gösterilen ekonomik krizler ve bununla açığa çıkan belirsizlikler nedeniyle bireylerde intihar düşünceleri de ortaya çıkabilir (Pfefferbaum ve North, 2020). Çalışmaların bir kısmında ise Covid-19 geçiren veya şüphe duyulan bireylerin can sıkıntısı, kaygı, korku, öfke, uykusuzluk gibi yoğun davranışsal ve duygusal tepkilerde bulunduğu belirlenmiştir (Brooks vd., 2020; Ornell vd., 2020). Buna benzer tepkiler travmadan sonra stres bozukluğu ve panik bozukluk gibi bozukluklar ile paranoid ve psikotik belirtilerle, intihar etme davranışı ile doğrudan ilişkilendirilmiştir (Xiang, 2020). Pandemi döneminde özellikle karantinada tutulmuş olan bireylerde bu semptomlar sıklıkla görülebilmektedir (Brooks vd., 2020).

Bireyin psikolojik büyüme veya psikolojik bir yara geliştirmesi, buna benzer deneyimler öncesi, deneyimler sırasında ve sonrasında desteklenmelerine bağlı olarak etkilenebilir. Alanyazında ahlaki yaralanma, tıp eğitimi alan öğrencilerin stajları sırasında beklemedikleri şekilde herhangi bir travmaya maruz kalmaları ile ilişkilendirilmiştir (Murray vd., 2018). Bu durum tıp öğrencilerinin yanı sıra Covid-19 pandemisine hazırlığı olmayan sağlık çalışanları tarafından da yaşanabilir. Sağlık çalışanları böyle bir salgın yaşandığında ellerinden geldiklerini yaptıklarını düşünerek yaşamlarına devam etmek yerine yaptıklarının yetersiz olduğuna ilişkin düşüncelere kapılabilirler. Her sağlık çalışanının bu durumdan olumsuz etkilendiğinin düşünülmesi hatalı olabilir, fakat çalışanların yara almaz durumda olmadığı ve sağlık çalışanlarının bazılarının pandemi sürecinden olumsuz etkilendiğinin bilinmesi gerekebilir (Greenberg vd., 2020).

Bilim insanları, epidemiyologlar, sağlık çalışanları küresel pandemi krizinin içinde yer almaları ve fedakarlıklarından dolayı psikolojik bakımdan bu süreçten etkilenebilmektedirler (Shojaei ve Masoumi, 2020). Covid-19 pandemisi sağlık çalışanlarının büyük bir baskı altında çalışmak ve zorlu kararlar almak gibi alışılmışın dışında bir durumun içerisine girmelerine neden olmuştur. Bu zorlu kararlar kendi psikolojik ve fiziksel sağlığını hastaların ihtiyaçları ile nasıl dengeleyeceği, yetersiz kaynakların hastalara dağıtımı, hastalara karşı görevlerin, ailelere karşı sorumlulukların düzenlenmesi gibi durumlar olabilir. Kararların verilme süreci sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığına olumsuz etki yapabilir (Greenberg vd., 2020).

Solunum yolu salgınlarda genelinde en fazla bulaşın hastaneler ile diğer sağlık kuruluşlarında olduğu belirlenmiştir (Fessell ve Cherniss, 2020). Bu nedenle salgınlarda

kişisel korunma kuralları ve çalışma ortamı hijyeni önceliklidir. Sağlık çalışanları bakımından hastane ortamı ile dışarıdan bulaşmalar nedeniyle enfekte olmak ya da Covid-19 tanısı alan kişilerle bir ortamda bulunulması psikolojik belirtileri arttırmaktadır (Kaya, 2020). Sağlık kuruluşlarında somut vakaların yükünün daha fazla olması ve çalışanların sayısının yeterli olmaması ise pandemi dönemlerinde genelde görülebilen psikolojik zorlanmayı artırıcı faktörler arasındadır (Porten vd., 2006). Çalışanların planlamasında hastane yönetimleri kritik rol oynamaktadır. Bu açıdan hastane yönetiminin salgın dönemlerinde kurulan ekiplerin birbirleri ile destekleyici etkileşimde bulunmalarını ve birbirlerini tanımalarını da sağlaması önem arz etmektedir.

Sağlık çalışanlarının gösterdiği stres tepkilerindeki şiddete çalışma süresi doğrudan etki etmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma süresinin uzaması hastalarla etkileşim sıklığını artırmakta, bulaştan korunabilmek amacıyla kullanılmış koruyucu ekipman ve giysilerin yükü artmakta, aynı zamanda duygusal bitkinlik de bunlara eşlik edebilmektedir. Bu süreçlerdeki yoğunluk nedeniyle ise sağlık çalışanlarında tükenmişlik belirtileri de ortaya çıkabilmektedir (Sasangohar vd., 2020).

Bu açıklamalar doğrultusunda pandemide sağlık çalışanlarının etkin ve verimli bir şekilde görevlerini yerine getirebilmesinin toplum sağlığı bakımından da önem arz ettiği belirtilebilir. Bu doğrultuda çalışmada pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu alanda pandemi döneminde yapılan araştırmaların sınırlı olmasından dolayı çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Pandemide yüksek riskli grup olarak kabul edilen sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, stres ve tükenmişlik ilişkisinin açıklanmasının, psikoloji alanı için bilimsel bir veri oluşturması amaçlanmaktadır.

Çalışmanın Problemi

Toplumlarda sadece pandemi dönemlerinde değil, her zaman önemli bir yeri bulunan yüksek risk grubundaki sağlık çalışanlarının çeşitli psikopatolojik değişkenler bakımından incelenmesi, değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Yüksek risk grubunda bulunan sağlık çalışanlarının görevlerini yürütürken depresyon, anksiyete, ruhsal belirti ve tükenmişlik durumlarının araştırılması ile bunlar

arasındaki ilişkinin incelenmesi bir problem olarak görülmektedir. Bu doğrultuda çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile anksiyete, ruhsal belirti, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
3. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşlarına göre depresyon, ruhsal belirti, anksiyete, ruhsal belirti ve tükenmişlik düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
4. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
5. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
6. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1. Anksiyete Kavramı

Anksiyete belirsiz, uzak, tanımsız tehlikeler karşısında verilen bir tepki olarak kabul edilmekle birlikte bireyin tüm sistemini ve varlığını etkisi altına almaktadır. Bireylerin tümünde vücut alarmı olarak kabul edilen potansiyel anksiyete bulunmaktadır. Bu tehdit edici düşüncelerden dolayı ortaya çıkmaktadır (Riskind, 2007). Anksiyete kavramı fizyolojik, psikolojik, davranışsal örüntüleri içeren bir reaksiyon olarak ifade edilmektedir. Psikolojik olarak endişe ve huzursuzluğa neden olan öznel reaksiyonlar şeklinde gözlemlenmektedir. Fizyolojik olarak kas gerginliği, hızlı kalp atışı, terleme, ağız kuruluğu gibi bedensel reaksiyonlar şeklinde görülmektedir. Davranışsal olarak ise anksiyete kişinin hareket yeteneğini, kendini ifade etmesini, günlük etkinliklerle başa çıkma becerisi olarak etkili olmaktadır. Bu boyutlarla üst düzeye ulaşan anksiyete kişiyi kendisinden ayırıştırarak delirme veya ölmeye varan aşırı korkuya yol açabilmektedir.

Anksiyete evrensel, sübjektif ve gözlemlenebilir bir olgu olduğundan, fark edilmesi ve belirtilerinin gözlemlenmesi ile açığa çıkarılabilmektedir (Tütüncü ve Günay, 2011). Yoğun anksiyete etkisinde olan kişilerde el ve ayaklarda karıncalanma, kas gerginliği, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk, dikkatsizlik, gastrointestinal ve üriner problemler ortaya çıkabilmektedir (Sertbaş ve Bahar, 2004).

Doğum anı ile birlikte ilk anksiyete durumu ortaya çıkmaktadır. Doğum anında bedenin gösterdiği reaksiyonların anksiyete nöbetlerinde görülen sık soluk alıp verme, ağlama, kalp çarpıntısı şeklinde olduğu gözlemlenmektedir. Freud tarafından anksiyete, bireyin dış çevreden kaynaklanan tehlikelere karşı ortama uyum sağlaması, korunması ve hayatta kalması şeklinde tanımlanmaktadır. Karen Horney tarafından ise, anksiyete mevcut durumdan ilişkisiz olarak mevcut tehlikenin karşısında verilen tepki şeklinde ifade edilmektedir. Anksiyete, koşullanma ve yanlış öğrenme sonrasında kişinin kendisini tehlikeli durumun içerisinde hissetmesi halidir (Geçtan, 1984).

Anksiyete psikolojik ve fizyolojik bir durum olup, davranışsal, somatik ve bilişsel bileşenler ile ifade edilir. Bileşenler kişide genelde hoş duygulara neden olmaz, korku ve endişe hissine neden olurlar. Anksiyete, yeteri kadar belirli uyarak olmadan açığa çıkan bir ruh durumudur (Seligman, Walker ve Rosenhan, 2001).

Anksiyetenin görülmesi durumluk ve sürekli olarak iki şekilde gerçekleşebilir. Durumluk anksiyetesi, duruma veya yaşanan olaya karşı gösterilen tepkiler şeklindedir. Süreklilik anksiyetesi ise, kişinin kaygıya eğilimini belirtmektedir. Kişiler bulunduğu ortamın veya yaşadığı durumların stresi sonucunda sürekli kaygı durumu nedeniyle umutsuzluk duygusunun etkisine girmektedirler. Bu kişilerin yapısı karamsar olup, oldukça kolay incinmektedirler. Kaygı düzeyi sürekli yüksek düzeydeki kişilerin durumluk kaygı düzeyleri de yüksek olmaktadır (Öner ve Compte, 1983).

Toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan biri anksiyete bozukluklarıdır. Bu ruhsal bozukluklar yetişkinlerin yanı sıra çocuklar ve ergenleri de etkisi altına almaktadır (Hsu ve Marshall, 1987: 1567). Anksiyete bozuklukları üzerine 1990'lı yıllardan günümüze kadar çok sayıda araştırma yapılmıştır. Amerika'da yürütülmüş olan bir araştırmadan toplumdaki bireylerin dörtte birinde anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016). Freud tarafından anksiyete, reel anksiyete, moral anksiyete ve nevrotik anksiyete şeklinde açıklanmaktadır.

Reel Anksiyete: Korku ile eşanlamlı olan bu tür anksiyete durumunu günlük yaşamda herkes ara sıra yaşamaktadır. Bu anksiyetenin temel nedeni dış uyarıcılardır. Anksiyetenin şiddeti dıştan gelen uyarıcının önemine ve büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir.

Moral Anksiyete: Bu anksiyete durumu egoda suçluluk ya da utanç duygusunu açığa çıkaran, süper egonun vicdanı tarafından onaylanmayan anksiyete türüdür.

Nevrotik Anksiyete: Bu anksiyete türü idin içgüdülerinde tehlikenin mevcudiyeti ile ortaya çıkmaktadır. Nevrotik anksiyete, cinsel ve agresif dürtülerin açığa çıkardığı tehlikelerden dolayı oluşmaktadır (Geçtan, 1984).

1.1.1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete durumunda fizyolojik ve psikolojik olarak bazı belirtiler görülebilir. Bu belirtiler arasında fizyolojik olanlar nefes almada zorlanma, çarpıntı, aşırı terleme, el ve ayaklarda titreme, psikolojik olanlar ise aniden kötü bir şey olacağını hissetme, sıkıntı, korku ve heyecan olarak sayılabilir (Stahl, 2008: 511-566).

Anksiyete bozuklukları aşırı kaygı ve korku ile ayırt edici nitelikteki davranışsal bozuklukları da kapsamaktadır. Korku, bir durum veya olayın karşısında gösterilen

duygusal tepki, kaygı ise gelecekte gerçekleşmesi muhtemel bir durumu veya olayı bekleme şeklinde ifade edilmektedir. Korku genelde “savaş ya da kaç” tepkisini verebilecek muhtemel bir tehlikenin yaşanabileceğine ilişkin düşüncelerin ortaya çıkmasını sağlarken, bedeni bu düşüncenin neticesinde kaçma davranışına hazırlar. Anksiyetede ise, muhtemel tehlikeli duruma ya da kas gerginliğine karşı dikkat etme ve hazır olma davranışları ile hareket eder (Köroğlu, 2015).

Kişinin hiç beklenmeyen bir anda herhangi bir neden olmadan ve gerçek bir tehlike varlığı bulunmamasına rağmen çok sık yüksek düzeyde anksiyete yaşaması, anksiyete bozukluğuna işaret edebilir. Anksiyetenin semptomları herkeste farklılık gösterebilmektedir. Ayırıcı tanı konması bakımından panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu önem arz etmektedir (Türkçapar, 2004).

Anksiyete bozukluklarının duygu durum bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları ile bir arada görülme sıklığı fazladır (Brown, Campell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001). Anksiyete bozukluğu her kültürü etkisi altına alabilir. Ancak batı kültüründe iş performansına bağlı olarak daha fazla görülürken, diğer kültürlerde genelde dinsel veya ailesel konulara bağlı yaşanabilmektedir (Oltzman ve Emery, 1995).

Anksiyetenin yıllar içerisinde kapsamlı tanımları yapılmış olup, en son 1980 yılında DSM 3 ile hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşincisinde (DSM 5) ise anksiyete bozuklukları başlığı altında pek çok anksiyete bozukluğu tanımlanmaktadır. Bu anksiyete bozukluklarını; yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobisi, panik bozukluğu, toplumsal kaygı bozukluğu, seçici mutizm, ayrılma kaygı bozukluğu, agorafobi, diğer bir sağlık durumuna bağlantılı kaygı bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu, ilacın/maddenin neden olduğu kaygı bozukluğunu, tanımlanmamış kaygı bozukluğunu, tanımlanan diğer bir kaygı bozukluğudur. Depresyon gibi kaygı bozuklukları da toplumda sıklıkla görülmektedir. DSM 5’de anksiyete bozuklukları başlığında belirtilen hastalıkların tümünün prevalans ortalamaları ise %6-7 kadardır (Kafes, 2021). Anksiyete bozuklukları aşağıda toplumda sıklıkla karşılaşılan yaygın anksiyete bozukluğunu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğunu ve agorafobi başlıkları altında açıklanmıştır.

1.1.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu kişilerde aşırı kuruntu, aşırı kaygı, bir konuya ilişkin kötü olasılıkları düşünme ve bunun sonucunda üzüntü şeklinde kendini gösterir. Bu durum pek çok olay veya durumla ilgili olarak altı ay boyunca sıklıkla yaşanır. Kişi bu durumda kaygı, dürtü ve kuruntuların etkisinde kalır ve kendisini bunların etkisinden kurtarmakta zorlanır. Bunların eşliğinde kişilerde aşağıdaki belirtiler görülebilir:

- Enerji azalması ve kolay yorulma,
- Sürekli tedirginlik durumu,
- Konsantrasyon zorluğu, uyku bozuklukları ve çabuk sinirlenmedir (Köroğlu, 2009:247).

Kişi en az altı ay boyunca sıklıkla yüksek düzeyde kuruntu ve kaygı etkisinde kalır. Kaygı ve kuruntularını kontrol altına almakta zorlanır. Kişi bunun sonucunda aşağıdaki belirtilerin en az yarısını yaşadığında anksiyete tanımlaması yapılır. Ancak çocukluk çağında bu belirtilerin sadece birisinin gözlemlenmesi anksiyete tanımlaması için yeterli görülür.

- Kaslarda gevşeme sorunu,
- Enerji azalması ve kolay yorulma,
- Sürekli tedirginlik ve kendini huzursuz hissetme,
- Çabuk sinirlenme,
- Konsantrasyonu sağlamada ve zihni boşaltmakta zorluk yaşama,
- Sürekli tedirginlik ve huzursuzluk,
- Uykusuzluk, uykuya dalmada zorluk, yetersiz uyku gibi uyku bozuklukları yaşama.

Yaşanan bu belirtiler kişinin iş veya toplumsal alandaki işlevselliklerinin düşmesine neden olur. Yaygın anksiyete bozukluğu bir başka ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013:121).

1.1.1.2. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, beklenmeyen şekilde yaşanan yoğun anksiyete nöbeti olarak ifade edilebilir (Karabekiroğlu, Karabekiroğlu, Cömert ve Topçuoğlu, 2007). Yoğun anksiyete nöbetleri genelde on dakikadan kısa sürede üst düzeye ulaşarak, birkaç dakika ile bir saat

kadar süreyle etkili olabilmektedir (Köroğlu, 2012). Panik bozukluk hastalarında işlevsel olmayan üst bilişlerin sağlıklı olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu gösterir bazı çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle tehlikeye ilişkin düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve kontrol edilemezlik üst bilişlerin düzeyinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Aydın, Balıkcı, Çökmüş ve Ünal Aydın, 2019).

Panik ataklar başlangıçta kötü bir şey olacakmış beklentisi, yoğun endişe ve yoğun korku ile ani bir şekilde başlar ve yaşanan durum üst düzeye yükselir. Panik atak sırasında yaşanan fizyolojik belirtiler arasında baygınlık, baş dönmesi, soluk almada zorlanma, boğulma hissi, şiddetli kalp çarpıntısı, sıcak basması, karıncalanma, uyuşma sayılabilir. Bunun dışında ataklar sırasında bazı bilişsel belirtiler de yaşanabilmektedir. Bunlar belirme, ölüm korkusu veya kontrolü kaybetme şeklinde olabilir. Kişi yaşadığı anksiyetenin yoğunluğuna göre kendini veya çevresini gerçek dışı ve değişmiş şekilde algılayabilir (Tükel, 2002). Panik bozukluk sırasında yaşanan panik ataklar pek çok hastalıkta ve durumda görülebilir. Ancak panik bozukluk tanısının konulabilmesi atakların aniden ve kendiliğinden yaşanması, tekrarlayıcı olmasına bağlıdır (Erdoğan, 2007).

1.1.1.3. Özgül Fobi

Özgül fobi, bir durum veya nesne karşısında hissedilen endişe olarak ifade edilebilir. Yaralanma, hayvanlar, hastalık, yoğun hava koşulları, ölüm, yükseklik korkusu bu tür nesne ve durumlara örnek olarak gösterilebilir. Özgül fobisi bulunan kişiler korkusunun anlamsızlığını bilir ve bundan kaçınmaya çalışır. Ancak aşırı sıkıntıya katlanmak durumunda kalırlar (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

1.1.1.4. Agorafobi

Agorafobi kavramı genel olarak açık alan, meydan korkusu olarak tanımlansa da daha geniş anlamda kullanılır. Agorafobi, gerek duyulduğunda yardıma ulaşmanın zor olabileceği veya güvenli ortamlardan kaçınmanın güç olabileceği yerlerde bulunma sırasında hissedilen aşırı korku şeklinde tanımlanabilir. Şiddetli agorafobi durumunda kişi kaygı yaşama endişesi ile evden dışarı çıkmamaktadır (Oltmans, Martin, Neale ve Davison, 2003). Agorafobi kapsamındaki korkular evde kalmak, evden dışarı çıkmak, sinema, uçak, tren, tiyatro gibi toplulukların olduğu yerlerde bulunmak ile yaşanabilir

(Sungur, 1997). Bu korkular genelde yardım alınması mümkün olmayan ortamda bulunmaktan memnun olmama korku davranışı sergileme olarak şeklinde tanımlanabilir. Agorafobi rahatsızlığı bulunan kişiler bu koşullarda panik atak yaşamaktan korkarlar (Erdoğan, 2007). Agorafobi ve panik bozukluk tanıları birbirine benzeyen ve ayrışan bilişsel özellikleri kapsamaktadır (Akçakaya ve Yücens, 2020). Panik bozukluk, dakikalar içerisinde yoğunlaşan içsel bir sıkıntı veya korku ile tanımlanan, tekrarlayan, beklenmeyen ataklar ile seyreden, ataklarla ilişkili olan davranış değişiklikleri veya beklenti kaygısının eşlik ettiği psikiyatrik bir bozukluktur. Agorafobi ise, bireyin kaçmanın zor olabileceğini düşündüğü, paniğe benzer, utanç veren veya yetersizlik düşündüren belirtilerin bulunması durumunda yardım almasının güç olabileceğini düşündüğünden dolayı bazı durumlardan kaçınması veya korkması şeklinde tanımlanmaktadır (Akçakaya ve Yücens, 2020). Alanyazında agorafobinin yaşam boyu yaygınlığı %0,8, genç yaşta olmak, panik bozukluk varlığı, kadın olmanın agorafobi açısından risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (Kart ve Turkcapar, 2016).

1.1.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal fobi, kişinin daha önceden görmediği, tanımadığı kişilerle karşılaştığında heyecanlanması, herkesin gözünün kendi üzerinde olduğu düşüncesi, ortamda küçük düşeceği davranışta bulunacağından korkması, anksiyete belirtileri göstermesi şeklinde tanımlanabilir. Kişi yaşadığı korkunun anlamsız olduğunun da bilincindedir (Evren, 2010).

DSM 5’de sosyal fobi kavramı sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiş ve bu değişimle sosyal koşullara yönelik yaşanan anksiyetenin daha iyi ifade edilebileceğine yer verilmiştir. Ayrıca daha önceki basımlarda “sosyal ortamdaki yaşanmış anksiyete ile korkuyu yersiz ve fazla olduğuna yönelik düşünce” kriterine yer verilmeyerek, yaşanan anksiyete ve korku gerçekten tehdiye nazaran orantısızca olabileceği kriteri yer almıştır. Bunun yanında DSM 5’de sosyal anksiyete bozukluğunun tanı kategorisindeki belirleyicisine yönelik bir değişime gidilerek, genellenmiş belirleyicisi yerine, “*sadece eylem gerçekleştirme aşamasında*” sosyal anksiyete deneyimlenmesi halinde bunun ayrıca belirtilmesi beklenmiştir (Eldoğan, 2018). Gerek DSM’nin önceki basımlarında gerekse DSM 5’de sosyal anksiyete bozukluğunu tanımlayan kriterlerde değişikliğe

gidilmiştir. Fakat DSM 5’de dahi tanı kriterlerinin sosyal anksiyete bozukluğunu tam anlamıyla açıklamada yetersiz olduğunu savunanlar vardır (Skocic vd., 2015).

1.1.2. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler

Anksiyete çeşitli faktörlerin etkisi sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Kişinin sosyal yaşantısı, iş yaşantısının duygusal olarak olumsuz etkisi, mesleki sorumlulukları nedeniyle yaşadıklarını yansıtamaması duygusal doyumsuzluğa neden olmaktadır. Bunun yarattığı stres ise kişiyi olumsuz etkileyerek anksiyete nedeni olabilmektedir (Kozacıoğlu, 1995: 92).

Anksiyenin ortaya çıkması genelde bir durumu tehdit olarak algılama veya yaşanan bir kayıp nedeniyle olmaktadır. Bunlar kişinin prestiji ve statüsünü korumada güçlük, sağlıklı bir yaşa sürdürülmede tehdit, benlik saygısında azalma, ekonomik, fiziksel, duygusal ve sosyo-kültürel problemler, sevilen kişinin kaybı, yaşamı kontrolde zorlanma, herhangi bir şeye bağımlılık, beklentilerin gerçekleşmemesi, ihtiyaçların karşılanamaması olarak sayılabilir (Akdağ, 2001). Kişinin kendine olan güvensizliği, benlik duygusunun sağlıklı olması temel kaynaklar olarak gösterilebilir. Anksiyetenin ortaya çıkmasına kişinin çocukluk döneminde yaşadıkları etkili olabilir. Çocukluk yaşantısında küçük düşürücü davranışlar, aşırı reddedici tutumlar, ebeveynlerin çocuğa uyguladıkları cezalara itici davranışlar, ilk sosyalleşme deneyiminde yaşanan zorluklar, arkadaşlık ilişkilerindeki itici davranışlar anksiyete nedeni olabilmektedir (Esen, 2012).

Anksiyete nedenleri ile kişinin çevresini algılama tarzının birbirinden ayrılması olanaksızdır. Bir ortamda kendini güvende ve huzurlu hisseden kişide kaygı veya korku oluşmaz. Ancak aynı çevrede olan bir başka kişi ortamı tehlikeli algılayabilir ve buna bağlı olarak heyecanlar yaşayabilir. Bireylere hangi sosyal ortamın ne şekilde algılanacağı içerisinde yer aldıkları kültür tarafından öğretilir. Bu bakımdan bir ortamın ne türde kaygı yaratacağı her kültürde değişebilir. Buna rağmen toplumların her birine geçerli olan birtakım genellemeler yapılabilir. Bunlar kaygının ortaya çıkışında etkili olan ortamlardaki ortak özellikleri belirtir (Cüceloğlu, 2016).

Destegin ortadan kalkması: Kişinin her zaman içinde yer aldığı çevreden yeni bir çevreye katılması, alışlagelmiş desteklerin ortadan kalkmasında etkili olur. Örnek vermek gerekirse; kişinin üniversite eğitimi için evden ayrılması ve bir başka şehre gitmesi

verilebilir. Kişi bu durumda aldığı desteklerden uzak kalır. Alışlagelen çevrenin ortadan kalkması nedeniyle kaygı hissi ortaya çıkabilir (Cüceloğlu, 2016).

Olumsuz sonucu beklemek: Yeterince hazırlanmadan sınava girilmesi gibi durumlarda kişi sonucun olumsuz olacağını düşündüğünden anksiyete oluşabilir (Cüceloğlu, 2016).

İç çelişki: Kişinin sergilediği davranış ile inandığı bir fikir arasında çelişki olduğunda kaygı hissi ortaya çıkabilir. Çelişki ortadan kalkıncaya kadar kaygı devam eder. (Cüceloğlu, 2016).

Belirsizlik olması: Temel anksiyete nedenleri arasında gelecekte neler olacağını bilememek gelmektedir. Geleceğe dair belirsizlik halinde kişilerin kaygı duyması beklenir. Gelecekte olumsuz şeylerin olacağını bilmek, hangi olayların olacağını bilmemeye tercih edilir. Geçmişten günümüze insanları düşünmeye yönelten en önemli nedenler arasında belirsizliğin ortadan kaldırılması olmuştur (Cüceloğlu, 2016).

1.1.3. Anksiyetenin Klinik Özellikleri ve Tedavisi

Anksiyetenin klinik özellikleri bilişsel semptomlar, davranışsal semptomlar, affektif semptomlar ve fizyolojik semptomlar olarak ele alınabilmektedir (Tural, 2012):

Bilişsel semptomlar: Anksiyetesi olan kişinin kontrolü kaybedeceğine yönelik düşüncelerinin olması sonucunda yaşanan endişe, konsantrasyonu kaybetme, dikkatsizlik, fiziksel tehdit içerisinde olduğuna ilişkin kaygıları bilişsel semptomları içermektedir.

Davranışsal semptomlar: Bu semptomlar kişinin anksiyetede olmasına neden olan durumdan kaçınması sonucunda donakalma durumunu içermektedir.

Affektif semptomlar: Anksiyetesi olan kişinin korku ve endişe içerisinde olması, kendini huzursuz ve çaresiz hissetmesi, panik halinde olmasını içermektedir.

Fizyolojik semptomlar: Kişinin yaşadığı nefes darlığı, cinsel isteksizlik, terleme, kalp çarpıntısı ve terleme problemlerini içermektedir (Tural, 2012).

Anksiyete kişinin davranışlarını, düşüncelerini ve hislerini etkileyebilen bir bozukluktur. Tedavi edilmediğinde kişinin yaşamında ciddi problemler ve aksamalar yaşanmaktadır.

Anksiyete tedavileri arasında bilişsel davranışçı terapiler ve farmakoterapi yer almaktadır (Bandelow ve Michaelis, 2015).

Anksiyete bozukluğunda en etkili tedavi yaklaşımının bilişsel davranışçı terapi olduğu belirtilebilir. Kişinin zorlu yaşam olaylarında etkin rol alması, depresif ruh haline dayanma gücünün artırılması, problem çözme becerilerinin artırılması bu tedavinin hedefleri arasındadır (Durham, 2007:184). Bilişsel davranışsal terapi; tetikleyici olaylar, zihnin vereceği tepki, bedenin verdiği tepki, eylemler ve davranışlar olmak üzere her aşamaya odaklanır. Özgül bilişsel çarpıtmalar genel olarak; korkunçlaştırma, hatalı öngörüler, kaba genelleştirmeler, uçlarda bulunma, güvenlik faktörlerini küçümseme olarak özetlenebilir. Başa çıkma ile ilgili yanlışlar ise başa çıkma yeterliliğini küçümseme, gerçek dışı beklentilere girmedir (Köroğlu, 2009:260).

Şiddetli düzeyde anksiyete bozukluğu olan kişilerde bilişsel davranışsal terapi ile birlikte antidepressan ilaç tedavisi de uygulanabilmektedir. Tedavilerin bir arada uygulanması sonucunda uzun sürede iyileşme sağlanabilmektedir. Ancak sağlıklı bir tedavinin uygulanması için öncelikle doğru tanı konulması, fiziksel semptomların dikkate alınması, hastanın ilaçları düzenli kullanması ve olumlu tepki vermesi gerekir. Psikiyatrik bozuklukların tümünde olduğu gibi anksiyete de tedaviye uyum sağlanması, tedavinin sürdürülmesi önem arz etmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı konulan bireylerle tedavi süreci açık ve net olarak konuşulmalı, hastalık hakkında bilgi verilmelidir. Doğru tedavi yolu belirlenemeyen hastaların hastaneye başvurma eğilimi daha yüksek olacaktır. Özellikle panik bozukluk hastası kişiler sağlık kurumların kardiyoloji bölümüne, aile sağlık merkezlerine sıklıkla başvurdıkları bilinmektedir. Bu nedenle ilgili servislerde görev yapan doktorların anksiyete bozukluklarını tanıması ve gereken tedaviyi izlemeleri önemli görülmektedir (Kocabaşoğlu, Doksat ve Doğangün, 2004: 172).

1.2. Depresyon Kavramı

Duygular insan olmanın temel özelliklerinden en önemlisidir. Duygulardaki dalgalanmalar, değişiklikler duygu durumlarla ilgili araştırmaları çeşitlendirmiştir. Depresyon kavramına günümüzde duygu durumlardaki değişiklik şeklinde tanımlama getirilmiştir. Depresyon yaygın görülen küresel zihinsel bozukluk olup, insan sağlığını zihinsel, fiziksel, sosyal anlamda geniş kapsamlı olarak etkiler. Genel olarak yeme ve

uyku bozukluğu, ilgi kaybı, konsantrasyon bozukluğu ve üzüntü ile karakterize bir rahatsızlıktır (Aldabal, Koura ve Alsowielem, 2015: 205).

Depresyonun bir tür duygudurum bozukluğu tanımlanması mümkündür. Duygudurum ise içsel yaşanan, kişinin dünya algısını ve davranışlarını değiştiren, sürekli ve hâkim duygu tonu olarak nitelendirilmektedir (Yumrukçal ve Karamustafaoğlu, 2011). Depresyon etkisinde olan kişi geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, derin keder ve suçluluk duyguları içerisinde olmakta, yaşama dair istek ve arzusu azalmakta, geleceğe karamsar düşüncelerle bakmaktadır. Kişideki bu olumsuz duygularla birlikte cinsel isteksizlik, uyku sorunları, iştahsızlık gibi fizyolojik problemler görülebilmektedir. Kişilerdeki bu olumsuz duygular ve fizyolojik problemler bazen intihar ve intihar girişimi ile sonuçlanabilmektedir (Alper, 2001). Birey depresyon durumunda tam anlamıyla çöküntü etkisinde olur. Toplumsal alanda, iş, aile alanları gibi diğer alanlarda işlevsellik ve yaşam kalitesi kayıpları yaşanır (Gökçakan ve Gökçakan, 2005).

Dünya genelinde insanların %5-10 oranı depresyon tanısı almakta, psikososyal ve psikiyatrik müdahale ihtiyacı duymaktadır (Aldabal, Koura ve Alsowielem, 2015: 205). Kadınlardaki erkeklere oranla depresyonun iki kat çok etkili olduğu görülmektedir. Kadınlardaki risk faktörünün daha yüksek olması menopoz, hamilelik gibi dönemlerdeki hormonal değişikliklerden kaynaklanabilir (Büchtemann, Luppä, Bramesfed ve Riedel-Heller, 2012:173). Evlenmiş kadınlarda özellikle çocukların sahibi olanlar çocuk yetiştirme ve anne rolüne dayalı stres depresyon ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda ebeveyn stresinin de depresyon ile doğrudan ilişkili faktörler arasında görülebileceği kabul edilebilir (Thomason, Volling, Flynn, McDonogh, Marcus, Lopez ve Vazquez, 2014:413).

Depresif duygu durumu kendini umutsuz, kederli ve üzgün hissetmek ile ilişkilendirilir. İlginin azalmasını ise kişinin daha önceden yaptığı faaliyetlere karşı istek azalması, bu aktivitelerden öncesine göre zevk alamaması durumu ile ilişkilendirilir. Majör depresyon bozukluğu tekrarlayıcıdır. Daha önceden depresyon deneyimi bulunanların %80 oranı bir yıl içerisinde, depresyon tanısı alanların ise %15 oranında iki yıldan uzun zamanda kronik bozukluk durumuna dönüşebilir (Coryell, Winokur, She, Maser, Endicott ve Akiskal, 1994:200). Majör depresyon bozukluğu, bir veya daha fazla majör depresif sürecin bulunması ile karakterizedir (Köroğlu, 2009:137).

1.2.1. Depresyon Belirtileri

Depresyon ilk başlangıçta fiziksel olarak herhangi bir belirti vermemektedir. İleri aşamada ise hastalarda fiziksel problemler yaşanmaya başlayabilir. Hastalar başlangıç aşamasında %10-30 oranında depresyonun etkileri ile başa çıkamamaktadır (Al-Harbi, 2012:369). WHO depresyonun 2030 yılında hastalıkların en önemli nedeni olacağını belirtmektedir (WHO, 2011). Depresyonun belirtileri genel olarak dış uyaranlara duyarsızlık, huzursuzluk, tepkisizlik, fiziksel aktivitelerde yavaşlık olarak görülebilir. Hastalar aynı zamanda çaresizlik, umutsuzluk, kendini suçlama, yalnız kalma isteği gibi duyguların etkisine girebilirler (Türkçapar, 2018).

Depresyon, kişinin kederli olma, aşırı hüznün, ilgisizlik, zevk alamama, sosyal yaşamdan uzaklaşma, isteksizlik, enerjisizlik gibi durumlar eşliğinde suçluluk, yetersizlik, değersizlik, pişmanlık gibi duygusal ve bilişsel belirtileri kapsayan duygu durum bozukluğudur. Bunların yanı sıra depresyonda vücut ağırları, kelime miktarında azalma, halsizlik, enerjisizlik, kelime içeriğinin sığlaşması, dikkat dağınıklığı benzeri belirtiler de görülebilir (Öztürk ve Uluşahin 2018).

Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, tıbbi duruma bağlı olarak gelişen depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, maddenin ve ilaçların kullanımından gelişen depresif bozukluğu, tanımlanmamış depresif bozukluk olarak pek çok depresyon çeşidi bulunmaktadır (Köroğlu, 2013). Majör depresyon tanı kriterleri DSM 5’de aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Köroğlu, 2013):

- Süresi en az iki hafta olan isteksizlik, keyif alamama veya çökkün duygu durumunun olduğu en az beş semptom olmalıdır. Bu bir başka tıbbi hastalığa bağlı ortaya çıkmamalı ve kişinin işlevselliğinde bozulmalara yol açmalıdır.
- Günün önemli bir bölümünde, neredeyse her gün aktivitelerin hemen tümüne karşı zevk alamama veya ilgisizlik olmalı.
- Çökkün duygu durum hemen her gün ve günün çoğunluğunda etkili olmalıdır. Bu hem birey tarafından ifade edilebilmeli hem de çevreden gözlemlenmelidir.
- Birey diyet yapmadığı halde kilo kaybının veya kilo alma durumunun bulunması.
- Hemen her günde psikomotor yavaşlama ya da huzursuzluk bulunması.
- Hemen her gün aşırı suçluluk veya değersizlik duygularının hâkim olması.

- Hemen her günde uykusuz veya aşırı uyku halinin olması.
- Hemen her gün dikkati toplayamama veya karar verememe halinin yaşanması.
- Hemen her gün enerjisizlik ve yorgunluk çekilmesi.
- Tekrarlayıcı özkıym ve ölüm düşüncelerinin varlığı, planlama ve girişimde bulunma (Köroğlu, 2013).

Yapılan araştırmalar sonucunda depresyon hastalarının yaklaşık %75'inde anksiyete bozukluğunun da bulunduğu belirlenmiştir. DSM 5'te anksiyete bozuklukları başlığında pek çok anksiyete hastalıkları tespit edilmiştir. Depresyon tanı grubundaki semptomlara bağlı olarak anksiyete bozukluğu da değişiklik gösterebilir. Bunun yanında depresyon tedavisinde hastada anksiyete bozukluğu da bulunuyor ise bunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Kafes, 2021).

1.2.2. Depresyon Nedenleri

Depresyon kesin bir nedeni bulunmayan bir rahatsızlık olup, kişiden kişiye değişen nedenlerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Pek çok etken depresyona neden olabilmektedir. Beyindeki kimyasal değişimler, kişilik yapısı, yaşam olayları bu nedenlerin temel etkenleri olarak görülür (Türkçapar, 2018). Bir başka anlatımla depresyonun genetik, psikososyal, biyolojik etkenlerin bir bileşeni olarak görülmesi mümkündür.

Biyolojik etkenler: Bu alanda yapılan araştırmalarda depresyon hastalarındaki beyin sıvılarında, kan ve idrarda bulunan beyin hücrelerindeki biyojenik aminlerin normal değerlerde farklı olduğu belirlenmiştir (Mercan, 2013). Literatürdeki araştırmalarda depresyona neden olan faktörlerin en önemlisi olarak biyolojik etkenler gösterilmektedir. Özellikle serotonerjik sistemler ile nöradrejenik sistemler başta olmak üzere beyindeki nörotransmitterlere ilişkin işlevsel bozukluklar nedeniyle depresyonun geliştiği ileri sürülmektedir. Noradrenalin, serotonin ve dopamin gibi hormonların eksikliğinde ya da hormon düzeylerindeki azalmada depresyonun geliştiği kabul edilmektedir. Ayrıca depresyon hastalarındaki santral sinir sistemi patofizyolojisi ve fizyolojisinde etkin rol oynayan glutamat seviyesi ile depresyon arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Psikososyal etkenler: Bu alanda yapılan araştırmalarda depresyonun ortaya çıkışında stresli yaşam olaylarının etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak daha sonradan ortaya çıkan

ataklarla ilişkili olmadığı görülmüştür. Zamanla stres oluşturan durumun ortadan kalkması durumunda hastalık yeniden ortaya çıkabilmektedir (Mercan, 2013). Stres yaratan durum herkes için farklı olmaktadır. Depresyona en fazla neden olan kişinin benlik durumunu zedeleyen durumlardır. Depresyonun etkisinde olan kişilerde hayata kötümser bakma, hep olumsuz yönlerini görme gibi durumlar sıklıkla görülmektedir. Kişilik özellikleri ile depresyona yatkınlık arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Kişilerin geleceğe dair umutsuz bakış açılarının olması, benlik saygılarının düşüklüğü gibi nedenlere bağlı olarak yaşam olaylarını olumsuz yorumlayabilmeleri söz konusudur. Bunun yanı sıra iyimserlik, yakın aile ilişkileri, olumlu duygular, pozitif rol modeller, duygusal düzenleme, geçmişte zorlu durumlarla başa çıkma, sosyal destek, özgecilik, bilişsel olarak yapılandırma becerisine sahip olma, fiziksel sağlık ve becerilerin geliştirilmesi gibi etkenler de kişinin depresyon etkisine girmesinde etkili olabilmektedir (Southwick ve Charney, 2012).

Genetik etkenler: Depresyonun ortaya çıkışında genetik yatkınlığın etkili olduğu kabul görmektedir. Ancak bazı kişilerde genetik yatkınlık etkisi olmadan çevresel faktörler de depresyonun ortaya çıkışında etkili olabilmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalarda birinci derece yakınlarında depresyon olan ve ağır depresyonun etkisinde olan kişilerin, ailesinde depresyon olmayanlara göre birkaç kat fazla olduğu görülmüştür (Mercan, 2013). Aynı şekilde tek yumurta ikizlerinin birinin depresyon hastası olması durumunda diğlerinin de depresyonun etkisine girme olasılığının %50 olduğu ve bunun genetik yatkınlık nedeniyle olduğu belirlenmiştir (Türkçapar, 2008). Depresyonun nesiller arasında geçiş yapabilmesi mümkündür. Buna rağmen depresif ebeveynlerin davranışlarının ileride çocuklarının hangi oranda depresif tepkiler göstereceği, depresyonun nesillere aktarımında nasıl bir etkisinin bulunduğu konusunda kesin bir bilgiye ulaşılamamıştır (McWilliams, 2014).

1.2.3. Depresyon Tedavisi

Depresyon tedavisinde bazı temel ilkeler bulunmaktadır. Depresyon tanısı alan hastalara aşağıdaki ilkeler doğrultusunda tedavi planlaması yapılır (Örsel, 2004):

- İlk aşamada tedavi amaçları belirlenir,
- Hastaya uygun depresyon ilacı seçilir,
- Hastada bulunan ek tıbbi bozukluklar değerlendirilerek, tedavi edilir,

- Hastanın intihar riski belirlenir,
- Hastanın tedaviye uyumu sağlanır,
- Uygulanan tedavinin gidişatı değerlendirilir,
- Belirlenen antidepresan ilaçların uygun süre ve dozda kullanımı sağlanır,
- Hastalar yan etkiler hususunda bilgilendirilir,
- Tedavi yanıtının devam ettirilmesi sağlanır,
- Tedavide psikoterapi gerekliliği değerlendirilir (Örsel, 2004).

Depresyon tedavisinde temel öncelik bozukluğun tedavisi amaçlanır, aynı zamanda hasta özellikleri ve ilaçların yan etkileri nedeniyle ek sorunların oluşmamasına dikkat edilir. Depresyon tekrarlayıcı bir rahatsızlık olduğundan, tedavideki temel amaçlar arasında tekrarlamanın önlenmesi yer almaktadır. Ayrıca hastaların intihar teşebbüslerine de dikkat edilmelidir. Yapılan araştırmalarda depresyonu olan hastalarda intihar oranı %1 olup, bu vakaların %1'i ölüm ile neticelenmektedir (Örsel, 2004).

Depresyon tedavisinde gerektiğinde bireysel terapi, grup terapisi, aile terapisi ve bilişsel terapi uygulanabilir. Depresyon tedavisinde uygulanan bireysel psikoterapi aşağıdaki evrelere göre yapılmaktadır (Townsend, 2016:379):

Evre 1: Hastalığın devam süresi değerlendirilir. Bireye bu evrede hastalık hakkında bilgiler verilerek, terapide aktivitelere katılımı ve çabalaması için cesaretlendirilir.

Evre 2: Bireyin karmaşık tepkileri çözebilmesi için yol gösterilerek, çevresi ve toplum ile kaynaşması için çaba gösterilir.

Evre 3: Kişilerarası iletişim sağlanması ve duygusal durumların açığa çıkarılması ile kişilerin sosyal işlevselliği arttırılarak, iyileşmesine katkı sağlanır (Townsend, 2016:379).

Tedavide uygulanan grup terapisinde ise, kişilerin durumlarına ilişkin bakış açısı kazanmaları, benzer sorunları bulunan kişilerle iletişim kurmaları sağlanarak, bu durumda sadece kendinin olmadığını fark etmesi ile umudunun geliştirilmesi amaçlanır (Townsend, 2016:379).

Depresyon tedavisinde aile terapisi uygulaması bireyin duygu durum bozukluğunun aileden kaynaklanması durumunda ya da aile yapısını zedelediğinde ve işlevselliğine olumsuz etki yaptığında uygulanır (Sadock vd., 2016).

Bilişsel terapide ise, kişinin duygu durum bozukluklarının gelişmesinde ve devamlılığında etkili olduğu varsayılan düşünce sapmalarını kontrol altına alması öğretilir. Bilişsel terapinin depresyon tedavisinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmaların pek çoğunda depresyon tedavisinde bilişsel terapinin antidepresan ilaçlar ile eşdeğer, bazı olgularda daha etkin sonuç verdiği belirlenmiştir (Rupke, Blecke ve Renfrow, 2007).

Yapılan bazı araştırmalarda ise, fiziksel egzersizlerin hafif ve orta şiddetteki depresyon tedavisinde psikoterapi ve antidepresan ilaçlar kadar etkili olduğu belirlenmiştir. Fiziksel egzersizlerin depresyon üzerinde biyokimyasal mekanizma yanında distraksiyon aktivitesi özelliği ve benlik saygısı, özyeterlik ve sosyal etkileşim üzerinde psikososyal mekanizma ile açıklanmaktadır. Depresif hastalarda fiziksel egzersiz iyileşmeyi sağlamanın yanında işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini de arttırdığı görülmektedir (Adagide ve Karataş, 2021).

1.3. Stres Kavramı

Latince “estrica” ve Fransızcada “estrece” sözcüklerinden türeyen stres kavramının 17.yüzyılda musibet, bela, felaket anlamında kullanıldığı, 19.yüzyılda ise kişi ile nesnenin musibetler ve belanın etkisiyle bozulmasına karşın direnç olarak kullanıldığı bilinmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2016).

Stres, yaşamdaki maddi ve manevi zorlayıcı tehdit unsurları karşısında uyum sağlama çabası içerisine girilmesi olarak ifade edilebilir. Stres yaşamda ve insanın yapısında bulunur. Yaşamın üzücü, keder verici olaylardan soyutlanması, her zaman neşeli, mutlu olaylarla dolu olması söz konusu olamaz (Demir, 2002). Hans Selye (1950) tarafından stres, bedenin istek ve baskılara karşı gösterdiği belirgin şekilde olmayan tepki şeklinde tanımlanmaktadır (Akt: Demirel, 2013).

İnsan yapısı olumlu ve olumsuz her türlü dış isteklere biyokimyasal tepki vermektedir. Stres kaynakları herkes için farklı olabilmektedir. Ancak verilen biyolojik tepkiler aynıdır (Yates, 1989). Becker tarafından stres, organizmanın çevreye uyum sağlamak için ödemek durumunda olduğu bedel şeklinde tanımlanmaktadır (Akt: Demirel, 2013). Cüceloğlu’na (2016) göre ise stres, kişinin sosyal ve fiziki çevredeki uyumsuz şartlardan

dolayı psikolojik ve bedensel sınırlarını aşacak şekilde harcadığı gayret olarak ifade edilmektedir.

1.3.1. Stres Nedenleri

Pek çok çevresel faktör ve bireysel faktör stres oluşumunda rol oynamaktadır. Strese neden olan etkenler bireylerin kontrol edemedikleri yakın çevresel koşullardan kaynaklandığı takdirde, bireylerin bulundukları ortama uyum sağlamada zorlandıkları görülür. Kişinin düşündüğü şekilde plan ve programlarını gerçekleştiremediği, çevresel koşullar nedeniyle değiştirmek durumunda kaldığı takdirde stres ortaya çıkabilmektedir. Stres nedenleri genel olarak bireysel stres kaynakları ve çevresel stres kaynakları şeklinde gruplandırılabilir.

Bireysel stres faktörleri: Kişilik özellikler, cinsiyet, yaş, genetik yatkınlık gibi faktörler bireysel stres kaynakları içerisinde yer alır. Kişilerin stresli olay veya durum karşısında verdikleri tepkiler farklı olabilmektedir. Bu farklılık stresi algılama düzeyinden kaynaklanır. Stresli olay veya durumlar karşısında bazı bireyler aşırı tepki gösterebilirken, bazıları direnç gösterebilirler. Genel anlamda olumlu kişilik özelliklerine sahip olanlar stresli olay veya durumu olumlu şekilde atlatabilirken, olumsuz kişilik özellikleri olanlar ciddi sıkıntılara maruz kalabilirler (Roohafza, Feizi, Afhar, Mazaheri ve Behnamfar, 2016).

Çevresel stres faktörleri: Kişilerin yaşadıkları çevrede bulunan ve stres yaratan faktörlerin tümü çevresel stres faktörleri olarak ele alınabilmektedir. Kişiler yaşamlarında algıladıkları ölçüde çeşitli çevresel stres faktörleri ile karşı karşıya kalabilirler. Özellikle stresli yaşam olayları, ortam stresörleri, gündelik problemler, felaket olayları sıklıkla karşılaşılan stres faktörleridir. Bunlardan bazıları bireysel tepkiler gerektirirken, bir kısmı da aynı anda çok sayıda kişiyi etkisi altına alabilirler. Günlük problemler kalabalık ortamlarda bulunma, arkadaşlarla münakaşa, trafik sıkışıklığı gibi tekrarlayan durumlardır. Ortam stresörleri ise klimanın sesli çalışması, trafiğin neden olduğu uğultu gibi fiziksel çevrede bulunan arka plan olarak belirtilebilir (Picou, Nicholls ve Guski, 2015).

1.3.2. Stresle Başa Çıkma

Çevre ve insan arasında karmaşık etkileşim vardır. Çevrede ve kişide meydana gelen değişime bağlı olarak etkileşim de farklılaşmaktadır. Bu kişilerin hem stres deneyimlerini hem de stresle başa çıkma yollarını etkilemektedir (Aydın, 2008). Kişi ve stresli durum karşısında fenomenolojik bağ olan başa çıkma, genel değerlendirme ve kaygı durumları için özel bir mücadeledir (Çetin, 2009).

Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stresle başa çıkma, kişilerin stresli durumlarla başa çıkabilmek için gösterdikleri bilişsel ve davranışsal gayretleridir. Bu durum kişiye iki türde etki yapar. Öncelikle stresli duyguları düzenleyerek, kişinin çevre ile olan ilişkisinde farklılaşmaya etki eder (Ekmekçi, 2008).

Stres yaşanmasında etkili olan durum ve uyaranların kişileri negatif etkiledikleri, durum ve uyaranlardan uzaklaşmaya yönelttikleri, buna bağlı olarak kişinin strese neden olan etkenleri çözümlmek amacıyla çaba göstermesine ve stresle başa çıkma durumunun oluşmasını sağladığı belirtilmektedir (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, 2019).

Stresle başa çıkma ile kişinin göstermiş olduğu fiziksel ve zihinsel çabanın bağlantılı olduğu, bunun yanı sıra süreci kapsayan iki boyutun oluştuğu belirtilmektedir. Zihinsel başa çıkma ilk boyut olup, kişinin kendi süzgecinden durumunu değerlendirdiği ve düşünsel bakımdan içselleştirdiği boyuttur. İkinci boyut ise fiziksel başa çıkma olup, kişinin aktif olarak stresi optimal duruma getirmesi olarak ifade edilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1988).

Bireylerin stresle mücadelesi başa çıkma veya savunma olarak ifade edilir. Ancak savunma kavramı genelde psikodinamik yaklaşımla bağlantılı olduğu için, sınırlı olarak kullanılmaktadır. Başa çıkma kavramı ise herhangi bir yaklaşım yaklaşımla bağlantılı olmadığından geniş tepkilerde kullanılabilir (Morris, 2002). Kişinin stresle başa çıkması beden ve ruh sağlığının korunması, üretici ve verimli yaşam sürmesi için gerekir. Stresle başa çıkma kaynakların en verimli şekilde kullanımı ile olumlu güç oluşturulmasını amaçlamaktadır (Berant, Mikulincer ve Florian 2003).

1.3.3. Stresle Başa Çıkma Davranışları

Stres yönetimi, stresle başa çıkabilmek için durumun değiştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması ya da durum için farklı tepkilerin verilmesi olarak tanımlanmaktadır (Karadavut, 2005). Stresle başa çıkma tarzının hangisi olduğu önemli olmaksızın, burada esnek olabilmek en belirgin niteliktir. (Sahin, 1998). Stresle başa çıkma davranışlarının sınıflandırılması duygu odaklı baş çıkma ile problem odaklı baş çıkma olarak yapılmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1985).

1.3.3.1. Problem Odaklı Başa Çıkma

Problem odaklı başa çıkılma; kişinin stresin etkilerini azaltabilme, stresli durumu önleme veya değiştirme amacıyla doğrudan hareket geçmesi olarak ifade edilebilir. Bu başa çıkma tarzının temel amacı stresli durumla başa çıkacak kişinin kaynaklarının geliştirilmesini veya stresli duruma ilişkin taleplerin azaltılmasıdır. Proaktif başa çıkma ise herhangi bir sorun yaşanmadan başlayan problem odaklı başa çıkma olarak nitelendirilir. Kişiler karşılaştıkları stresli durumlar karşısında bir şeyler yapabileceklerine inandıklarında problem odaklı başa çıkma eğilimine girerler (Yerlikaya, 2007). Problem odaklı başa çıkma stres kaynağını uyandırmakta veya yönetmekte ve çevre ile insan etkileşimini hedeflemektedir. Bu tür başa çıkmaya örnek olarak, stresle başa çıkmak amacıyla daha fazla efor harcamak veya strateji planlamak gösterilebilir (Iwasaki, MacKay ve Mactavis, 2005).

Problem odaklı başa çıkma, tehdit edici olayların yok edilmesi veya problem çözmeye odaklanma benzeri stresli durumları değiştirmeyi hedefleyen aktiviteleri kapsamaktadır. Problem çözme, öz kontrol, sorumluluk alma, planlı problem çözme, pozitif durdurma, bilgi arama, çözüm bulma, stresli durumu değiştirme amacıyla harekete geçme gibi aktiviteler bunlar arasındadır (Aydın, 2008).

1.3.3.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma

Stresli durumun duygusal sonuçlarının azaltılması veya değiştirilmesini kapsayan duygu odaklı başa çıkmanın amacı kişinin duygularını düzenlemektir. Duygusal ilişkinin sonlanması ile kişinin stres kaynaklı olumsuz duygularla başa çıkmak amacıyla günlük rutin aktivitelere yoğunlaşması buna örnek olarak gösterilebilir. Duygu odaklı başa çıkma, stresli durumun bilişsel olarak tekrar değerlendirilmesi, diğer kişilerden destek

aranması, yapabilecek bir şey kalmadığında sorunun kabullenilmesi, duyguların boşaltılmasını içeren başa çıkmadır (Yerlikaya, 2007).

Duygu odaklı başa çıkma, kişinin stresin etkisiyle gösterdiği duygusal tepkilerini düzenlemeyi içermektedir (Holt ve Mandigo, 2004). Stres kaynağı ile karşılaşan kişinin stresli duyguları azaltmaya çalışır. Bir başka anlatım ile duygu odaklı başa çıkma, istenmeyen fiziksel uyarılma ve duygusal uyarılmayı azalmayı hedeflemektedir (Folkman ve Lazarus, 1988).

1.4. Tükenmişlik Kavramı

Literatürde tükenmişlik kavramının ilk tanımlaması klinik psikolog Herbert Freudenberger (1974) tarafından gerçekleştirilmiştir. Freudenberger, gerçekçi ve aşırı beklentileri bulunmayan, kendisini işine adanmış olan bireylerin belirli bir süre sonra monotonluk, sıkıntı, üzüntü hissedecekleri ve tükenme eğilimine gireceklerini ileri sürmüştür. Günümüzde kabul görmüşlüğü en fazla tükenmişlik kavramı tanımlaması ise Maslach (1976) tarafında yapılmıştır. Maslach tarafından tükenmişlik, kronik yorgunluk, fiziksel tükenme, ümitsizlik ve çaresizlik hisleri, benlik kavramının olumsuz gelişmesi sonucunda yaşamı, iş ve öteki insanlara karşı olumsuzca tutumların belirginleştiği bedensel, mental ile emosyonel tükenme sendromu şeklinde ifade edilmektedir (Akt., Yıldız, 2009).

1.4.1. Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişliğin boyutları aşağıda özellikleri belirtilen duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin ve kişisel başarı azalması şeklinde olmaktadır.

Duygusal tükenme: Bireylerin işi gereği aşırı yüklenilmiş hissetmesi ve duygusal kaynaklarının tükenmesi sonucunda kendisini güçsüz, yorgun, bitkin hissetmesi ve diğerlerinin isteklerini karşılamada yetersiz kaldığını düşünmesi, duygusal tükenme olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişliğin temel kaynağını iş yükü ve kişisel çatışmalar oluşturmaktadır. Bireyler kullandıklarını, tekrar toparlanma güçlerinin olmadığını, bitkin düşüklerini hissetmektedirler. İhtiyaç duydukları bir kişi ile yüz yüze gelecek, yeni bir günü karşılamaya yetecek enerjilerinin olmadığını düşünmektedirler. Duygusal tükenme boyutu tükenmişliğin bireysel boyutu olmaktadır (Yıldız, 2009).

Duygusal tükenme boyutu uykuda azalma, yorgunluk, işe ilginin azalması, özgüven azalması şeklinde kendini göstermekte ve özellikle insanlarla yüz yüze yoğun ilişkinin olduğu mesleklerde görülmektedir. Yoğun duygusal tempoda çalışan kişi zorlanmakta ve insanların duygusal talepleri karşısında eziklik hissetmektedir. Buna tepki olarak duygusal tükenme ortaya çıkmaktadır (Koşan, 2010).

Duyarsızlaşma: Kişinin iş arkadaşlarına, hizmet verdiği insanlara karşı ilgisiz, sert, soğuk davranmasını içeren bu boyut, kişilerarası ilişkileri etkilemektedir. Duyarsızlaşmanın ilk aşamasında duygusal gerilimlerin azaltılması için kişi kendinden beklenenleri en uygun şekilde yapma eğiliminde olur. Zaman içerisinde diğer insanları önemsemeyen, ihtiyaçlarını dikkate almayan, duygusuz, diğerlerinin birey yerine nesne olarak gören bir duruma gelir (Şenyüz 2015).

Kişisel başarının azalması: Kendini yeterli bulma ve sorunlarla baş edebilme, kişisel başarı olarak nitelendirilmektedir (Şenyüz, 2015). Duyarsızlaşmanın etkisinde olan kişinin diğerleri için geliştirdiği olumsuzca düşünceler, kendisi açısından da olumsuzca düşünmesinde etkili olabilir. Bu durumda kişi kendini suçlu gibi hissederek, diğer insanların kendisini sevmediğini düşünerek başarısız olduğuna karar verir. Bu aşamada tükenmişliğin son boyutu olarak kabul edilen kişisel başarının azalması boyutu oluşur (Çelik Güzel, 2017). Kişinin başarı ve yeterlik hissini azalması, depresyona eğilimli olmasına ve taleplerle başa çıkmasında problemlere neden olabilmektedir (Yeniyol, 2018).

1.4.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin belirtileri fizyolojik, psikolojik, örgütsel ve sosyal belirtiler olarak ele alınabilmektedir.

Fizyolojik belirtiler arasında kusma, bulantı, enerji düşüklüğü, halsizlik, yorgunluk, uyku bozuklukları, iştahsızlık ve iştah artışı, vücut genelinde ağrılar, cilt döküntüleri, kalp ve tansiyon rahatsızlıkları riskinde artış, bel ve boyun ağrıları, cinsel isteksizlik gibi belirtiler gösterilebilir (Bozot Kayasan, 2015).

Psikolojik belirtiler arasında ise pek çok konuda endişe ve şüphe duyma, çabuk öfkelenme, alınganlık, kendine güven ve saygının azalması, etrafındakileri küçümseme,

işten nefret etme, her şeyi erteleme eğilimi, işlerin altından kalkamayacağını düşünme gibi belirtiler sayılabilir (Şenyüz, 2015).

Tükenmişliğin örgütsel belirtileri arasında takdir edilmediğini düşünme, sıklıkla hata yapma, rol çatışması, görev tanımında karmaşa yaşama, iş arkadaşlarına kızgınlık, performansın karşılığını alamadığını düşünme, iş veriminin azalması gibi belirtiler görülebilir (Bozot Kayasan, 2015)

Tükenmişliğin sosyal belirtileri ise, olaylara olumsuz yaklaşma, çevreye karşı olumsuz davranışlar sergileme, insanlara alaycı, suçlayıcı ve ilgisiz yaklaşma, huzursuz ve gergin davranışlar içerisinde olma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2009).

1.4.3. Tükenmişlikle Başa Çıkma

Tükenmişlik ile başa çıkmak için ilk aşamada mevcut problemin kabul edilmesi gerekmektedir (Elçikoca, 2018: 16). Tükenmişlik kişinin iş yaşamında ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Bunun azaltılması amacıyla kişisel ve örgütsel düzeyde mücadelede edilmelidir (Dülger, 2014: 65).

Kişisel düzeyde tükenmişlik ile başa çıkma zor olsa da kişinin süreci en az hasarla atlatabilmesi için gecikmeden harekete geçmesi önem arz etmektedir (Köroğlu, 2017: 50). Öncelikle tükenmişlik belirtilerinin fark edilmesi ve bunlara çözüm getirilmesi için kişinin kendini tanıması, beslenme alışkanlıklarını düzenlemesi, huzurlu yaşam tarzını benimsemesi, stresten uzak durması, dinlenmesi gerekmektedir (Kuh, 2017: 20). Daha sonra danışmanlık desteği alınması, gerçekçi hedeflerin belirlenmesi, yaşamda olumsuzluklara yer verilmemesi, kötü alışkanlıklardan uzaklaşma, iş ve aile yaşamında dengenin kurulması ile tükenmişlik süreci daha kolay atlatılabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008: 76).

Örgütsel düzeyde tükenmişlik ile başa çıkmada örgüt içerisinde alınan tedbirlerle tükenmişliğin azaltılması veya önlenmesi mümkün olabilmektedir. Tükenmişlik başlangıçta kişi üzerinde etkili olmakta, devam eden süreçte örgütlerin de etkilenmesine neden olarak ciddi zararların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Güney ve Akdağ, 2018: 449). Tükenmişlikle başa çıkabilmek için, örgüt içerisinde adaletli ve doğru bir yönetim sisteminin olması gerekmektedir (Koç, 2019: 35). Kişilere kariyer eğitimleri verilmesi, kariyer fırsatlarının yaratılması, rol belirsizliklerinin önlenmesi, danışmanlık

hizmeti verilmesi gerekmektedir (İraz ve Ganiyusufoğlu, 2011: 455). Terfi ve ödöl sistemlerinde adaletin sağlanması, iletişim kanallarının sağlıklı olması, çalışma sürecinde molaların düzenli olması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir (Aydın, 2018: 26).



BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın betimsel bir çalışmadır. Betimsel çalışmalar; bir durumun aydınlatılabilmesi, standartlar çerçevesinde değerlendirmelerin yapılabilmesi, olaylar arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır (Büyüköztürk vd., 2014). Çalışmada pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli iki veya ikiden çok sayıda değişkenin beraber değişimin olup olmadığını, değişimin hangi büyüklükte ve yöne olduğu açıklanmaktadır. Bu modelde belirlenen ilişkilerin neden sonuç ilişkisi hakkında ipucu vermektedir. Ayrıca bir değişkenin durumunun bilinmesi ile diğer değişken hakkında bir kestirimde bulunmayı sağlar (Karasar 2018). Araştırmada pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisinin incelenmesinde ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan katılımcıların, veri toplama amacıyla kullanılan ölçme araçlarının objektif, samimice ve içten yanıtladıklarını, ölçme araçları doğru ölçüm yaptığı, ölçekleri yanıtlayan katılımcıların maddeleri doğru anladığı ve yanıtladığı varsayılmıştır. Çalışma İstanbul ilindeki sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Aynı zamanda anksiyete, stres ve depresyon tetikleyicilerinin her kişide farklılık göstermesi de sınırlılıklar arasındadır.

2.3. Evren ve Örneklem

Çalışmada evreni Türkiye genelindeki sağlık kuruluşlarında pandemi döneminde aktif görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Ancak böyle bir çalışmanın kapsamlı, zaman alıcı ve maliyetli olmasından dolayı örneklem İstanbul ilinde bulunan sağlık kuruluşlarında pandemide aktif görev alan sağlık çalışanları arasından 18-65 yaş aralığındaki katılımcılar arasından cinsiyet gözetilmeden gönüllülük esasına göre oluşturulmuştur. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örnekleme, ana kütleden seçilecek örnek kesimin araştırmacının yargıları ile belirlenmiş olduğu tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir. Kolayda örneklemede veriler, ana kütleden en hızlı, kolay ve ekonomik şekilde toplanmaktadır (Malhotra, 2004: 321). Bu

yöntemde isteyen herkesin örneklem içerisine dahil edilmesi amaçlanır. Belirlenen örneklem hacmine ulaşıncaya kadar denek bulma işlemi devam eder. Bu yöntem hem zaman açısından hem de ekonomik açıdan büyük tasarruf sağlar (Ural ve Kılıç, 2011: 43). Pandemi döneminde sosyal mesafenin korunması, temasın mümkün olduğu kadar azaltılması gibi önlemler dikkate alınarak, katılımcılara elektronik ortamda anket uygulanmıştır. Anket uygulamasına 473 katılımcı katılmış, ancak yaş ve pandemide aktif görev alma kriterlerine uygun olmayan 109 katılımcı çıkarılmış, 364 katılımcı örnekleme dahil edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak, araştırmacının kendisinin hazırladığı sosyodemografik bilgi formunu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeğini, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 1 ve 2) ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) kullanılacaktır. Veri toplama araçlarının hakkında aşağıda detaylı bilgiler verilmektedir.

2.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Form, çalışmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin öğrenebilmek amacıyla araştırmacının tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik bilgi formu 20 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma süresi ve hangi alanda görevli olduğuna ve Covid-19 sürecinde yaşadıklarına ilişkin bilgi almak amacıyla hazırlanmıştır (EK1).

2.4.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

EK2’de yer alan 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiş olan Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-I), Türkçe formunun Öner N., ve arkadaşları tarafından uyarlanmış geçerliliği güvenirlik çalışması yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1983). Anksiyete düzeyinin STAI-I’de “(1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla” şeklinde puanlanmakta, STAI-II’de ise tercihler (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zamandır ve (4) hemen her zaman olaraktır. Ölçeklerdeki 2 türden ifade bulunmaktadır. Bunlardan doğrudan ifadelerin, olumsuz duygularını belirtirken; tersine dönmüş ifadelerin ise olumlu duygularını belirtmektedir. Doğrudan ve aksine dönmüş ifadelerde her birisi için iki farklı toplamda puan ağırlıkları hesaplanmaktadır. Doğrudan ifadelerden elde edilmiş toplamdaki puandan aksi ifadelerden elde edilen toplam puan çıkarılır. Bu

tutara daha önce belirlenmiş olan ve değişmeyen bir değer eklenir. STAI-I için elde edilen sayıya ise değişmeyen değeri olarak 50 ilave edilmektedir. STAI-II de ilave edilen bu değeri 35'tir. En sonunda elde edilen değerler ise, kişinin anksiyete puanıdır. Bu iki ölçekten elde edilmiş puanların aralığı 20 ve 80 arasındaki değişmektedir. Yüksek puanın yüksek anksiyete seviyesini, düşük puanın ise düşük anksiyete düzeyini ifade etmektedir. Puanların yüzdelik sıralamasına göre yorumlanmasında da de bu durum geçerlidir. Uygulamalardaki belirlenmiş ortalama puanın düzeyi ise 36 ile 41 arasındaki değişmektedir (Arlı, 2017). Ölçekten alınan puan ortalamalarının 42 puan üzerinde olması durumunda kaygı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

2.4.3. Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)

EK3'de yer alan Genel Sağlık Anketi (GSA) genel psikopatolojik düzeyini belirlemekte ve toplumda taramalarda psikiyatrik vakaları bulmak için kullanılmaktadır. David Goldberg tarafından toplumda sıkça görülen, akut psikolojik rahatsızlıkların yakalanması amacıyla geliştirilmiştir. 12, 28, 30 ve 60 soru olan biçimleri bulunmaktadır. Araştırmada 12 soruluk olan biçimi kullanılacaktır. 60 soruluk formunun sonrasında geliştirilen 30, 28, 12 soruluk kısa formlarının da aynı şekilde güvenilir olduğu bulunmuştur. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Genel Sağlık Anketinin Cronbach alfa değeri 0,78, özgülüğünü ise 0,84 olarak hesaplanmıştır. Her sorunun hiçbir zaman, her zamanki kadar, her zamankinden sıkça, çok sıkça olmak üzere 4 şıktan meydana gelmektedir. Yanıtlar Likert tipi (1-2-3-4) şeklinde puanlanabilir ya da GSA el kitabındaki önerildiği gibi 0-0-1-1 (GHQ tipi puanlama) şeklinde puanlanabilir (Kılıç 1996). Çalışmada puanlama 0-0-1-1 olarak kullanılacaktır. Ankette alınan puanın artması sağlığın kötüleştiği şeklinde kabul edilmektedir. Çalışmada ölçeğin tutarlılığına yönelik Cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur. Çalışmada psikiyatrik yakınmalar dikkate alınacağından GSA-12 ortalaması ve kesme noktası (8/9) olarak kabul edilmektedir (Özdemir ve Rezaki, 2007:19).

2.4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş Maslach Tükenmişlik Ölçeği, tükenmişliği ölçmek için 22 madde ve duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin, kişisel başarının olarak 3 alt boyuttan oluşmaktadır (EK4). Ölçeğin duyarsızlaşma boyutunda 5

madde, kişisel başarının boyutunda 8 madde, duygusal tükenme boyutu ise 9 madde içermektedir. Duyarsızlaşma ve duygusal tükenme boyutlar olumsuz ifadelerden, kişisel başarı boyutu ise olumlu ifadeler oluşturmaktadır. Ölçek maddeleri (Hiçbir zaman, çok nadir...her zaman) şeklinde 5'li Likert tipindedir. Duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt boyutu puanları Hiçbir zaman (0), Çok Nadiren (1), ..., Her Zaman (4) şeklinde, kişisel başarı boyutu ise tam tersi şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten, genel tükenmişlikle beraber üç alt boyut olarak 4 farklı değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekte yer alan 22 madde arasında, duygusal tükenmenin alt boyutu 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20 no'lu ifadeleri, duyarsızlaşmanın alt boyutu 5, 10,11, 15 ve 22 no'lu ifadeleri, kişisel başarının alt boyutu ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21 no'lu ifadeleri içermektedir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Ergin (1992) tarafından değişiklik yapılmış, ölçeğin özgün formunda 7'li Likert tipi, 5'li Likert olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında duygusal tükenme alt boyutunda Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısının 0,83 kişisel başarı alt boyutunda Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısının 0,73 duyarsızlaşma alt boyutunda Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,63 genel olarak Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısının 0,89 olarak belirlenmiştir. Faktör yapısının incelenmesi ile ölçeğin yapı geçerliliği yapılmıştır. Bunun için yapılan faktör analizinde başlangıçta beş faktör ortaya konmuş, daha sonra üç faktörde bunların toplandığı görülmektedir. Bu sebeple varimax rotation ile tekrar değerlendirme yapılarak üç faktör bulunmuştur. Böylece Türkçeye uyarlanan ölçeğin özgün ölçek ile uyumlu olduğu görülmüştür (Ersoy ve Utku, 2005:47). Tükenmişliğin yüksekliği duygusal tükenme alt boyutu ve duyarsızlaşma alt boyutundaki yüksek puanı, kişisel başarı alt boyutundaki düşük puanı vermektedir. Ölçek skorundan tükenmişliğin yüksekliği belirlenmektedir. Orta düzeyde tükenmişliğin, üç alt boyut için de orta düzey puanlarını verirken, düşük düzey tükenmişlik duygusal tükenmenin alt boyutu ve duyarsızlaşma alt boyutundaki düşük puanları, kişisel başarının alt boyutundaki yüksek puanları vermektedir. Puanlamada, her katılımcı için aşağıda görüldüğü gibi üç farklı tükenmişlik puanını hesaplanmaktadır (Ergin, 1992).

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yüksek Tükenmişlik Düzeyi	27 ve üzeri	17- 26 arası	0- 16 arası
Orta Tükenmişlik Düzeyi	13 ve üzeri	7- 12 arası	0- 6 arası
Düşük Tükenmişlik Düzeyi	0-14 arası	15-24 arası	24 ve üzeri

Tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından alabilecekleri olan puanların, duygusal tükenmenin alt boyutu için 0-36; duyarsızlaşmanın alt boyutu 0-20 arasında ve kişisel başarının alt boyutu için ise 0-32 olarak değişmektedir.

2.4.5. Beck Depresyon Ölçeği

EK5'te yer alan bu ölçek, bireylerin depresyon riskini belirleyen, depresif belirti düzeyini, şiddet değişimini değerlendirmektedir. Beck ve arkadaşlarının 1961 yılında geliştirilen ölçekte 21 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Hastanın kendisinin doldurduğu ölçekte ölçüm 4'lü likert tipte ölçüm yapılır. Ölçeğin 0-63 arasında skor düzeyi aralığı bulunmaktadır. 0-9 puan: normali, 10-18 puanlar: hafif depresyonu, 19-29 puanlar: orta düzey depresyonu, 30-63: şiddetli depresyon göstermektedir. Ölçeğin başında yönergesi vardır. Ölçeği dolduran katılımcılar kendi durumlarına uyan ifadeleri işaretler. Beck depresyon ölçeğinin Nesrin Hisli tarafından Türkiye için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin bilgisayar ve kâğıt formları olarak farklı kullanım şekilleri bulunmaktadır (Hisli, 1989: 5). Ölçeğin güvenirliği .72, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının ise .86 olarak belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçekte Türkçe geçerliliği ve güvenirlik çalışmasındaki kesme puanı ise araştırmalarda farklılık gösterebilse de 17 puanın yeterli olabileceği belirtilmektedir (Hisli, 1989).

2.5. Veri Analizi

Veri analizinde 22.0 SPSS programı kullanılarak, elde edilen bulgulardan katılımcıların demografik özelliklerinin tespiti amacıyla frekans ve yüzde ortalamalarının tespitinde betimsel istatistikler kullanılmıştır. Çalışmadan normal dağılım gösteren verilerin analizi parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılması amacıyla Pearson korelasyon analizi, normal değişim gösteren değişkenlerin ikili grup puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grupların puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla da tek yönlü varyans analizini yapılmıştır. Hangi grupların arasında farklılığın olduğunu saptamak için post-hoc testi Bonferroni Testi yapılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmada grubunda yer alan 473 bireyin sosyo-demografik özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	242	67,06
Erkek	122	32,94
Medeni durum		
Evli	176	48,36
Evli değil	188	51,64
Eğitim durumu		
Lise	45	12,36
Lisans	239	65,65
Lisansüstü	55	15,11
Doktora	25	6,88
Çalışma süresi		
1 yıldan az	13	3,57
1-3 yıl	125	34,34
3-5 yıl	64	17,58
5 yıldan fazla	162	44,51
Mesleki Unvan		
Doktor	108	29,62
Hemşire	115	31,65
Diğer	141	38,73

Tablo 1’deki bulgulara göre cinsiyet değişkenine göre ankete katılan katılımcıların 242’si (yüzde 67,06) kadın, 122’sinin (yüzde 32,94) ise erkek olduğu görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanı olan katılımcıların ağırlıklı olarak kadın olduğu söylenebilir.

Medeni durum değişkenine göre ankete katılan katılımcıların 176’sı (yüzde 48,36) evli olduğu, 188’sinin (yüzde 51,64) ise evli olmadığı görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanı olan katılımcıların evli olan ve evli olmayanların birbirine yakın oranda olduğu söylenebilir.

Eğitim durumu değişkenine göre ankete katılan katılımcıların 45’i (yüzde 12,36) lise eğitim düzeyinde, 239’u (yüzde 65,65) lisans eğitim düzeyinde, 55’i (yüzde 15,11) lisansüstü eğitim düzeyinde, 25’inin (yüzde 6,88) ise doktora düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmektedir. Bulgulardan katılımcıların ağırlıklı olarak lisans, lisansüstü ve doktora eğitimi aldıkları söylenebilir.

Çalışma süresi değişkenine göre ankete katılan katılımcıların 13’ (yüzde 3,57) mesleğini 1 yıldan az yapmakta, 125’i (yüzde 34,34) mesleğini 1,3 yıl arası yapmakta, 64’ (yüzde 17,58) mesleğini 3-5 yıl arası yapmakta, 162’si (yüzde 44,51) ise mesleğini 5 yıldan fazla yaptıkları görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanı olan katılımcıların önemli bir kısmının mesleğinde deneyimli oldukları söylenebilir.

Ankete katılan katılımcıların mesleklerine ilişkin “Mesleki unvan” değişkenine verdikleri yanıtlardan kendilerini 108’inin (yüzde 29,62) doktor, 115’inin (yüzde 31,65) hemşire, 141’inin (yüzde 38,73) ise sağlık sektöründe diğer alanlarda tanımladıkları görülmektedir. Bulgulardan katılımcıların sağlık sektörünün çeşitli alanlarında görev aldıkları söylenebilir.

Bulgulardan katılımcıların yaş değişkenine göre aritmetik ortalaması 31,83, standart sapma ise 8,41 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Pandemi Dönemine İlişkin Bulguları

Değişkenler	n	%
Covid-19 geçirdiniz mi		
Evet	184	50,54
Hayır	180	49,46
Cevabınız evet ise kaç kez geçirdiniz		
1	165	89,1
2	19	10,9
Covid-19 aşısı oldunuz mu		
Evet	322	87,91
Hayır	42	12,09
Cevabınız evet ise kaç doz oldunuz		
2	161	55,77
3	150	41,21
4	11	3,02
Covid 19 hastasıyla birebir temasta bulundunuz mu veya muayene ettiniz mi		
Evet	206	56,60
Hayır	158	43,40
Bilinen tıbbi rahatsızlığınız var mı		
Evet	55	15,12
Hayır	309	84,88
Covid 19 döneminde rahatsızlığınız olduğu zaman nöbet tutmak zorunda kaldınız mı		
Evet	109	29,50
Hayır	255	70,05
Covid 19 döneminde izin isteyip alamadığınız oldu mu		
Evet	123	33,80
Hayır	241	66,20
Covid 19 döneminde istifa etmeyi düşündünüz mü		
Evet	88	24,18
Hayır	276	75,82
Şu an istifa etmeyi düşünüyor musunuz		
Evet	59	16,22
Hayır	305	83,78
Nerede çalışıyorsunuz		
Eğitim ve Araştırma hastanesi	56	15,40
Üniversite hastanesi	52	14,28
Özel hastane	119	32,69
Devlet hastanesi	86	23,62
Muayenehane	4	1,10
Diğer	47	12,91

Tablo 2’deki bulgulara göre katılımcıların “Covid-19 geçirdiniz mi” anket sorusuna verdikleri yanıtlardan 184’ünün (yüzde 50,54) Covid-19 geçirdiği, 180’inin (yüzde 49,46) ise Covid-19 geçirmediği bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca Covid-19 geçirenlerin arasında 165’inin (yüzde 89,1) 1 kez, 19’unun (yüzde 10,9) 2 kez Covid-19 geçirdiği görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanlarının Covid-19 geçirme riskinin (yüzde 50,54) oldukça yüksek oranda olduğu söylenebilir.

Katılımcıların Covid-19 aşısı olma oranlarının belirlendiği soruya verdikleri yanıtlardan 322'sinin (yüzde 87,91) evet yanıtı verdiği, 42'sinin (yüzde 12,09) ise aşı olmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların kaç doz aşı oldukları hususunda alınan yanıtlardan 161'inin (yüzde 55,77) 2 doz aşı olduğu, 150'sinin (yüzde 41,21) 3 doz aşı olduğu, 11'inin (yüzde 3,02) ise 4 doz aşı olduğu görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanlarının Covid-19 aşısına ilgi gösterdiği büyük oranda 2 doz ve 3 doz aşı yaptırdıkları söylenebilir. Ancak pandemi sürecinde riskli kabul edilen meslek gruplarında olmalarına rağmen hala aşı olmayan bir grubun olduğu da göz önüne alınmalıdır.

Katılımcıların “Covid-19 hastasıyla birebir temasta bulundunuz mu veya muayene ettiniz mi” anket sorusuna 206'sı (yüzde 56,60) evet yanıtı, 158'si (yüzde 43,40) hayır yanıtı verdikleri görülmüştür. Bulgulardan sağlık çalışanlarının meslek gereği ağırlıklı olarak Covid-19 hastaları ile birebir temas halinde bulundukları söylenebilir.

Katılımcılara sorulan “bilinen tıbbi bir rahatsızlığınız var mı” anket sorusuna 55'i (yüzde 15,12) evet yanıtı verirken, 309'u (yüzde 84,88) ise hayır yanıtı vermiştir. Katılımcılar tıbbi rahatsızlıklarına kalp, tansiyon, diyabet, tiroit, astım, alerji gibi yanıtlar vermişlerdir. Bulgulardan tıbbi rahatsızlığı bulunan sağlık çalışanlarının Covid-19 karşısında risk oranının yükseldiği yönünde çıkarım yapılabilir.

Katılımcıların “Covid-19 döneminde rahatsızlığınız olduğunda nöbet tutmak zorunda kaldınız mı” anket sorusuna verdikleri yanıtlardan 109'u (yüzde 29,50) evet yanıtı verirken, 255'i (yüzde 70,05) ise hayır yanıtı verdiği görülmektedir. Bulgulardan sağlık çalışanlarının rahatsızlıkları olsa dahi görevlerinin gereğini yerine getirme çalıştıkları söylenebilir.

Katılımcıların “Covid-19 döneminde izin isteyip alamadığınız oldu mu” şeklindeki soruya 123'ü (yüzde 33,80) evet yanıtı, 241'i (yüzde 66,20) ise hayır yanıtı vermişlerdir. Bulgulardan sağlık çalışanlarının hakları olsa da Covid-19 döneminde izin yapamadıkları şeklinde yorumlama yapılabilir.

Katılımcıların “Covid-19 döneminde istifa etmeyi düşündünüz mü” anket sorusuna 88'i (yüzde 24,18) evet yanıtı verdikleri, 276'sı (yüzde 75,82) ise hayır yanıtı verdikleri görülmüştür. Aynı şekilde “Şu an istifa etmek istiyor musunuz” anket sorusuna da 59'u (yüzde 16,22) evet yanıtı, 305'i (yüzde 83,78) ise hayır yanıtı vermiştir. Bulgulardan

sağlık çalışanlarının mesleki gereklerini ve sorumluluklarını yerine getirdikleri ve istifa etmeyi düşünmedikleri şeklinde yorumlama yapılabilir.

Çalışmaya katılan araştırma grubunun “Nerede çalışıyorsunuz” anket sorusuna 119’u (yüzde 32,69) özel hastanede, 86’sı (yüzde 23,62) devlet hastanesinde, 56’sı (yüzde 15,40) eğitim ve araştırma hastaneleri, 52’si (yüzde 14,28) üniversite hastaneleri, 4’ü (yüzde 1,10) muayenehane, 47’si (12,91) ise diğer yanıt verdikleri görülmüştür. Bulgulardan sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak kamu hastanelerinde mesleklerini yaptıkları söylenebilir.

3.2. Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Tablo 3: Katılımcıların Ortalama Yaş ve Çalışma Süresine Göre Ortalama Değerleri ve Ölçek Skorlarının Ortalama Değerleri

	n	Ortalama	ss
Yaş	364	31,83	8,41
Çalışma Süresi	364	8,97	8,96
Duygusal Tükenme	364	17,31	6,13
Kişisel Başarı	364	13,19	4,09
Duyarsızlaşma	364	6,72	4,21
Genel Tükenmişlik	364	36,72	9,9
Sürekli Kaygı	364	46,35	7,84
Durumluk Kaygı	364	41,22	8,79
Beck Depresyon	364	18,91	8,57
GSA12	364	7,41	6,91

Tablo 3’de ankete katılan katılımcıların yaş ortalaması $31,83 \pm 8,41$ ($n=364$), yıl olarak ortalama çalışma sürelerinin ise $8,97 \pm 8,96$ olduğu görülmektedir. Tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme ortalama puanı $17,31 \pm 6,3$, kişisel başarı ortalama puanı $13,19 \pm 4,09$, duyarsızlaşma ortalama puanı $6,72 \pm 4,21$, genel tükenmişlik ortalama puanı ise $36,72 \pm 9,9$, sürekli kaygı ortalama puanı $46,35 \pm 7,84$, durumluk kaygı ortalama puanı $41,22 \pm 8,79$, depresyon ölçek ortalama puanı $18,91 \pm 8,57$, GSA12 ölçek ortalama puanı ise $7,41 \pm 6,91$ ’dir.

Tablo 4: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal tükenmenin	Kadın	242	23,42	5,72	0,34	-3,091	0,003
	Erkek	122	20,82	6,03	0,77		
Kişisel başarı	Kadın	242	16,54	4,46	0,26	-4,402	0,333
	Erkek	122	14,28	3,44	0,45		
Duyarsızlaşma	Kadın	242	13,35	3,88	0,24	-976	0,000
	Erkek	122	12,84	3,67	0,46		
Durumluk kaygı	Kadın	242	44,84	11,83	0,71	-0,603	0,534
	Erkek	122	41,86	11,62	0,41		
Sürekli kaygı	Kadın	242	46,42	9,13	0,36	-2,624	0,313
	Erkek	122	44,57	8,41	0,26		
Depresyon	Kadın	242	58,24	4,87	0,27	-1,532	0,129
	Erkek	122	37,16	6,15	0,49		
GSA-12	Kadın	242	22,29	6,91	0,64	-0,132	0,881
	Erkek	122	38,16	6,18	0,47		

Tablo 4’de cinsiyete göre yapılan bağımsız örneklem t testinin analizinin sonuçları yer almaktadır. Bunlara göre kadın katılımcıların duygusal tükenmenin puan ortalamalarının ($\bar{x}$ =23,42) erkek katılımcıların puan ortalamalarına ($\bar{x}$ =20,82) göre anlamlı olarak yüksek olduğu (t =-3,091; p <0,05), kişisel başarı ve duyarsızlaşma ortalama puanların da ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p >0,05). Durumluk kaygı ve sürekli kaygı puanlarında ise kadın katılımcıların puan ortalamalarının erkeklere göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p >0,05). Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre depresyon ve GSA-12 puan ortalamalarındaki anlamlı farklılığın bulunmadığı görülmüştür (p >0,05).

Tablo 5: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Yaş	n	$\bar{x}$	ss
Duygusal tükenme	18-26	122	23,32	5,61
	27-37	160	23,53	6,11
	38-47	65	20,86	5,74
	48-65	17	21,12	5,82
Kişisel başarı	18-26	122	16,35	3,84
	27-37	160	16,26	5,26
	38-47	65	15,16	4,14
	48-65	17	17,21	5,16
Duyarsızlaşma	18-26	122	13,32	4,02
	27-37	160	13,16	3,84
	38-47	65	13,34	3,35
	48-65	17	13,42	3,93
Durumluk kaygı	18-26	122	21,04	5,64
	27-37	160	22,11	5,71
	38-47	65	20,23	5,58
	48-65	17	21,34	5,57
Sürekli kaygı	18-26	122	17,44	5,11
	27-37	160	19,32	5,32
	38-47	65	15,43	4,74
	48-65	17	16,37	3,94
Depresyon	18-26	122	17,44	5,16
	27-37	160	16,98	4,43
	38-47	65	15,21	4,26
	48-65	17	16,52	3,96
GSA-12	18-26	122	16,82	4,35
	27-37	160	20,13	5,15
	38-47	65	19,81	4,92
	48-65	17	19,33	4,58

Tablo 5’de katılımcılara ait aritmetik ortalaması ve standart sapma değerlerine verilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Karelerin ortalaması	f	p
Duygusal Tükenme	G. Arası	323,942	2	161,962	4,841	0,007
	G. İçi	11753,034	363	33,387		
	Toplam	12076,976	363			
Kişisel başarı	G. Arası	67,444	2	33,725	1,757	0,171
	G. İçi	6716,940	361	19,084		
	Toplam	6784,384	363			
Duyarsızlaşma	G. Arası	0,993	2	0,486	0,035	0,966
	G. İçi	5275,158	361	14,974		
	Toplam	5276,151	363			
Durumluk Kaygı	G. Arası	63,321	2	31,632	1,463	0,227
	G. İçi	5816,832	361	21,541		
	Toplam	5880,153	363			
Sürekli kaygı	G. Arası	67,281	2	33,571	0,994	0,396
	G. İçi	5664,431	361	22,214		
	Toplam	5731,712	363			
Depresyon	G. Arası	65,882	2	33,452	2,005	0,141
	G. İçi	5981,162	361	19,011		
	Toplam	6047,044	363			
GSA-12	G. Arası	66,134	2	32,464	1,228	0,226
	G. İçi	6685,152	361	23,436		
	Toplam	6751,286	363			

Tablo 6 incelendiğinde katılımcıların yaş değişkenine göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları ($F=4,84$; $p<0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir. Hangi grupların arasında farklılığın olduğunun belirlenmesi için post-hoc testi Bonferroni Testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre 38-47 yaş aralığında olan katılımcıların ($\bar{x}=20,86$) diğer gruplara göre duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların kişisel başarı puan ortalamaları ($F=1,757$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalamaları ($F=0,035$; $p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamaları ($F=1,463$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların sürekli kaygı puan ortalamaları ($F=0,994$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Katılımcıların depresyon puan ortalamaları ($F=2,005$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Katılımcıların GSA-12 puan ortalamaları ($F=1,228$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Eğitim Gurumu Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	ss
Duygusal tükenme	Lise	45	21,14	5,14
	Lisans	239	22,46	6,23
	Lisansüstü	55	21,45	5,45
	Doktora	25	22,32	5,63
Kişisel başarı	Lise	45	17,22	3,91
	Lisans	239	16,54	5,61
	Lisansüstü	55	16,42	4,23
	Doktora	25	18,33	5,34
Duyarsızlaşma	Lise	45	14,23	4,11
	Lisans	239	13,28	3,91
	Lisansüstü	55	14,16	3,46
	Doktora	25	13,67	4,06
Durumluk kaygı	Lise	45	20,46	5,26
	Lisans	239	22,63	5,82
	Lisansüstü	55	20,36	5,31
	Doktora	25	21,17	5,63
Sürekli kaygı	Lise	45	16,34	5,02
	Lisans	239	18,72	5,26
	Lisansüstü	55	15,75	5,11
	Doktora	25	16,41	4,02
Depresyon	Lise	45	16,89	5,27
	Lisans	239	17,11	4,63
	Lisansüstü	55	15,34	4,54
	Doktora	25	16,68	4,16
GSA-12	Lise	45	16,67	4,46
	Lisans	239	19,81	5,53
	Lisansüstü	55	20,14	5,06
	Doktora	25	19,42	4,73

Tablo 7’de katılımcılara ait aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerlerine verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Karelerin ortalaması	f	p
Duygusal Tükenme	G. Arası	67,896	2	34,452	1,524	0,161
	G. İçi	5366,037	363	18,365		
	Toplam	5433,933	363			
Kişisel başarı	G. Arası	66,224	2	32,116	1,626	0,196
	G. İçi	5623,812	361	17,364		
	Toplam	5690,036	363			
Duyarsızlaşma	G. Arası	69,532	2	11,238	0,415	0,661
	G. İçi	5814,189	361	14,327		
	Toplam	7534,618	363			
Durumluk Kaygı	G. Arası	64,811	2	22,325	1,143	0,234
	G. İçi	5472,133	361	16,542		
	Toplam	5536,944	363			
Sürekli kaygı	G. Arası	64,446	2	26,482	1,216	0,382
	G. İçi	5428,364	361	17,933		
	Toplam	5492,81	363			
Depresyon	G. Arası	67,732	2	34,846	1,872	0,247
	G. İçi	5725,169	361	16,781		
	Toplam	5792,901	363			
GSA-12	G. Arası	62,847	2	33,264	1,326	0,281
	G. İçi	5364,316	361	24,293		
	Toplam	5427,163	363			

Tablo 8 incelendiğinde katılımcılarda eğitim durumu değişkenine bağlı duygusal tükenmişlik puan ortalamaları ($F=1,524$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların kişisel başarı puan ortalamaları ($F=1,626$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalamaları ($F=0,415$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı görülmektedir. Katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamaları ($F=1,143$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların sürekli kaygı puan ortalamaları ($F=1,216$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların depresyon puan ortalamaları ($F=1,872$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların GSA-12 puan ortalamaları ($F=1,326$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Çalışma Süresi Değişkenine Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Çalışma Süresi	n	$\bar{x}$	ss
Duygusal tükenmenin	1 yıldan düşük	13	22,46	5,42
	1-3 yıl	125	22,61	6,01
	3-5 yıl	64	20,47	5,46
	5 yıldan fazla	162	21,32	5,91
Kişisel başarısı	1 yıldan düşük	13	16,42	3,76
	1-3 yıl	125	15,34	5,48
	3-5 yıl	64	16,14	4,36
	5 yıldan fazla	162	16,84	5,52
Duyarsızlaşma	1 yıldan düşük	13	13,46	4,14
	1-3 yıl	125	12,88	4,03
	3-5 yıl	64	13,16	3,64
	5 yıldan fazla	162	12,92	3,52
Durumluk kaygı	1 yıldan düşük	13	20,72	5,23
	1-3 yıl	125	21,84	5,46
	3-5 yıl	64	20,36	5,38
	5 yıldan fazla	162	21,17	5,81
Sürekli kaygı	1 yıldan düşük	13	16,81	5,03
	1-3 yıl	125	18,62	5,61
	3-5 yıl	64	15,52	4,82
	5 yıldan fazla	162	16,43	4,02
Depresyon	1 yıldan düşük	13	16,91	5,12
	1-3 yıl	125	17,11	4,37
	3-5 yıl	64	16,02	4,11
	5 yıldan fazla	162	16,64	4,31
GSA-12	1 yıldan düşük	13	17,24	4,24
	1-3 yıl	125	19,73	5,02
	3-5 yıl	64	20,26	5,27
	5 yıldan fazla	162	19,62	4,41

Tablo 9’da katılımcılara ait aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerlerine verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Çalışma Süresi Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi

	Varyansın kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Karelerin ortalaması	f	p
Duygusal Tükenmenin	G. Arası	66,895	2	34,262	1,426	0,164
	G. İçi	5365,035	361	18,455		
	Toplam	5431,93	363			
Kişisel başarı	G. Arası	64,725	2	33,416	1,635	0,186
	G. İçi	5623,826	361	18,164		
	Toplam	5688,551	363			
Duyarsızlaşma	G. Arası	68,544	2	12,228	0,634	0,651
	G. İçi	5811,183	361	14,623		
	Toplam	5879,727	363			
Durumluk Kaygı	G. Arası	65,621	2	23,423	1,154	0,223
	G. İçi	5481,133	361	15,532		
	Toplam	5546,754	363			
Sürekli kaygı	G. Arası	66,436	2	27,472	1,125	0,374
	G. İçi	5448,363	361	16,924		
	Toplam	5514,799	363			
Depresyon	G. Arası	68,432	2	34,426	1,763	0,256
	G. İçi	5745,165	361	16,431		
	Toplam	5813,597	363			
GSA-12	G. Arası	64,846	2	34,249	1,345	0,277
	G. İçi	5374,366	361	23,264		
	Toplam	5439,212	363			

Tablo 10 incelendiğinde katılımcıların çalışma süresi değişkenine göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları ($F=1,426$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların kişisel başarı puan ortalamaları ($F=1,635$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalamaları ($F=0,634$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların durumluk kaygı puan ortalamaları ($F=1,154$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Katılımcıların sürekli kaygı puan ortalamaları ($F=1,125$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların depresyon puan ortalamaları ($F=1,763$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların çalışma süresi değişkenine göre GSA-12 puan ortalamaları ($F=1,345$; $p>0,05$) arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre t Testi Sonuçları

	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal tükenme	Evli	176	8,52	5,62	0,71	-0,89	0,37
	Evli değil	188	8,66	6,29	0,74		
Kişisel başarı	Evli	176	16,01	5,23	0,81	0,11	0,91
	Evli değil	188	15,63	5,72	0,79		
Duyarsızlaşma	Evli	176	7,72	7,21	0,64	-0,42	0,67
	Evli değil	188	7,64	7,53	0,68		
Durumluk kaygı	Evli	176	5,18	5,66	0,59	1,810	0,08
	Evli değil	188	5,24	4,88	0,66		
Sürekli kaygı	Evli	176	5,21	6,18	0,42	0,06	0,94
	Evli değil	188	5,68	6,17	0,58		
Depresyon	Evli	176	19,01	4,19	0,54	0,66	0,54
	Evli değil	188	14,66	3,91	0,56		
GSA-12	Evli	176	6,18	6,52	0,75	0,95	0,34
	Evli değil	188	6,36	7,41	0,81		

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre t testinin analiz sonuçlarını Tablo 11’de yer almaktadır. Evli olan katılımcılar ile evli olmayan katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmamıştır.

Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Unvanlarına Göre Ölçeklerden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Mesleki Unvan	n	DT	KB	D	DK	SK	D	GSA-12
Doktor	108	27,84±7,32	24,13±3,44	11,74±4,86	43,14±9,67	39,71±7,84	24,63±3,84	22,62±4,16
Hemşire	115	23,11±6,46	23,98±3,11	9,30±2,85	38,73±7,02	39,35±7,25	22,59±2,99	22,84±3,37
Diğer	141	25,12±6,68	22,42±3,45	10,80±3,83	40,17±9,17	35,61±8,68	22,16±3,21	22,14±3,26
Anlamlılık (p)		F = 2,207 P = 0,124	F = 2,312 p = 0,112	F = 1,370 p = 0,251	F = 1,415 p = 0,262	F = 1,485 p = 0,207	F = 1,646 p = 0,163	F = 1,154 p = 0,328

Tablo 12 incelendiğinde tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme (DT) alt boyutunda doktorların puanları diğer gruplardan yüksek çıkmış ($p>0,05$), hemşirelerin kişisel başarı (KB) alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları diğer gruplarda yüksek çıkmış ($p>0,05$), duyarsızlaşma (D) alt boyutunda doktorların puanlar diğer gruplardan yüksek çıkmış ($p>0,05$), durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinin durumluk kaygı (DK) alt boyutunda doktorların puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek çıkmış ($p>0,05$), aralarında anlamlı farklılıklar bulunmadığı saptanmamıştır ($p>0,05$).

3.3. Katılımcıların Pandemi Dönemindeki Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 13: Katılımcıların Covid-19 Geçirme Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları

	Covid-19 Geçirme Durumu	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal tükenme	Evet	184	21,04	4,66	0,85	0,997	0,321
	Hayır	180	19,63	3,82	0,79		
Kişisel başarı	Evet	184	15,44	3,46	0,88	2,567	0,012
	Hayır	180	14,21	3,13	0,86		
Duyarsızlaşma	Evet	184	12,41	3,61	1,01	3,464	0,002
	Hayır	180	13,34	3,44	0,98		
Durumluk kaygı	Evet	184	24,62	4,75	0,89	2,016	0,044
	Hayır	180	22,72	4,92	0,68		
Sürekli kaygı	Evet	184	26,68	5,12	0,31	-4,642	0,000
	Hayır	180	24,47	4,91	0,62		
Depresyon	Evet	184	24,64	4,63	0,50	-2,094	0,037
	Hayır	180	22,13	4,27	0,42		
GSA-12	Evet	184	21,16	4,54	0,77	-1,460	0,147
	Hayır	180	20,12	4,16	0,75		

Tablo 13'te yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı ($t=2,567$, $p<0,05$), duyarsızlaşma ($t=3,464$, $p<0,05$), durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinin durumluk kaygının ($t=2,016$, $p<0,05$), sürekli kaygının ($t=-4,642$, $p<0,05$) alt boyutlarının ve depresyon ölçeğinin ($t=-2,094$, $p<0,05$) katılımcıların Covid-19 geçirme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre Covid-19 geçiren katılımcıların kişisel başarı, duyarsızlaşma, durumluk kaygı düzeylerinin Covid-19 geçirmemiş olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Katılımcıların Covid-19 Aşısı Olma Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları

	Covid-19 Aşısı Olma Durumu	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal tükenme	Evet	322	21,22	4,46	0,41	-5,349	0,000
	Hayır	42	19,62	5,64	0,81		
Kişisel başarı	Evet	322	15,46	4,21	0,31	-8,941	0,000
	Hayır	42	15,22	3,63	0,42		
Duyarsızlaşma	Evet	322	13,22	3,74	0,26	-10,021	0,000
	Hayır	42	14,36	3,52	0,43		
Durumluk kaygı	Evet	322	18,64	5,64	0,82	-8,103	0,000
	Hayır	42	19,16	5,71	0,46		
Sürekli kaygı	Evet	322	19,72	6,53	0,41	-1,104	0,252
	Hayır	42	21,42	6,67	0,28		
Depresyon	Evet	322	19,77	5,42	0,29	-2,557	0,012
	Hayır	42	22,32	5,85	0,54		
GSA-12	Evet	322	21,43	6,72	0,67	-3,282	0,001
	Hayır	42	18,17	6,71	0,51		

Tablo 14’te yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmenin ($t=-5,349$, $p<0,05$), kişisel başarının ($t=-8,941$, $p<0,05$), duyarsızlaşma ($t=-10,021$, $p<0,05$), durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinin durumluk kaygı ($t=-8,103$, $p<0,05$) alt boyutlarının ve depresyon ölçeğinin ($t=-2,557$, $p<0,05$) ile GSA-12 ölçeğinin ($t=-3,282$, $p<0,05$) katılımcıların Covid-19 aşısı olma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre Covid-19 aşısı olmuş katılımcıların depresyon ile GSA-12 düzeylerinin daha düşük olduğunun saptanmıştır.

Tablo 15: Katılımcıların Covid-19 Hastası ile Temas Durumu ile Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları

	Covid-19 Hastası ile Temas Durumu	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal Tükenme	Evet	206	23,42	5,72	0,34	-3,091	0,003
	Hayır	158	20,82	6,03	0,76		
Kişisel başarı	Evet	206	16,54	4,46	0,24	-4,410	0,331
	Hayır	158	14,25	3,44	0,45		
Duyarsızlaşma	Evet	206	13,35	3,88	0,22	-0,977	0,003
	Hayır	158	14,36	3,52	0,43		
Durumluk kaygı	Evet	206	23,21	6,24	0,63	-0,443	0,060
	Hayır	158	22,89	5,69	0,36		
Sürekli kaygı	Evet	206	12,81	3,76	0,38	-1,426	0,511
	Hayır	158	13,44	3,88	0,24		
Depresyon	Evet	206	15,17	4,32	0,42	-2,947	0,228
	Hayır	158	16,52	4,35	0,284		
GSA-12	Evet	206	18,41	5,12	0,57	-2,294	0,003
	Hayır	158	16,24	4,88	0,47		

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Tablo 15’te yapılan bağımsız örneklem t testinin sonuçlarına göre tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenmenin ($t=-3,091$, $p<0,05$) alt boyutunda Covid-10 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kişisel başarı ($t=-4,410$, $p<0,05$) alt boyutunda Covid-10 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Duyarsızlaşma ($t=-0,977$, $p<0,05$) alt boyutunda Covid-10 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinin durumluk kaygı ($t=-0,443$, $p<0,05$) alt boyutunda Covid-10 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyon ölçeği ($t=-2,947$, $p<0,05$) Covid-10 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. GSA-12 ölçeğinin ($t=-2,294$, $p<0,05$) katılımcıların Covid-19 hastası ile temasta bulunmuş olanların puan ortalamaları temasta bulunmayanlara göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Rahatsız İken Nöbet Tutma Durumu ile Araştırma Değişkenlerinin Arasındaki İlişkiye Yönelik t Testinin Sonuçları

	Rahatsız İken Nöbet Tutma Durumu	n	$\bar{x}$	ss	sd	t	p
Duygusal tükenme	Evet	109	22,12	4,41	0,84	0,986	0,313
	Hayır	255	19,56	3,93	0,77		
Kişisel başarı	Evet	109	16,13	3,57	0,89	2,483	0,016
	Hayır	255	15,11	3,21	0,84		
Duyarsızlaşma	Evet	109	13,52	3,54	0,92	3,372	0,001
	Hayır	255	13,46	3,57	0,94		
Durumluk kaygı	Evet	109	23,81	4,86	0,91	2,011	0,036
	Hayır	255	23,12	4,93	0,63		
Sürekli kaygı	Evet	109	24,57	4,84	0,37	-4,433	0,000
	Hayır	255	22,33	4,66	0,59		
Depresyon	Evet	109	25,16	4,44	0,54	-2,038	0,041
	Hayır	255	23,21	4,36	0,47		
GSA-12	Evet	109	22,26	4,67	0,79	-1,471	0,137
	Hayır	255	20,34	4,18	0,71		

Tablo 16’da yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı ($t=2,483$, $p<0,05$), duyarsızlaşma ($t=3,372$, $p<0,05$), durumluk ve süreklilik kaygı ölçeğinin durumluk kaygının ($t=2,011$, $p<0,05$), sürekli kaygının ($t=-4433$, $p<0,05$)

alt boyutlarının ve depresyon ölçeğinin ($t=-2,038$, $p<0,05$) katılımcıların Covid-19 döneminde rahatsız iken nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre rahatsız iken nöbet tutan katılımcıların kişisel başarı, duyarsızlaşma, durumluk kaygı düzeylerinin rahatsız iken nöbet tutmamış olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu, sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 17: Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri

	N	ort	ss	Min	Max
Duygusal tükenme	364	17,31	6,13	0,00	36,00
Duyarsızlaşma	364	6,72	4,21	0,00	20,00
Kişisel başarı	364	13,19	4,09	0,00	32,00

Tablo 17'ye göre duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamasının $17,31\pm6,13$ olduğu, duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamasının $6,72\pm4,21$ olduğu, kişisel başarı puan ortalamasının ise $13,19\pm4,09$ olduğu görülmektedir. Elde edilen verilere göre katılımcıların duygusal tükenmenin boyutunda düşük tükenmiş düzeyi olduğunun, duyarsızlaşma boyutunda orta tükenmişlik düzeyi olduğu, kişisel başarı boyutunda yüksek tükenmişlik düzeyi olduğu, genel tükenmişlik düzeylerinin ise orta düzey olduğu söylenebilir.

Tablo 18: Katılımcıların Depresyon Düzeyleri

Ölçek	N	Ort	Ss	Min	Max
Beck Depresyon	364	18,91	8,57	0,00	52,00

Tablo 18'e göre katılımcıların depresyon puan ortalaması $18,91\pm8,57$ olduğu, katılımcıların ölçek genelinden minimum 0, maksimum 52 puan aldığı, depresyonun yok (0-10 arası puan), hafif depresyonun (11-17 arası puan), orta düzey depresyonun (18-23 arası puan), ağır depresyonun (23 ve üzerinde puan) değerlendirmesine göre katılımcıların orta düzey depresyona sahip olduğu görülmüştür.

3.4. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişki

Tablo 19: Katılımcıların Durumluk ve Sürekli Kaygı, Depresyon, Tükenmişlik ve Ruhsal Belirti Puanlarının Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	1								
2. Duygusal Tükenme	-,402**	1							
3. Kişisel başarı	-,395**	,581**	1						
4. Duyarsızlaşma	-,448**	886**	891**	1					
5. Durumluk ve Sürekli kaygı Ölçeği	-,543**	,368**	,356**	,407**	1				
6. Durumluk kaygı	-,483**	-,434**	-,418**	-,478**	,310**	1			
7. Sürekli kaygı	555**	-,341**	-,364**	-,397**	-,417**	,714**	1		
8. Beck Depresyon Ölçeği	,436**	-,655**	-,589**	-,699**	-,383**	735**	,515**	1	
9. GSA-12 Ölçeği	,367**	-,336**	-,273**	-,342**	-,285**	,663**	,688**	,525**	1

* p<0,05, ** p<0,01

Araştırmada uygulanan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği’nin”, “Beck Depresyon Ölçeği’nin”, “GSA-12 Ölçeği’nin” ve boyutlarına ilişkin korelasyon bulguları Tablo 13’te yer almaktadır. Bulgulara göre kullanılan her ölçek ve boyutları ile ölçek ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olup, aralarında kuvvetli ilişki bulunduğu görülmektedir (Tablo 19).

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında ($r=-,543$; $p<0,01$) istatistiksel bakımdan anlamlı negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında ($r=,436$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin ile depresyon düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında ($r=,367$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile depresyon düzeylerinin arasında ($r=-,383$; $p<0,01$) istatistiksel bakımdan anlamlı negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki vardır.

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında ($r=-,285$; $p<0,01$) istatistiksel bakımdan anlamlı negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Katılımcıların depresyon düzeyleri ile ruhsal belirti düzeyleri arasındaki ($r=,525$; $p<0,01$) istatistiksel bakımdan anlamlı pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre katılımcıların depresyon düzeylerinin ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Covid-19 toplumda iki türlü sağlık sorununa neden olmaktadır. Bunlardan ilki virüsün nedeni olduğu fiziksel sağlık sorunlarını, diğeri ise salgınla ilişkili olan depresyon, anksiyete, tükenmişlik, stres, endişe, panik gibi ruhsal sağlık sorunlarıdır. Bundan dolayı Covid-19 salgını yalnızca medikal sağlık krizi değil, akıl sağlığının bakımından da acil durum olarak ele alınmalıdır (Zeybek vd., 2020). Özellikle sağlık çalışanlarının Covid-19 salgın sürecinde en riskli alanlarda görev yapmalarından dolayı salgının neden olduğu sağlık sorunları bakımından ciddi risk altında olduklarından bahsedilebilir. Literatürde pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki fiziksel ve psikososyal etkilerini ele alan araştırmalar her geçen zamanda artmaktadır. Bu araştırmalarda mevcut çalışmayı destekleyen sonuçlar bildirilmekle birlikte, bir kısım çalışmalarda elde edilen sonuçların farklılık gösterdiği söylenebilir. Aynı zamanda pandeminin ilk zamanlarında yapılmış araştırmalar ile ilerleyen zamanlarda yapılmış çalışmalarda da farklı bulgular ulaşıldığından bahsedilebilir. Bu bölümde mevcut çalışmada elde edilen bulgular literatür incelemesi sonucunda ulaşılan diğer çalışmaların sonuçları ile tartışılacaktır.

Pandeminin başlaması ile birlikte literatürde salgının sağlık çalışanlarının üzerindeki etkisine yönelik pek çok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Çalışmalardan elde edilen bulguların genelde çalışmamız ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çin’de pandeminin ilk döneminde gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcılarda %50,4 oranında depresyon, %34 uykusuzluk, %44,6 anksiyete, %71,5 stres olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan kadınlarda, hemşirelerde ve yüksek risk taşıyan birimlerde çalışan sağlık çalışanlarında psikososyal etkilenme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Lai vd., 2020). Bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarında pandemi döneminde %12,5 oranında anksiyete tespiti yapılmıştır. Covid-19 hastaları ile yakın temas, hastalığa benzer belirtilere sahip olmak ise anksiyete için önemli risk etkenleri olarak bildirilmiştir (Liu vd., 2020). Japonya’da yürütülmüş bir araştırmada ise Covid-19 ile mücadele görevini yapan hemşirelerin %40’ından fazlasında, eczacılar ve radyoloji uzmanlarının ise %30’undan fazlasında tükenmişlik belirtilerini saptanmıştır (Matsuo vd., 2020). Pandemi Çin’de yapılan bir diğer çalışmada 442 sağlık çalışanı üzerinde akut stres belirtileri ele alınmıştır. Katılımcılardan 46-55 yaş aralığında olanlarda en yüksek belirti şiddeti olduğu belirlenirken, 25 yaş altında en düşük belirti şiddeti olduğu gözlenmiştir. Bunda karantinaya alınmanın, kadın cinsiyetin etkisi olduğu bildirilirken, meslek grubu, medeni

durum, çalışma süresi, sağlık kurumu türü, Covid-19 hastası ile temas değişkenleri ile ilişkisi gösterilmemiştir (Sun vd., 2020). Çin-Wuhan'da 190 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise salgında ön cephede çalışanların %13'ünde tükenmişlik belirtileri görülürken, Covid-19 dışındaki servislerde görevli sağlık çalışanlarının %39'unda görülmüştür. Hemşirelerin ise yüksek risk grubunda oldukları belirtilmiştir (Wu vd., 2020). Çin'de gerçekleştirilen bir başka araştırma 4618 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Çalışmanın bulgularında sağlık çalışanlarının %24,2'sinde yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında hastalıkla enfekte olmaya ilişkin olarak sıklıkla gözlenen kaygıların düzenli çalışmamak ve ailesine bakım vermemek olduğu gözlenmiştir. Psikososyal etkilenmeye ilişkin risk etkenleri olarak düşük gelire sahip olmak, kadın cinsiyet, fiziksel sağlıktan endişe duymak, hemşire olmak, yakınlarına Covid-19 tanısı konması olarak bildirilmiştir (Dong vd., 2020). Pandemide toplum genelini ele alan bir diğer çalışma 1586 katılımcı ile yürütülmüştür. Gözlemsel çalışmada Covid-19'un etkileri üzerine birtakım temel verilere ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda pandemiye karşı yüksek hassasiyet geliştiği, salgına karşı korunma tedbirlerine önemli oranda dikkat edildiği ve toplumsal güvenin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bostan vd., 2020). Chew ve arkadaşları (2020) tarafından Hindistan ve Singapur'da beş hastanede görevli 906 sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada, katılımcıların %10,6'sında depresyon, %15,7'sinde anksiyete, %5,2'sinde ise stres olduğu belirlenmiştir. Her iki ülke arasında farklılık olmadığı, anksiyete, stres veya depresyon olduğu belirlenen katılımcıların %50'sinin orta-ağır düzeyde etkilendiği tespit edilmiştir. Khanna ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada ise göz doktorlarında %32,6 depresyon olgusu belirlenmiştir. Olgularda genç yaşta olanlarda, profesyonel gelişimin ve eğitimin etkileneceğine dair düşünceleri olanlarda ve geçimini sağlayamayacaklarını düşünenlerde depresyonun daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de sağlık çalışanları ile yürütülen araştırmalarda anksiyete, depresyon, stres yaygınlığı diğer araştırmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Elbay vd., 2020). Bunun araştırmaların pandeminin ilk aşamasında gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı belirtilebilir. Yapılan bu araştırmalarda sağlık çalışanlarında en fazla gözlenen olguların anksiyete, stres ve depresyon olduğu söylenebilir. Bulguların pandeminin ilk aşamasına dayanması nedeniyle sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumunun gözlenmediği veya araştırmalara konu edilmediği belirtilebilir. Pandemide

sağlık çalışanlarının kadın cinsiyette olması, hemşire olması, gelir düzeyinin düşüklüğü, hastalığa enfekte olmak, aile yakınlarına Covid-19 bulaştırmak, sağlık endişesi gibi değişkenlerin anksiyete, depresyon, stres, tükenmişlik gibi durumlar için risk oluşturabileceğinden bahsedilebilir. Bu çalışmalarda elde edilen bulguların çalışmamızı desteklediği görülmektedir. Çalışmalarda salgın döneminde sağlık çalışanlarında stres, depresyon, kaygı, tükenmişlik ve diğer ruhsal belirtilerin görüldüğü bildirilmiştir. Her ne kadar çalışmaların salgının erken döneminde yapılmasına rağmen çalışmamız ile benzerlik gösterdiğinden bahsedilebilir. Mevcut çalışmanın pandeminin daha ileri safhasında yapılmış olmasına rağmen, benzer değişkenlerin risk taşımaya devam ettiği söylenebilir.

Zhang ve arkadaşları (2019) tarafından Çin’de yapılmış olan büyük örneklemli ve çok merkezli bir çalışmada sağlık çalışanlarından %44,7 anksiyete, %35,1 uykusuzluk, %50,7 depresyon, %73,4 akut stres saptanmıştır. Ruhsal belirtiler için yordayıcı demografik faktörlerin eğitim düzeyinin düşüklüğü, 18-25 yaş aralığında olmak, hemşire olmak, kırsal bölgelerde kadın cinsiyet, Hubei’de yaşamak olduğu bildirilmiştir. Risk etkenleri olarak acil serviste veya izolasyon biriminde çalışmak, enfeksiyon kontrolüne yönelik eğitim almamak, enfekte bireylerle bir arada olmak, enfekte olma korkusu, haberlerden ve medyadan yeterince psikolojik destek almamak, pandemi ile ilgili haberlere bir haftada beş saatten uzun zaman ayırmak olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın mevcut çalışmamızı kısmen desteklediği söylenebilir. Çalışmadaki bulgulara göre sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, uykusuzluk, akut stres gibi ruhsal belirtilerin çalışmamızın bulgularına benzer olduğu söylenebilir.

Literatürde pandemide yapılmış bazı çalışmalarda sağlık çalışanlarında kadın cinsiyette depresyon, anksiyete, travma sonrası stres ve diğer ruhsal belirtileri yaşamalarının erkek cinsiyete göre daha sık olduğu bildirilmiştir (Kang vd., 2020; Lai vd., 2020). Mevcut çalışmamızda ise sağlık çalışanlarında durumluk kaygı, sürekli kaygı, depresyon, tükenmişlik puan ortalamalarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla çalışmaların araştırmamızın bulgularını desteklemediği söylenebilir. Bu farklılığın örneklem büyüklüğünden ve pandemiden kaynaklı bölgesel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde Liang ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan örnekleminin 59 sağlık çalışanından oluşan çalışmada cinsiyet değişkeninin ve Covid-19 hastalarına hizmet veren birimlerde çalışmasının ruhsal

belirtilere etki yapmadığı bildirilmiştir. Çalışmanın bulguları değerlendirilirken sınırlı sayıda katılımcı ile yapılması göz önüne alınmalıdır. Ayrıca mevcut çalışmamızın Covid-19 salgınının başlamasının birinci yılı sonrasında yapılmış olması da dikkate alınmalıdır.

Çin’de pandeminin erken döneminde yapılan araştırmalar (Huang vd., 2020; Lai vd., 2020) ile salgının ileri safhasında yapılan araştırmalar (Dong vd., 2020; Song vd., 2020) kıyaslandığında bu görüş desteklenmektedir. Bu durum mevcut çalışmamızda da sağlık çalışanlarının orta düzeyde depresyon, kaygı, tükenmişlik, ruhsal belirti puanlarına sahip olmasını destekleyici niteliktedir.

Simione ve Gnagnarella (2020) tarafından pandemide İtalya’da sağlık çalışanları üzerinde yapılmış bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin topluma göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmamızda katılımcıların anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Her ne kadar çalışmanın bulguları mevcut çalışmamız ile çelişse de çalışmamızda toplumun anksiyete düzeyleri ölçülmediği için karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır.

Barello ve arkadaşları (2020) tarafından pandemi döneminde sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışma sonucunda tükenmişlik düzeylerinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışmanın verileri çalışmamızın verileri ile farklılık göstermektedir. Çalışmamızda sadece kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme boyutunda erkeklere göre anlamlı farklılık olduğu, diğer alt boyutlarında ve araştırmada kullanılan diğer ölçeklerde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu farklılıkların araştırma yapılan bölge, örneklem grubu ile katılımcıların yapılarının çeşitliliğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Cortina-Rodrguez ve Afanador (2020) tarafından 96 sağlık çalışanı ile Porta Riko’da yürütülen çalışmada katılımcıların yüksek düzeyde tükenmişlik etkisinde oldukları, hemşirelerin tümünün orta ve şiddetli düzeyde, doktorların ise orta düzeyde genel tükenmişlik etkisinde oldukları saptanmıştır. Hu ve arkadaşlarının (2020) Wuhan’da Covid-19 hastalarına yakın birimlerde görevli olan hemşireler ile yapmış oldukları araştırmada, hemşirelerin genel tükenmişliği orta düzeyde olduğu, duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin ve kişisel başarının alt boyutlarında ise hemşirelerin yaklaşık %50’sinin tükenmişlik düzeyinin orta- yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmamızda doktorların puan ortalamalarının tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme

ve duyarsızlaşma boyutunda yüksek olduğu, hemşirelerin puan ortalamalarının ise kişisel başarı boyutunda yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulguların çalışmamızı destekleyici olduğu söylenebilir.

Polat ve Coşkun (2020) tarafından yapılan çalışmada salgında sağlık çalışanlarında depresyon, stres, anksiyete puan ortalamalarının arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında pandemide aktif çalışanlarda %22,7'sinde ileri düzeyde anksiyete, %11,7'sinde ise ileri düzeyde depresyon saptanmıştır. Aynı çalışmada kadın sağlık çalışanlarının erkeklere göre stres ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları mevcut çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının orta düzeyde anksiyete ve depresyon etkisinde olduğu, kadın ve erkek cinsiyet arasında puan ortalamalarında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

El-Menyar ve arkadaşları (2020) tarafından 624 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada ise, katılımcıların %47'si duygusal tükenme boyutunda, %41,2'si kişisel başarı, %26,9'unda da duyarsızlaşma boyutunda azalma olduğu belirlenmiştir. Duyarsızlaşmanın ile duygusal tükenmenin arasında pozitif, kişisel başarının ile duyarsızlaşma duygusundaki azalmanın arasında zayıf negatif korelasyon olduğu çıkmıştır. Bir diğer çalışmada Denning ve arkadaşları (2020) tarafından doktorların duygusal tükenme duygusu orta, kişisel başarı ile duyarsızlaşma duygusunda azalma düşük düzeyde olarak saptanmıştır. Bu çalışmaların bulgularının mevcut çalışma ile paralellik göstermediği söylenebilir. Farklılığın katılımcıların görev yeri, çalışma koşulları gibi nedenlerle pandeminin yoğun etkisinde kalmalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Khasne, Dhakulkar, Mahajan ve Kulkarni, (2020) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında kişisel tükenmişliğin, pandemi ile ilişkili tükenmişliğin ve işle ilgili tükenmişliği incelenmiştir. Çalışmadaki sonuçlara göre, başta doktorlarla ve destek sağlık personelinin olmak üzere sağlık sektöründe çalışanlar arasında pandemi döneminde önemli düzeyde tükenmişlik yaygınlığının olduğu saptanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarında ise daha fazla tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın bulguları mevcut çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Çalışmamızda da doktorların tükenmişlik düzeylerinin hemşirelere ve diğer sağlık personellerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çevik ve Özbalcı (2020) tarafından yapılmış ve 449 sağlık çalışanının katılımcı olduğu çalışmada, duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt boyutları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık olmadığı, kişisel başarı boyutunda ise anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim durumu değişkenine göre tükenmişlik ölçeği duygusal tükenmenin, duyarsızlaşmanın ve kişisel başarının alt boyutlarındaki anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulguların çalışmamızın bulgularını kısmen desteklediği söylenebilir.

Sakaoğlu ve arkadaşları (2020) tarafından Covid-19 salgınının sırasında Tepecik Hastanesi sağlık çalışanlarındaki Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyinin incelendiği bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının sürekli kaygı puanının ortalaması $44,16 \pm 5,88$ (%95 GA: 43,14-45,18) olarak, durumluk kaygı puanının ortalamasının ise $44,17 \pm 4,97$ (%95 GA: 43,12-45,21) olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmadaki kaygı düzeyinin etkileyen bağımsız değişkenlerin arasındaki medeni durumun, cinsiyet, çocuklu olma durumunun, Covid-19 hastası ile doğrudan temasının olup olmaması ve temasın süresi, gruplarındaki anlamlı farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Çalışmada doktorlarda ve hemşirelerde durumluk kaygı puanlarının birbirine yakın olduğu, hemşirelerde sürekli kaygı puanlarının doktorlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının Covid-19 hastası ile temasta olma değişkenine göre elde edilen bulguların bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın diğer bulgularında ise doktorların durumluk kaygı puanları hemşirelere göre yüksek bulunmuş, buna karşılık hemşirelerin sürekli kaygı puanları doktorlardan yüksek bulunmuştur. Bu bulguların da Sakaoğlu ve arkadaşlarının (2020) çalışma bulguları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Bunun yanında (Lai vd., 2020; Çankaya 2020; Liu vd., 2020) tarafından yapılmış çalışmalarda da hemşirelerin kaygı düzeylerinin doktorlardan yüksek bulunduğundan çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Gündüz Hoşgör ve arkadaşları (2021) tarafından pandemi döneminde İstanbul ilinde 120 sağlık çalışanının tükenmişlik düzeyinin incelendiği çalışmada; katılımcıların genel tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu, lisansüstü eğitim alanların duygusal tükenme düzeyinin daha fazla olduğu, vardiya usulü çalışanlarda ise daha fazla genel tükenmişlik yaşandığı saptanmıştır. Bu çalışmanın yanında (Cin ve Hoşgör, 2020; Guixia ve Hui, 2020) tarafından yapılmış çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin pandemide yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların bulguları çalışmamız ile

çalışmaktadır. Mevcut çalışmada sağlık çalışanların genel tükenmişliğin olduğu, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Bu farklılığın çalışmanın pandeminin yoğun yaşandığı süreçte yapılmasına ve örneklemin demografik özelliklerinin farklılığına ve sayısına bağlanabilir.

Ay ve İçen (2021) tarafından yapılan çalışmada Covid-19 salgınının üçüncü pik dönemindeki sağlık çalışanlarının Covid-19 kaygısı ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının Covid-19 kaygısı ve tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuş, kadın çalışanların daha yüksek düzeyde Covid-19 kaygısı yaşadıkları ve doktor, hemşire ve ebelerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları mevcut çalışmamızı desteklememektedir. Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin orta olduğu, kadın katılımcıların duygusal tükenme puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu, kişisel başarı ve duyarsızlaşma boyutlarında ise anlamlı farklılık olmadığı, doktorların tükenmişlik düzeylerinin ise hemşirelere ve diğer sağlık personellerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Farklılığın örneklemin özelliklerinden, pandeminin daha yoğun etkisinin olabileceği zaman ve yerden kaynaklanabileceği belirtilebilir. Bununla birlikte pandemi döneminde yapılan bazı çalışmalarda ise mevcut çalışmanın bulgularını destekleyecek şekilde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Salcan ve Sarıkaya 2020; Çölgeçen ve Çölgeçen, 2020; Hoşgör ve Yaman, 2021).

Yılmaz Karaman ve Yastıbaş (2021) tarafından yapılan çalışmada COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarındaki anksiyete, depresyon, travma sonrası stres belirtilerinin mesleki değişkenler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Çalışma Türkiye’de bir üniversite hastanesindeki 131 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların %26,7’sinde yaygın anksiyete, %13,7’sinde depresyon, %26,4’ünde travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarının mevcut araştırmayı desteklediği görülmektedir. Çalışmamızda da pandemide görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, tükenmişlik, ruhsal belirtiler görüldüğü saptanmıştır.

Arpacıoğlu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmış “COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili

faktörler” başlıklı çalışmada kadınlar katılımcıların erkek katılımcılara nazaran depresyon, kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde farklılık olduğu, evli katılımcıların evli olmayanlara göre tükenmişlik, depresyon, kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulguları mevcut çalışma ile çelişmektedir. Çalışmamızda katılımcıların medeni durum değişkenine göre tükenmişlik, anksiyete, stres düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Cinsiyet değişkenine göre tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme boyutunda kadınların erkeklere göre puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu, ölçeğin diğer boyutları ile diğer ölçeklerde ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma pandemi döneminde sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, ruhsal belirti düzeyi ve tükenmişlik düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Bu kapsamda sağlık çalışanlarından oluşan katılımcılarla anket çalışması yürütülmüştür. Çalışma sonucunda katılımcıların orta düzeyde depresyon ($18,91 \pm 8,57$), tükenmişlik ($37,12 \pm 10,12$), sürekli kaygı ($46,35 \pm 7,84$), durumluk kaygı ($41,22 \pm 8,79$), ruhsal belirti ($7,41 \pm 6,9$) puanlarına sahip oldukları ve katılımcıların kullanılan ölçek ve boyutları ile ölçek puan ortalamalarının arasındaki istatistiksel olarak anlamlı kuvvetli ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırma soruları doğrultusunda çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ölçeklerden ve alt boyutlarında aldıkları puanların cinsiyet değişkeni göre anlamlı farklılık gösterdiği/göstermediği araştırılmıştır. Verilerin analizi sonucunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin duygusal tükenme alt boyutu dışında diğer boyutlarında ve diğer ölçeklerde anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Duygusal tükenme alt boyutunda ise kadın katılımcıların puan ortalamaları erkek katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının yaşlarına göre depresyon, ruhsal belirti, anksiyete, ruhsal belirti ve tükenmişlik düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ölçeklerden ve alt boyutlarında aldıkları puanların yaş değişkeni göre anlamlı farklılık gösterdiği/göstermediği araştırılmıştır. Katılımcıların yaş değişkenine göre duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Katılımcıların diğer ölçek ve ölçek alt boyutlarındaki puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ölçeklerden ve alt boyutlarında aldıkları puanların eğitim durumu değişkeni göre anlamlı farklılık gösterdiği/göstermediği araştırılmıştır. Verilerin analizi

sonucunda katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çalışma sürelerine göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ölçeklerden ve alt boyutlarında aldıkları puanların çalışma süresi değişkeni göre anlamlı farklılık gösterdiği/göstermediği araştırılmıştır. Verilerin analizi sonucunda katılımcıların çalışma süresi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre anksiyete, ruhsal belirti, tükenmişlik, ruhsal belirti ve depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ölçeklerden ve alt boyutlarında aldıkları puanların medeni durum değişkeni göre anlamlı farklılık gösterdiği/göstermediği araştırılmıştır. Verilerin analizi sonucunda katılımcıların medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile anksiyete, ruhsal belirti ve depresyon düzeylerinin arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeyleri arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de yükselmektedir. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile depresyon düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ile ruhsal belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeyleri arttıkça ruhsal belirti düzeyleri de artmaktadır.

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ile depresyon düzeylerinin arasında istatistiksel bakımdan anlamlı negatif yönde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puanları yükseldikçe depresyon düzeyleri puanları düşüş göstermektedir. Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin ile ruhsal belirti düzeylerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki olduğu

belirlenmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puanları yükseldikçe ruhsal belirti düzeyleri puanları düşüş göstermektedir.

Katılımcıların depresyon düzeyleri ile ruhsal belirti düzeyleri arasındaki istatistiksel bakımdan anlamlı pozitif yönde ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Depresyon düzeyleri arttıkça ruhsal belirti düzeyleri de artmaktadır.

Sonuç olarak pandemi sürecinin sağlık çalışanlarında toplum geneline göre daha fazla hastalanma, bedensel ve psikososyal etkilenme hatta ölüm riski içerdiği belirtilebilir. Sağlık çalışanların da güvenli iş ortamlarında çalışma hakları vardır. Pandemi ile etkin mücadele edilebilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının ruh ve beden sağlıklarına önem verilmelidir. Böylelikle toplum sağlığını korumak da mümkün olabilir.

Pandemi ile mücadelede sağlık çalışanlarının ve toplumun bilgi edinmesi önem arz etmektedir. Bireyler karantina koşullarında virüsü bulaştırmaktan ve enfekte olmaktan korkabilirler. Salgın sürecinde kendilerinde gözlemledikleri belirtileri Covid-19'a yoran katastrofik bilişler geliştirmeleri mümkün olabilir (Brooks vd., 2020). Pandemi sürecinde hem toplum hem de sağlık çalışanlarının düzenli bilgi akışı ile desteklenmemesi durumunda endişe ve korku yayılabilir ve daha şiddetli hissedilebilir. Bundan dolayı özellikle sağlık çalışanlarında bilginin değerinin farkına varılması ve doğru kullanımı önerilebilir.

Pandemilerin öncelikli olarak salgında görevli sağlık çalışanlarının psikososyal ve fiziksel sağlığı açısından risk oluşturduğu ortadadır. Bundan dolayı salgınla etkin şekilde mücadele edebilmek için sağlık çalışanlarının öncelikli olarak güçlendirilmesinde yarar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının görev tanımında yer alan özelliklerinin, çalışma ortamının niteliklerinin, koruyucu ve risk faktörlerinin özenle ele alınması ve risk unsurlarının azaltılmasına çalışılmalıdır. Sağlık çalışanlarının stres, depresyon, kaygı, tükenmişlik gibi ruhsal belirtilerinin erken dönemde belirlenmesi ve baş etme stratejilerinin ortaya konması amacıyla ruh sağlığı taramalarının belirli dönemlerde yapılması ve destek alınması önerilir. Sağlık çalışanlarının psikososyal sağlıklarının korunması amacıyla pandemide etkin yönetim ve kontrol sağlanması gerekir.

Bu alanda araştırma yapacak akademisyenlerin farklı bölgelerde ve farklı görevlerde sağlık çalışanları ile çalışmalarını yürütmesi de faydalı olabilecek sonuçların alınmasına katkı sağlayabilecektir. Aynı zamanda bu alanda yapılacak nitel çalışmalar ile daha derinlemesine bilgi edinilmesi mümkün olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Adagide, S., ve Karataş, N. (2021). Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Egzersiz, *J Psychiatric Nurs*;12(2):122-131. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.19981>.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID 19 scale: Development and İnitial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction. Advance Online Publication*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- Akçakaya, R.Ö., ve Yücens, B. (2020). Agorafobinin Eşlik Ettiği ve Etmediği Panik Bozukluk ile Agorafobinin Bilişsel Özellikler Açısından Karşılaştırılması, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, <https://doi.org/10.5455/JCBPR.73730>
- Akdağ, A., (2001). *Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Psikoloji A.D., İstanbul.
- Albano, A. M. Chorpita, B. F. ve Barlow, D. H. (2003). Childhood Anxiety Disorder. In Mash, E. J., and Barkley, R. A., (Eds.), *Child Psychopathology*. (2nd ed.) (279-330). New York, London: The Guilford Press.
- Aldabal, B., Koura, M. ve Alsowielem, L. (2015). Magnitude of depression problem Among Primary Care Consumers in Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(2), 205. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2015.2010201439>.
- Aldabal, B., Koura, M. ve Alsowielem, L. (2015). Magnitude Of Depression Problem Among Primary Care Consumers in Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(2), 205. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2015.2010201439>.
- Al-Harbi, K.S. (2012) Treatment-Resistant Depression: Therapeutic Trends, Challenges, and Future Directions. *Patient Prefer Adherence*, 6 (2012), 369-388. <https://doi.org/10.2147/ppa.s29716>.

- Alper, Y. (2001). *Depresyon: Psikoterapisi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Ardıç, K., ve Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Arlı ŞK. (2017). Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4:38-47.
- Arpacıoğlu, MS., Baltacı, Z., ve Ünübol, B. (2021). COVID-19 Pandemisinde Pağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, *Cukurova Medical Journal*, 46(1):88-100.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. ve Nolen-Hoeksema. (2019). *Psikolojiye Giriş*. Çev. Yavuz Alagon, 14.baskı, Ankara: Arkadaş Yayınları.
- Ay, F.A., ve İçen, B.T. (2021). Türkiye’de Covid-19 Pandemisinin 3.Pik Döneminde Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Kaygısı ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/The Journal of International Social Research*, Cilt: 14 Sayı: 80.
- Aydın, E. (2018). *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Psikolojik Sağlık ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aydın, H. (2008). *Ergenlerin Kişilik Özelliklerinin Stresle Başa Çıkma ve Bazı Özlük Niteliklerine Göre Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Aydın, O., Balıkçı, K., Çökmüş, F. P. ve Ünal Aydın, P. (2019). The Evaluation Of Metacognitive Beliefs and Emotion Recognition İn Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Effects On Symptoms and Comparison With Healthy Control. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(4-5), 293-301. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1623317>.

- Baltaş A. ve Baltaş Z. (2016). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandelow, B., ve Michaelis, S. (2015). Epidemiology Of Anxiety Disorders İn The 21st Century. *Dialogues İn Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. (2020). Burnout and Somatic Symptoms Among Frontline Healthcare Professionals At The Peak Of The Italian COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res*, 290:113129.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment Of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
- Bekaroğlu, E. ve Yılmaz, T. (2020). COVID-19 ve Psikolojik Etkileri: Klinik psikoloji Perspektifinden Bir Derleme. *Nesne*, 8(18), 573-584. DOI: 10.7816/Nesne-08-18-14.
- Berant E, Mikulincer M, Florian V. (2003). Marital Satisfaction Among Mothers Of Infants With Congenital Heart Disease: The Contribution Of Illness Severity, Attachment Style, and The Coping Process Anxiety. *Stress&Coping*, 16(4): 397–406.
- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y., Kılıç, T, Yılmaz A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electron J Gen Med*. 2020, 17 (6): em237.
- Bozot Kayasan, D. (2015). Niğde Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. ve Rubin, G. J. (2020). The Psychological İmpact Of Quarantine and How To Reduce İt: Rapid Review Of The Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity Of The DSM-IV Anxiety and Mood Disorders İn A Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.

- Büchtemann, D., Lupp, M., Bramesfeld, A., ve Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 172- 179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.010>.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (17 b.). Ankara: Pegem Akademi.
- Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH ve ark. (2020). A Multinational, Multicentre Study On The Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms Amongst Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Brain Behav Immun*; 88:559- 565.
- Cin, S., Hoşgör, H. (2020). Sağlık Bilimleri Güncel Araştırmalar ve Yeni Eğilimler (Ed. Demir, H., Başkan, C.) içinde “Covid-19 Tanılı Hastalara Bakım Veren Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri”. Iype Yayıncılık, 494-504.
- Coryell, W., Winokur, G., Shea, T., Maser, J. W., Endicott, J. ve Akiskal, H.S. (1994). The Long Term Stability Of Depressive Subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 151,199- 204. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.2.199>.
- Cüceloğlu D. (2016). *İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları*. 28.baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çankaya M (2020) Covid-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarının İyilik Hali Değişimi. Atlas International Congress On Social Sciences 7 Özet Kitapçığı (ed: Nagy H, Huseynov R) ISPEC Publications, 23-25 Eylül Budapeşte Macaristan, s: 446-60.
- Çelik Güzel, H. (2017). Hastane Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun Bel Ağrısı, Boyun Ağrısı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (1), 36-45.
- Çelik, H.F. ve Hocaoglu, Ç. (2016). ‘Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, *Journal Of Contemporary Medicine*; 6(1): 51-66.

- Çetin, M.Ç. (2009). *Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Karar Verme Stilleri, Sosyal Beceri Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Biçimlerinin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelemesi*. Doktora Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çevik, O., Özbalcı, A. A. (2020). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki -Samsun İli Örneği, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9 (3), 1773-1787.
- Çölgeçen, Y. ve Çölgeçen, H. (2020). Covid-19 Pandemisine Bağlı Yaşanan Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği. *Turkish Studies*, 15(4), 261-275. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.4439>.
- Demir A. H. (2002). *İlköğretim Öğrencilerinde Stres Yaratan Yönetici Davranışları ve Öğrencilerin Başa Çıkma Davranışları*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Demirel T. E. (2013). Mesleki Stresin İş Tatminine Etkisi: Örgütsel Desteğin Aracılık Rolü, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 1, s. 220-241.
- Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., Przybylowicz, J. (2020). Determinants Of Burnout and Other Aspects Of Psychological Well-Being In Healthcare Workers During The COVID-19 Pandemic: A Multinational Cross-Sectional Study. *MedRxiv*.
- Dong, Z-Q., Ma, J., Hao, Y-N., Shen, X-L., Liu, F., Gao, Y ve ark. (2020). The Social Psychological Impact Of The COVID-19 Epidemic On Medical Staff in China: A Cross-Sectional Study, 63(1): e65.
- Durham, R. C. (2007). Treatment Of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187. doi: 10.1016/j.mppsy.2007.03.003.
- Dülger, V. (2014). *Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumu Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ekmekçi R. (2008). *Hakemlerinin Stres Kaynakları ile Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Tespiti ve Önleyici Yönetmel Uygulamaların Gelişmesi*. Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

- El-Menyar, A., Ibrahim, W. H., El Ansari, W., et al Characteristics and Predictors Of Burnout Among Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study In Two Tertiary Hospitals. Postgraduate Medical Journal Published Online First: 12 August 2020. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-137547.
- Elbay, RY., Kurtulmuş, A., Arpacıoğlu, S., Karadere, E. (2020). Depression, Anxiety, Stress Levels Of Physicians And Associated Factors İn Covid-19 Pandemics. Psychiatry Res, 290,113130.
- Elçıkoca, G. (2018). *Sağlık Sektörü Çalışanlarının Uyku Kalitesinin Tükenmişlik Sendromuyla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi, İstanbul.
- Eldoğan, D. (2018). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*;10(2):212-227 doi:10.18863/pgy.358102.
- Erdoğan, S. (2007) Panik Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek- 4): 3-13.
- Erdoğan, Y., Koçoğlu, F., ve Sevim, C. (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete ile Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 23 (Ek 1): 24-37 DOI: 10.5505/kpd.2020.35403.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Ersoy, A. ve Utku, B. (2005). Konaklama İşletmeleri Muhasebe Müdürlerinde Tükenmişlik Sendromu-1. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 26, 43-50.
- Esen, U., (2012). *Okul Yöneticilerinin Yönetici Kaygı Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Ahi Evran Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık B.D, Kırşehir
- Evren, C., (2010). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2: 473-515.

- Fessell D, Cherniss C. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol*.10.1016/j.jacr.2020.03.013. (Doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.013).
- Folkman S. ve Lazarus, R.S. (1985). If it Changes it Must Be A Poces: Study of Emotion and Coping During Three Stages Of A College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48: 150–170.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1988). Coping As A Mediator Of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54: 466-475.
- Geçtan, E. (1984). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. Ankara: Maya Yayınları.
- Gökçakan, Z. ve Gökçakan, N. (2005). Depresyonda Bilişsel Terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 91-101.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. ve Wessely, S. (2020). Managing Mental Health Challenges Faced By Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic. *The BMJ*, 368, m1211. [https://doi.org/ 10.1136/bmj.m1211](https://doi.org/10.1136/bmj.m1211).
- Guixia, L., Hui, Z. (2020). A Study On Burnout Of Nurses İn The Period of COVID-19. *Psychology and Behavioral Sciences*, 9(3), 31-36.
- Gündüz Hoşgör, D., Çatak Tanyel, T., Cin, S., ve Bozkurt Demirsoy, S. (2021). Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8 (2) , 372-386.
- Güney, S., ve Akdağ, H. (2018). Tükenmişlik Sendromunun Muhasebe Meslek Mensupları Açısından İncelenmesi Erzincan ve Erzurum İllerinde Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32(2), s. 447-460.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği. *Bilkent Üniversite Psikolojik Danışma ve Araştırma Merkezi*, 7(23).

- 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.
- Holt, N.L. ve Mandigo, J.L. (2004). Coping With Performance Worries Among Male Youth Cricket Players. *Journal of Sport Behavior*. 2004; 27:39–57.
- Hoşgör, H., ve Yaman, M. (2021). Tükenmişlik Sendromu Üzerinde Covid-19 Korkusunun Etkisi: Hastane Çalışanları Örneği. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 400-417.
- Hsu, K., ve Marshall, V. (1987). Prevalence Of Depression and Distress In A Large Sample Of Canadian Residents Interns and Fellows. *Am J Psychiatry*, 144, 1561-1566.
- Hu, Deying and Kong, Yue and Li, Wengang and Han, Qiuying and Zhang, Xin and Zhu, Li Xia and Wan, Su Wei and Liu, Zuofeng and Shen, Qu and Yang, Jingqiu and He, HongGu and Zhu, Jie Min, (2020). Frontline Nurses' Burnout, Anxiety, Depression, and Fear Statuses and Their Associated Factors During The COVID-19 Outbreak in Wuhan, China: A Big-Scale Cross-Sectional Study (3/27/2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3566144> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3566144>.
- Huang, JZ., Han, MF., Luo, TD., Ren, AK., ve Zhou, XP. (2020). Mental Health Survey of 230 Medical Staff In A Tertiary Infectious Disease Hospital For COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 38(0): E001. (<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>).
- Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu H ve ark. (2020). Factors Associated With Resilience Among Medical Staff In Radiology Departments During The Outbreak Of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study. *Med Sci Monit*, 26: e925669.
- Iwasaki, Y., MacKay K., ve Mactavis, J. (2005). Gender- Based Analyses Of Coping With Stres Among Professional Managers: Leisure Coping and Non- Coping. *Journal of Leisure Research*. 37: 1-28.

- İraz, R., ve Ganiyusufoğlu, A. (2011). Örgütlerde Mesleki Tükenmişlik ve Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 11(21), s. 451- 472.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3 (1), 186-194. DOI: 10.47793/hp.867111.
- Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. (2020). Impact On Mental Health and Perceptions Of Psychological Care Among Medical and Nursing Staff İn Wuhan During The 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Brain, Behavior, And İmmunity*.
- Karabekiroğlu, A. Karabekiroğlu, K. Cömert, G.B. Topçuoğlu, V. (2007). Panik Bozukluğunda Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: s. 224- 230.
- Karadavut Y. (2005). *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stresle Başa Çıkma Yolları*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.
- Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal hastanesi Tıp Bülteni*, cilt:45, Sayı:2, ss:72.
- Karasar, N. (2018). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.
- Kart, A. ve Turkcapar, M. H. (2016). Agoraphobia and Panic Disorder: A Comparative Study. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 7(3), 125-129. <https://doi.org/10.4328/JCAM.2705>.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri. *Klinik Psikiyatri*. 23:123-4. (<https://doi.org:10.5505/kpd.2020.64325>).
- Khanna RC, Honavar SG, Metla AL, Bhattacharya A, Maulik PK. (2020). Psychological Impact Of COVID-19 On Ophthalmologists-İn-Training and Practising Ophthalmologists İn India. *Indian J Ophthalmol*;68(6):994–8.
- Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., Mahajan, H. C., & Kulkarni, A. P. (2020). Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic İn India: Results Of

- A Questionnaire-Based Survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(8), 664.
- Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 7:3-9.
- Kocabaşoğlu, N., Doksat, M. K., ve Doğangün, B. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi. *Yeni Symposium*, 168-176.
- Koç, İ. (2019). *Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Koşan, Z. (2010). *Erzurum'da Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Kozacıoğlu, G., (1995). Yüksek Eğitim Düzeyindeki Erkeklerin Rorschach Testi ve Spielberger Anksiyete Ölçekleri ile Kişilik Yapılarının Karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları*, 20, s. 85-93.
- Köroğlu, D. (2017). *Çalışan Bireylerde Tükenmişlik Sendromu: Bir İnceleme*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Köroğlu, E. (2009). *Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*, İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E (2012). *Panik Bozukluğu*. 2. Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2013). *Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu, E. (2015). *Depresyonun Görülme Sıklığı, Depresyon Nedir? Nasıl Baş edilir?* Ankara: HYB Yayıncılık.

- Kuh, M. (2017). *Denizli İli Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Yükü Kontorlü, İşe Yabancılaşma ve Tükenmişlik Sendromu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N ve ark. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed To Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw. Open*, 3(3): e203976
- Lazarus R. S. ve Folkman, (1984). *S. Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing. New York.
- Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. (2020). Screening For Chinese Medical Staff Mental Health by SDS and SAS During The Outbreak Of COVID-19. *Journal Of Psychosomatic Research*;133:110102.
- Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW ve ark. (2020). The Prevalence and Influencing Factors in Anxiety in Medical Workers Fighting COVID-19 in China: A Cross-Sectional Survey. *Epidemiol Infect*;148: e98.
- Malhotra, N. K. (2004). *Marketing Research an Applied Orientation*, 4. Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Marjanovic, Z., Greenglass, ER., ve Coffey, S. (2007). The Relevance Of Psychosocial Variables and Working Conditions in Predicting Nurses' Coping Strategies During The SARS Crisis: An Online Questionnaire Survey. *International Journal Of Nursing Studies*. 44(6):991-8. (Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>).
- Maslach C. ve Jackson S. E. (1981). Manual Of Maslach Burnout Inventory. Second Press, *Consulting Psychologist Pres*, 1-17.
- Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1981). The Measurement Of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus

- Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. JAMA Netw Open.;3: e2017271. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17271.
- McWilliams, N. (2014). *Psikanalitik Tanı* (Çev. E. Kalem). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mercan, S. (2013). Depresyonun Nedenleri Nelerdir? <http://www.populermedikal.com/psikiyatri/depresyonneden.asp> Erişim Tarihi: 14.08.2021.
- Morris CG. (2002). *Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş* (Ayvaciık, H.B. & Sayıl, M, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Murray, E., Krahe, C. ve Goodman, D. (2018). Are Medical Students in Prehospital Care At Risk Of Moral Injury?. *Emergency Medicine Journal*, 35(10), 590-594.
- Oltmans, T.F., Martin, M.T., Neale, J.M., ve Davison, G.C. (2003) *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vaka Çalışmaları* (Çev. Ed.: İhsan Dağ). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Oltmans, Thomas F. ve Emery, Robert E. (1995). *Abnormal Psychology* Prentice, Hall Inc., ISBN: 9781292019635, Pearson Education.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. ve Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic Fear” and COVID-19: Mental Health Burden and Strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, (AHEAD). Doi:10.1590/1516-4446- 2020-0008.
- Öner, N., ve Le Compte, A. (1983). *Süreksiz Durumluk /Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayını; 1-26.
- Örsel S. (2004). *Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar*, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ek 4:17-24, Ankara.
- Özdemir H, Rezaki M. (2007). Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi. 12. *Türk Psikiyatri Dergisi*;18(1):13-21.
- Öztürk M.O., ve Uluşahin N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 14. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık, pp. 189.

- Pfefferbaum, B. ve North, C. S. (2020). Mental Health and The Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. doi:10.1056/NEJMp2008017.
- Picou, S., Nicholls, K., ve Guski, R. (2015). Environmental Stress and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*.
- Polat, Ö., ve Coşkun, F. (2020). COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*;4(2):51-58.
- Porten, K., Faense, D., ve Krause, G. (2006). SARS Outbreak in Germany 2003: Workload Of Local Health Departments and Their Compliance in Quarantine Measures--Implications For Outbreak Modeling and Surge Capacity? *J Public Health Manag Pract*.12(3):242-7. (<https://doi.org/10.1097/00124784-200605000-00004>).
- Riskind, H. J. (2007). *Genellenmiş Anksiyete Bozukluğu*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Roohafza, H., Feizi, A., Afhar, H., Mazaheri, M., Behnamfar, O. (2016). Path Analysis Of Relationship Among Personality, Perceived Stress, Coping, Social Support, and Psychological Outcomes. *World J Psychiatry*. 6(2): 248- 256.
- Rupke, S.J., Blecke, D., ve Renfrow, M. (2007).” Cognitive Therapy For Depression”, *American Family Physician*, 73(1),83-86. 406.
- Sadock B.J, Sadock V.A., Ruiz P. (2016) Kaplan & Sadock. Psikiyatri. Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. İç: Bozkurt A. çev. editör. 11. Baskı. Wolters Kluwer/Lippincot Williams & Wilkins.
- Sakaoğlu, H.H., Orbatu, D., Emiroglu, M., ve Çakır, ö. (2020). Covid-19 Salgını Sırasında Sağlık Çalışanlarında Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği, *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Dergisi*; 30 (Ek sayı):1-9 : <https://doi.org/10.5222/terh.2020.56873>.
- Salcan, S. Sarıkaya, B. (2020). Covid-19 Pandemisinde Eczanede Çalışan Personelin Kaygı, Uykusuzluk Ve Depresyon Prevelansı, *Turk J Public Health*, 18(Special issue):58-65. <https://doi.org/10.20518/tjph.770288>.

- Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. (2020). Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesth Analg*. 10.1213/ANE.0000000000004866. (Doi:10.1213/ANE.0000000000004866).
- Savaşır, I., ve Şahin, N. H., (1997). Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, No:9, Ankara.
- Seligman ME, Walker EF., ve Rosenhan DL. (2001). *Abnormal Psychology*. 4th Ed. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Sertbaş, G., ve Bahar, A. (2004). Anksiyete Ve Anksiyete İle Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 39-44.
- Shojaei, S. F. ve Masoumi, R. (2020). The Importance Of Mental Health Training For Psychologists In COVID-19 Outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(2), e102846. Doi:10.5812/mejrh.102846.
- Simione L, Gnagnarella C. (2020). Differences Between Health Workers And General Population In Risk Perception, Behaviors, And Psychological Distress Related To COVID-19 spread in Italy [Internet]. Available from: psyarxiv.com/84d2c.
- Skocic, S., Jackson, H., Hulbert, C. (2015) Beyond DSM–5: An Alternative Approach To Assessing Social Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord*, 30:8-15.
- Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N ve ark. (2020). Mental Health Status Of Medical Staff In Emergency Departments During The Coronavirus Disease 2019 Epidemic In China. *Brain Behav Immun.*;88:60-65
- Southwick, S. M. ve Charney, D. S. (2012). The Science Of Resilience: Implications For The Prevention And. *Biol. Psychiatry*, 71, 1068.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970). Test Manual For The State Trait Anxiety Inventory. 1st Ed. California: Consulting Psychologists Press.
- Stahl, SM. (2008). *Stahl's Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Applications*. 3. Baskı, New York: Cambridge University Press, s.511-666.

- Sun D, Yang D, Li Y, Zhou J, Wang W, Wang Q ve ark. (2020). Psychological Impact Of 2019 Novel Coronavirus (2019- Ncov) Outbreak In Health Workers In China. *Epidemiol Infect*;148: E96.
- Sungur, M., (1997). Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1: 5-11.
- Suwantarat N, Apisarnthanarak A. (2015). Risks To Healthcare Workers With Emerging Diseases: Lessons From Merscov, Ebola, SARS, And Avian Flu. *Curr Opin Infect Dis.* 28(4):349-61. <https://doi.org/10.1097/QCO.000000000000183>.
- Şahin, N.H. (1998). *Stresle Basa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şenyüz, Z. (2015). *Hastanede Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Townsend, MC. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, 6. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Thomason, E., Volling, BL., Flynn, HA., McDonough, SC., Marcus, SM., Lopez, JF. (2014) Parenting Stress And Depressive Symptoms In Postpartum Mothers: Bidirectional Or Unidirectional Effects. *Infant Behav Dev.* 2014, 37(3):406-415. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.05.009>.
- Tural, Ü. (2012). Anksiyete bozukluklar. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem-5 *Ders Notları*, 2-3.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 5(Ek3): 5-13.
- Türk Toraks Derneği Mesleksi Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu (2020). Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Salgını Sırasında Mesleki Riskler Hakkında Bilgilendirme ve öneriler. <httpss://toraks.org.tr/halk/news.aspx?detail=5768> (Erişim Tarihi, 07.02.2021).
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 12-16.

- Türkçapar, H. (2008). *Bilişsel Terapi*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkçapar, M.H. (2018), *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi- Depresyon*, İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Tütüncü, R., ve Günay, H. (2011). Kronik Ağrı Psikolojik Etmenler Ve Depresyon. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(2), 257.
- Ural, A., Kılıç, İ., (2011) *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- World Health Organization. (2011). Global Burden Of Mental Disorders And The Need For A Comprehensive, Coordinated Response From Health And Social Sectors At The Country Level, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78898> (Erişim Tarihi, 07.08.2021).
- Wu Y, Wang J, Luo C, ve ark. (2020). A Comparison Of Burnout Frequency Among Oncology Physicians And Nurses Working On The Front Lines And Usual Wards During The COVID-19 Epidemic İn Wuhan, China. *Journal Of Pain And Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>. (doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>).
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. ve Ng, C. H. (2020). Timely Mental Health Care For The 2019 Novel Coronavirus Outbreak İs Urgently Needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228- 229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Yates Jere E. (1989). *Gerilim Altında Yönetici*. (Çeviren: Dilber, F.) İstanbul: İlgi Yayıncılık.
- Yeniyol Z .D. (2018). *Sağlık Çalışanlarının iş Doyumu Kaygı ve Tükenmişlik Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent üniversitesi, İstanbul.
- Yerlikaya N. (2007). *Lise Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- Yıldız H. (2009). *Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz Karaman, İ. G., ve Yastıbaş, C. (2021). Covid-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler ile İlişkisi Nasıldır?, Van Tıp Dergisi, 28(2): 249-257.
- Yumrukçal H. ve Karamustafalıoğlu O. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011,45(2):65-74.
- Zeybek, Z., Bozkurt, Y. ve Aşkın, R. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Bahar (Covid19-Özel Ek), 304-318.
- Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z ve ark. (2019). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. Front psychiatry; 11:306.
- Zu, Z.Y., Jiang, M. D., Xu, P. P., Chen, W., Ni, Q. Q., Lu, G. M., ve Zhang, L.J. (2020). Coronavirus disease 2019 (covid-19), a perspective from china. *Radiology. Advance online publication* 200490. Doi:10.1148/radiol.2020200490.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____

2- Cinsiyetiniz:

1- Kadın

2- Erkek

3. Eğitiminiz

1- Lise

2- Lisans

3- Lisans üstü

4- Doktora

4. Medeni Durumunuz

5- Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?

1- 1 yıldan az

2- 1-3 yıl

3- 3-5 yıl

4- 5 yıldan fazla

6. Sizi en iyi tanımlayan hangisidir?

7. Doktor iseniz branşınızı belirtiniz.

8. Diğer sağlık personeli iseniz tanımlayınız.

9. Covid 19 geçirdiniz mi?

10. Cevabınız evet ise kaç kere geçirdiğinizi belirtiniz.

11. Covid 19 aşısı oldunuz mu?

12. Cevabınız evet ise kaç doz olduğunuzu belirtiniz.
13. Covid 19 hastasıyla birebir temasta bulundunuz mu veya muayene ettiniz mi?
14. Bilinen tıbbi rahatsızlığınız var mı?
15. Eğer cevabınız evet ise ne olduğunu belirtiniz.
16. Covid 19 döneminde rahatsızlığınız olduğu zaman nöbet tutmak zorunda kaldınız mı?
17. Covid 19 döneminde izin isteyip alamadığınız oldu mu?
18. Covid 19 döneminde istifa etmeyi düşündünüz mü?
19. Şu an istifa etmeyi düşünüyor musunuz?
20. Nerede çalışıyorsunuz?

EK 2: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyun, sonra şu anda hissettiğiniz ifadelerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl kendinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederim.

Maddeler	Hayır	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakınım.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Şu anda sinirlerim gergin.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Şu anda huzur içindeyim.				
6. Şu anda hiç keyfim yok.				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şu anda kaygılıyım.				
10. Kendimi rahat hissediyorum.				
11. Kendime güvenim var.				
12. Şu anda asabım bozuk.				
13. Çok sinirliyim.				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16. Şu anda halimden memnunum.				
17. Şu anda endişeliyim.				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19. Şu anda sevinçliyim.				
20. Şu anda keyfim yerinde.				

EK 3: Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi dikkatlice okuyun, sonra genellikle kendinizi nasıl hissettiğiniz ifadelerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl kendinizi gösteren cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederim.

Maddeler	Hayır	Biraz	Çok	Her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.				
22. Genellikle çabuk yorulurum.				
23. Genellikle kolay ağlarım.				
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.				
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.				
27. Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğuk kanlıyım.				
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
30. Genellikle mutluyum.				
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.				
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.				
36. Genellikle hayatımdan memnunum.				
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.				
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40. Son zamanlarda kafama takılan olaylar beni tedirgin eder				

EK 4: Genel Sağlık Anketi-GSA12

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi Şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Size en uygun cevabı soruların altındaki rakamlardan bir tanesini işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

1) Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz? -

1.Hayır, hiç çekmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık 4.Çok sık

2) Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

1.Hayır, hissetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık 4.Çok sık

3) Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

1.Her zamankinden iyi 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az 4.Her zamankinden çok daha az

4) İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

1.Her zamankinden çok 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az 4.Her zamankinden çok daha az

5) Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

1.Her zamankinden çok 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az 4.Her zamankinden çok daha az

6) Karar vermede güçlük çekiyor musunuz?

1.Hayır, hiç çekmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az 4.Çok sık

7) Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

1.Hayır, hiç hissetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık 4.Çok sık hissediyorum

8) Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

1. Her zamankinden çok 2. Her zamanki kadar 3. Her zamankinden az 4. Her zamankinden çok daha az

9) Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

1. Her zamankinden çok 2. Her zamanki kadar 3. Her zamankinden az 4. Her zamankinden çok daha az

10) Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

1. Hayır, hiç hissetmiyorum 2. Her zamanki kadar 3. Her zamankinden sık 4. Çok sık hissediyorum

11) Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

1. Hayır, hiç kaybetmiyorum 2. Her zamanki kadar 3. Her zamankinden fazla 4. Çok fazla

12) Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

1. Hayır, hiç görmüyorum 2. Her zamanki kadar 3. Her zamankinden sık 4. Çok sık

EK 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Lütfen, aşağıdaki ifadeleri 0 Hiçbir zaman, 1 Çok Nadir, 2 Bazen, 3 Çoğu Zaman, 4 Her zaman aralıklarından size uygun olan seçenek ile değerlendiriniz.

Maddeler	0	1	2	3	4
1 İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2 İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3 Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.					
4 Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.					
5 Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.					
6 Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.					
7 Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.					
8 İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.					
9 Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.					
10 Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.					
11 Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.					
12 Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13 İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14 İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.					
15 Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.					
16 İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17 Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.					
18 Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19 İşimde birçok önemli şey yaptım.					
20 Sabrımın tükendiğini hissediyorum.					
21 İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22 Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.					

EK 6: Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

ÖZGEÇMİŞ

Sümeyye Azra AKDEMİR, 2002-2010 yıllarında ilk ve orta öğretimini tamamlayıp 2010-2014 yılları arasında Marmara Lisesi'nden mezun olup 2014 yılında Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümüne girmeye hak kazanmıştır. 2018 yılında Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünü bitirmiş ve ardından 2018 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Psikoloji Bilim Dalı, Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans programına katılmıştır.

Şuan özel sektörde Psikolog görevini sürdürmektedir.

