



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Sağlık alışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının İncelenmesi

Rasim Başer

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŐA
2021

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**Sağlık alışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile
İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının
İncelenmesi**

Rasim Başer
20178297

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIşMANI
Prof. Dr. EBRU ÇAKICI

LEFKOŐA
2021

KABUL VE ONAY

Rasim Başer tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık alışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının İncelenmesi’’ başlıklı bu çalışma, 04/ 02/ 2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Ebru akıcı (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi ve Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Başak Bağlama
Yakın Doğu Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Pervin Yiğit
Yakın Doğu Üniversitesi

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih 05/03/2021

İmza 

Rasim Başer

TEŞEKKÜR

Her daim yanımda ve destek olan sevgili eşim Dr. Hazal Başer'e,
Bütün ömrüm boyunca hakkını ödeyemeyeceğim, her zaman yanımda olan
annem Zehra Başer'e ve babam Ali Niyazi Başer'e,
Tez döneminde desteğini ve bilgisini paylaşmaktan hiç çekinmeyen tez
danıőmanın Prof. Dr. Ebru akıcı'ya,
Verilerin toplanması sürecinde desteğini esirgemeyen Prof. Dr. İlhami
Ünlüoğlu'na ve Doç. Dr. Hüseyin Balcıoğlu'na teşekkür ederim.

ÖZ

Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının İncelenmesi

Araştırma; Covid-19 pandemi sürecinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi hastanesinde covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde görev alan 220 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada nicel veriler toplanmıştır, Katılımcıların yaşı, eğitimi, medeni durumu, mesleği gibi kişisel veriler ve pandemi sürecine dair veriler araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu kullanılarak tespit edilmiştir. Katılımcıların anksiyete seviyelerinin belirlenmesi adına "Beck Anksiyete Ölçeği" kullanılmış, algılanan stres seviyelerini belirlemek adına "Algılanan Stres Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırma 2020 yılı Haziran ve Ağustos tarihleri arasında katılımcılara Google forms aracılığı ile sanal ortamda formların ulaştırılması ve bulguların toplanması yoluyla yapılmıştır. Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 istatistik programı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların evde çekirdek aile ve büyük aile ile yaşayanların anksiyete ve stres seviyeleri yalnız veya başka bireylerle yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Pandemi sürecinde yeterince koruyucu ekipmana erişimi olmayan, uzun ve sık mesai yükü bulunan, yetkililer ile etkili iletişim kuramayan, pandemi sürecinde toplam aile geliri azalan, 18 yaş altı çocuğu olan, evinde 65 yaş üzeri birey bulunan, bakıma muhtaç bireylerle birlikte yaşayan, covid-19 ile ilgili ek eğitim almamış sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres seviyelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarının mental durumunu inceleyen az sayıda çalışmadan biri olup, bu konuda daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Anksiyete, Algılanan Stres, Sağlık çalışanları, Covid-19

ABSTRACT

INVESTIGATION OF ANXIETY AND PERCIEVED STRESS AMONG HEALTH CARE WORKERS DURING THE NOVEL CORONA VIRUS PANDEMIC

The research was carried out with 220 healthcare professionals working in covid-19 triage, outpatient and inpatient units of Eskişehir Osmangazi University hospital during the Covid-19 pandemic period.

Quantitative data was collected in the study. Information about personal data like the age, education level, marital status, occupation and information about the pandemic period were determined using the demographic information form prepared by the researcher. The "Beck Anxiety Scale" was used to determine the anxiety levels of the participants, and the "Perceived Stress Scale" was used to determine the perceived stress levels. The research was conducted between June and August 2020 by sending the forms to the participants in a virtual environment via Google forms and collecting the findings.

The anxiety and stress levels of the participants of the study who live at home with a nuclear family and extended family were found to be higher than those living alone or with other individuals. The participants who could not have access to enough protective equipment during the pandemic process, had long and frequent working hours, could not communicate effectively with the authorities, had reduced family income due to pandemi, had children under the age of 18, had family member over the age of 65 at home or lived with individuals in need of care were found to experience higher anxiety and stress level. It has been determined that healthcare workers who have not received additional training related to pandemi had high anxiety and stress levels. The research is one of the few studies that examine the mental state of healthcare workers in the covid-19 period, and more research is recommended on this subject.

Keywords: Pandemic, Anxiety, Percieved Stress, Health Workers, Covid-19

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	III
BİLDİRİM.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZ.....	VI
ABSTRACT.....	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
KISALTMALAR.....	XI
TABLOLAR.....	XII
1.BÖLÜM	
GİRİŞ	
1.1 PROBLEM DURUMU.....	15
1.2 Araştırmanın amacı.....	16
1.3 Araştırmanın önemi.....	17
1.4.Sınırlılıklar.....	18
1.5.Tanımlar.....	18
2.BÖLÜM	
KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	
2.1.1. Pandeminin tanımı.....	20
2.1.2. Pandeminin tarihçesi.....	20
2.1.3. Pandeminin özellikleri.....	21
2.1.4. Pandeminin etkileri.....	22
2.1.5. Covid-19 pandemisi ve özellikleri.....	25
2.2. Anksiyete ile ilgili genel bilgiler.....	26
2.2.1. Anksiyete tanımı.....	26
2.2.2. Anksiyete nedenleri.....	27

2.2.3. Yaygın anksiyete bozukluğu.....	28
2.2.4. Anksiyetenin tedavisi.....	29
2.3.1. Stres ile ilgili genel bilgiler.....	30
2.3.1. Stres.....	30
2.3.2. Algılanan stres.....	31
2.4 İlgili araştırmalar.....	31
3. BÖLÜM.	
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	
3.1 Araştırmanın modeli.....	34
3.2. Evren ve örneklem.....	34
3.3. Veri toplama araçları.....	44
3.3.1. Demografik bilgi formu.....	44
3.3.2. Beck anksiyete ölçeği BAÖ.....	45
3.3.3 Algılanan stres ölçeği (ASÖ).....	45
3.4 Veri toplama süreci.....	46
4. BÖLÜM	
BULGULAR	
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA	83
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1 SONUÇ.....	87
6.2 ÖNERİLER.....	89
KAYNAKÇA.....	91
EKLER.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	106

İNTİHAL RAPORU.....	107
ETİK KURUL RAPORU.....	108

KISALTMALAR

APA	:Amerikan Psikiyatri Birliği
ASÖ	:Algılanan Stres Ölçeği
BAÖ	:Beck Anksiyete Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DSM IV	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

TABLOLAR

Tablo 1. Sosyodemografik bilgilere ilişkin analiz sonuçları.....	34
Tablo 2. Katılımcıların kimler ile yaşadığına dair bilgiler.....	37
Tablo 3. Katılımcıların Ekonomik durumlarına ilişkin bilgiler.....	39
Tablo 4. Covid-19 salgınında katılımcıların çalışma koşulları.....	40
Tablo 5. Katılımcıların Covid-19 ile ilgili bilgileri.....	42
Tablo 6 Covid-19 salgınının katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri.....	43
Tablo 7. Beck Anksiyete Ölçeğinin alt ölçeklerine yönelik Kolmogorov-Smirnov normallik testinin sonuçlar.....	47
Tablo 8. <i>Algılanan Stres Ölçeğinin toplam puanları ve ortalamalarına yönelik Kolmogorov-Smirnov normallik testinin sonuçları</i>	48
Tablo 9. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları ortalama, alt ve üst değerler.....	48
Tablo 10. Cinsiyete göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri ortalamalarının karşılaştırmaları.....	49
Tablo 11. Meslek gruplarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları	50
Tablo 12. Medeni duruma göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	51
Tablo 13. Evde kaç kişi yaşadığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	52
Tablo 14. Katılımcıların evde kimlerle yaşadığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	54
Tablo 15.. Katılımcıların evlerinde 65 yaş ve üzeri birey olmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	56

Tablo 16. Katılımcıların evlerinde 18 yaş altı çocuk olmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....57

Tablo 17. Katılımcıların evlerinde 18 yaş altı çocuk olması durumunda çocukların kim tarafından bakıldığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....58

Tablo 18. Katılımcıların evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....59

Tablo 19. Katılımcıların Covid-19 pandemisi öncesi ailesel aylık kazançlarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....60

Tablo 20.. Katılımcıların Covid-19 pandemisi sonrası ailesel aylık kazanç değişimine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....62

Tablo 21. Katılımcıların kronik rahatsızlığının bulunmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....64

Tablo 22. Katılımcıların Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....65

Tablo 23. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde nerede konakladıklarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....67

Tablo 24. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde hastalık şüphesi yaşamalarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....68

Tablo 25... Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde ailesinden yada yakın çevresinden tanı almasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....69

Tablo 26. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	71
Tablo 27. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca ihtiyaçlarını karşılama düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	73
Tablo 28. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca yetkili ve karar koyucular ile iletişim düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	75
Tablo 29. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca yetkili ve karar koyucular ile iletişimde karar alma düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	76
Tablo 30. Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde hastalık ile ilgili ek eğitim alıp almamasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.....	78
Tablo 31. BAÖ, Sübjektif Kaygı, Somatik Belirti ve ASÖ ölçeklerinin Spearman Rho korelasyon ilişkisi.....	79
Tablo 32. Beck Anksiyete Ölçeğinin, demografik değişkenleri yordamasına yönelik lojistik regresyon analizi bulguları.....	80
Tablo 33. Algılanan Stres Ölçeğinin, Demografik Değişkenleri Yordamasına Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.....	81

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problem durumu

Yeni tip Corona virüs bilinen adı ile Covid-19 tüm dünyada dil, din, ırk, mezhep, fark etmeksizin bütün insanlığı etkisi altına almış ölümcül bir virüstdür. Yeni tip Corona virüsü Çin'in Wuhan kentinde 2019 da belirlenmiş ve 2019'da belirlendiği için Covid-19 ismini almıştır. Dünya sağlık örgütüne göre bu hastalığın sık rastlanan belirtileri ateş, kuru öksürük, ve yorgunluk, daha az yaygın olan ve bazı hastaları etkileyebilecek diğer semptomlar şunları içerir, tat ve koku kaybı, burun tıkanıklığı, konjunktivit (kırmızı gözler olarak da bilinir), boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas veya eklem ağrısı, farklı cilt döküntüleri, mide bulantısı ya da kusma, ishal, titreme veya baş dönmesi, şiddetli Covid-19 hastalığının belirtileri şunları içerir, nefes darlığı, iştah kaybı, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, göğüste kalıcı ağrı veya basınç, yüksek ateş (38 ° C'nin üzerinde),diğer daha az yaygın semptomlar, sinirlilik, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, azalmış bilinç (bazen nöbetlerle ilişkilendirilir), kaygı, depresyon, uyku bozuklukları, felç, beyin iltihabı, deliryum ve sinir hasarı gibi daha ciddi ve nadir nörolojik komplikasyonlar (Dsö, 2020). Yine Dünya Sağlık Örgütüne göre bu hastalığa yakalanan ve semptomları gösteren kişilerde semptom geliştirenlerin çoğu (yaklaşık % 80'i) hastanede tedaviye ihtiyaç duymadan iyileşirken, yaklaşık % 15'i ciddi bir şekilde hastalanır ve

oksijen tedavisine ihtiyaç duyar ve semptom gösterenlerin % 5'i kritik bir şekilde hastalanır ve yoğun bakıma ihtiyaç duyarlar. Ölüme yol açan komplikasyonlar arasında solunum yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), sepsis ve septik şok, tromboembolizm ve / veya kalp, karaciğer veya böbrek yaralanması dahil olmak üzere çoklu organ yetmezliği yer alabilir (Dsö, 2020).

Yeni tip Corona virüsü 2020 yılında dünya geneline yayılmış ve dünyanın büyük bir bölümünün pandemik döneme girilmesine yol açmıştır. Bu dönemde insanların sosyal izolasyon kurallarına uymaları, maske takmaları, zaman zaman evde kalmaları ve sokağa çıkmamaları talep edilmiştir. (Lai et al., 2020). Böyle bir dönemde insanlık sağlık çalışanlarına, her zamankinden fazla ihtiyaç duymaktadır, aynı zamanda Covid-19 hastalarının teşhisi, tedavisi ve bakımıyla doğrudan ilgilenen ön saftaki sağlık çalışanları, psikolojik sıkıntı ve diğer akıl sağlığı semptomları geliştirme riski altındadır. Sürekli artan doğrulanmış ve şüpheli vakaların sayısı, ezici iş yükü, kişisel korunma ekipmanlarının tükenmesi, medyada geniş yer bulması, belirli ilaçların eksikliği ve yetersiz desteklenme duyguları, bu sağlık çalışanlarının zihinsel problemlerinin artmasına katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir.

Yukarıda bahsedilen gerekçelerden yola çıkarak, Covid-19 pandemisinin tüm insanlığı etkisi altına aldığını, ancak Covid-19 ile ön safta mücadele eden sağlık çalışanlarının, hastalığa yakalanma risklerinin yüksek olması, ezici iş yükü, koruyucu ekipmanlara erişimi, karar koyucular ile iletişimleri, gibi unsurlar göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının stres ve anksiyete seviyelerinin yükselmesi ile karşı karşıya olabileceğimiz öngörülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık görevlilerinin stres ve anksiyete seviyelerinin kaynağının öğrenilebilmesi durumunda, sağlık çalışanları için covid-19 sürecinde uygulanabilecek anksiyete ve stres düşürme planları oluşturulması hedeflenmektedir.

1.2 Araştırmanın amacı

Yapılacak olan bu çalışmada amaçlanan ise Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının kaygı ve stres kaynaklarını anlamaya çalışmaktır. Bu araştırmanın temel değişkenleri anksiyete

düzeyi ve stres düzeyidir. Bunun yanında ilişkili olduğu düşünülen diğer değişkenlerle ilişkilerini araştırmak hedeflenmiştir. Bu değişkenler; yaş, cinsiyet, aile ilişkileri, maddi durum ve maddi durumda değişiklikler, kronik rahatsızlıklar, sigara kullanımı, çalışma sıklığı, koruyucu ekipmana erişim, çalışma ortamı, liderler ile iletişim, alınan eğitim, algılanan sosyal ve maddi desteklerdir

1.3 Araştırmanın önemi

Bu salgın sürecinde tüm insanların olduğu gibi bütün alanlardan sağlık çalışanlarının da kaygı ve stres kaynakları olduğunu düşünmemiz gerekmektedir. Salgın döneminde ihtiyacımızdan fazla medikal araç ve gerece sahip olsak dahi, sağlık hizmetini yerine getirecek yetkin sağlık profesyonelleri olmadığı, bu bakımın yoğunluğunu ve uzun sürebilecek bir süreç olduğunu göz önüne aldığımızda sağlık çalışanlarının toplum için önemini bir kez daha anlamış oluruz. Geçmiş dönemde SARS ve benzeri salgınlarda yapılmış olan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının kaygı ve stres düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda covid-19 salgınının başladığı Çin'de yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına verilmek istenen psikolojik destek sağlık çalışanları tarafından reddedilmiş ve talep görmemiştir. Bunun nedenlerinden en büyüğü ise sağlık çalışanlarının yaşadıkları anksiyete ve stresin kaynağını anlamaya çalışmadan hızlıca yapılmaya çalışılan stres ve anksiyete düşürmeye yönelik planlar olduğu belirtilmiştir (Xiang, 2020). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında ise sağlık çalışanlarının kaygı ve stres faktörlerinin beş ana gruba indirgenebileceği görülmüştür. Bunlar ise, kararlar verilirken sağlık çalışanlarının da dinlenmesi, sağlık çalışanlarını koruyucu önlemler alınması, alışkın olunmayan salgına karşı gerekli eğitimlerin sağlık çalışanlarına sunulması, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarının desteklenmesi ve sağlık çalışanlarının ve ailelerinin karantina dönemindeki duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına karşı bakım sağlanması, olarak sıralanabilir.

Sonuç olarak yapılan araştırma, Covid-19 ile mücadele eden sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres kaynaklarını anlamaya ve ilerideki dönemde sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres seviyelerini düşürmek adına yapılacak olan planlarda kullanılabilecek bilgi adına önem arz etmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde görev alan sağlık çalışanlarından son 1 ay içinde görev alanlara uygulanmıştır; Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde çalışan tüm personel için genellenemese de, elde edilen verilerin yürütülmesi planlanan araştırmalara kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçları katılımcıların formlara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Kişisel veriler Demografik bilgi formu ile, Anksiyete düzeyleri Beck Anksiyete Ölçeği ile, Stres düzeyleri ise Algılanan stres ölçeği ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

1.5.1 Anksiyete

Anksiyete kavramı çoğu zaman korku ile karıştırılsa da korkudan çok bir kaygı halidir. Kaygı kavramı insanların kaynağını bilmeksizin bir durumdan endişe etmesine ve tepki göstermesine sebep olan durumdur(Yavuzer, 2004)

.Anksiyete, bunaltı, kaygı, sıkıntılı olma anlamlarına gelmektedir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissedip bundan kurtulmak için hızla nefes alıp verme, kalp hızında artma, titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerle birlikte sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi ve korku duyma gibi psikolojik belirtileri vardır. Bazı tanımlamalarda korkudan farkının bu duruma yol açan kaynağın belli olmaması şeklinde ifade edilir(Arkonaç, 1999). Çoğu zaman iç sıkıntısı, endişe, bunaltı, can sıkıntısı gibi sözcüklerle ifade edilir. (Öztürk & Uluşahin, 2015)'e göre anksiyete aslında; hayatta kalmaya yönelik olan bir savunma mekanizmasıdır ve olası tehlikelerden kişinin kendisini koruması, önlem alması için gereklidir ancak bu sistemin gereğinden fazla kullanılması patolojiye sebep olmaktadır. Anksiyetenin patolojik olarak görülmesi süresine, şiddetine ve kişinin işlevselliğini bozmasına bağlı olarak belirlenmektedir

1.5.2 Savunma mekanizmaları

Savunma mekanizmaları kişinin farkında olmadan içsel, mental veya dışsal fizyolojik olarak kendini rahatlatma çabalarının genel adlandırmasıdır. Savunma mekanizmalarını hepimiz belli durumlarda kullanabileceğimiz gibi savunma mekanizmalarının yoğun şekilde kullanılması veya gerekli durumlarda kullanılmaması da psikopatolojiye işaret edebilmektedir.

Freud'a göre savunma mekanizmaları, bireylerin ruhsal dengelerini korumak adına başvurdukları yollardan biri iken(S. Freud, 1961), Anna Freud (A. Freud)'a göre ise hoş olmayan içsel süreçlerden uzaklaşma ve korunma yolu olarak kullanılan yollar olarak adlandırılmaktadır(A. Freud, 1966).

1.5.3. Stres

Stres sözcüğünün anlamından tam olarak emin olunamasa da ilk olarak 18. Yüzyılda fizik ile meşgul olan bilim insanları tarafından kullanılsa da bu alışımda 19. Yüzyılda tıp alanında kullanılan anlamına değinilecektir. Bu tanımlamalardan en yaygın olanlarından biri ise (McGrath, 1976) yaptığı tanımlamadır, bu tanımlamaya göre stres çevreden gelen taleplerle organizmanın kaynakları arasındaki dengesizlikten doğar(Jones, Bright, & Clow, 2001).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.1. Pandeminin tanımı

Dünya sağlık örgütüne göre pandemi, dünya genelinde, eş zamanlı olarak, yeni tip bir virüs ile çok fazla sayıda insanı tehdit eden, kolayca ve sürekli bulaşabilen hastalıkları kapsamaktadır (Asmundson & Taylor, 2020).

Pandemi; Epidemiyoloji sözlüğünde “Dünya çapında veya çok geniş bir alanda, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın” olarak tanımlanmaktadır (Harris, 2000). Bir bulaşıcı hastalığın mevsimsel görülmesi durumunda bu durum pandemi olarak kabul edilmezken, diğer tanımlamalara bakıldığında “geniş salgın”, “genellikle nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen çok geniş bir alanda salgın” ve “bir bölge, ülke, kıta veya küresel olarak yaygın olan veya meydana gelen salgın” şeklinde yer almaktadır (Vincent et al., 2009)

2.1.2. Pandeminin tarihçesi

Tarihte çiçek hastalığı, veba, dang, kolera, AIDS, şiddetli akut solunum sendromu (SARS), batı nil hastalığı, tüberküloz gibi insanlık tarihi açısından önemli birçok pandemi kaydedilmiştir. Gribal salgınlar her yüzyılda yaklaşık olarak üç kez; yani kabaca 30 yılda bir ortaya çıkmaktadır. Dünya tarihinde bugüne kadar yaşanan en yıkıcı ve yıpratıcı pandemi ise, 20 milyondan fazla insanın ölümüne veya kalıcı hasar görmesine neden olan 1918-1919 grip salgınıdır (DSÖ, 2011).

Son 10 yıl içerisinde H5N1, influenza, H1N1, Ebola virüsü salgını, hantavirüs pulmoner sendromu ve SARS dahil olmak üzere 6 büyük ölçekli pandemi tespit edilmiştir.

2.1.3. Pandeminin özellikleri

Bütün insanlık tarihi boyunca yaşanan pandemi süreçleri incelendiğinde, pandemilerin belirli özelliklerinin olduğu görülmektedir, bunlar kısaca yedi ana

başlık altında toplanabilir; buna göre bu başlıklar geniş coğrafi alanda görülmesi, hastalık hareketi, yenilik, ölüm derecesi, yüksek atak oranları, minimum nüfus bağışıklığı, bulaşıcılık olarak listelenebilir.

i. Hastalık hareketi

Coğrafi genişlemeye ek olarak, hastalığın hareketlerinin incelenmesi, nasıl bir bulaş yolu izlediğini veya coğrafi olarak nasıl yayıldığını incelememiz anlamına gelmektedir. Örneğin grip ve SARS gibi solunum yoluyla bulaşan veya dang gibi vektörlerin neden olduğu hastalıkların kişiden kişiye yayılması yer almaktadır (Rewar, Mirdha, & Rewar, 2015).

ii. Yenilik

Pandemi teriminin Dünya Sağlık Örgütüne göre tanımında yeni veya mevcut organizmaların yeni varyantlarıyla ilgili olduğunu belirtmiştik. Yenilik kavramı bu ve benzeri ilişkili hastalıkları tanımlamak amacı ile kullanılmıştır (Asmundson & Taylor, 2020).

iii. Önem derecesi

Terim olarak 'Pandemi' ölümcül, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip küresel salgınlar için diğer salgınlara oranla çok daha yaygın kullanılmaktadır (Rewar et al., 2015)(Dolayısıyla önem derecesi vaka ölüm oranı ile hesaplanmaktadır (Donaldson et al., 2009).

iv. Yüksek atak oranları

Pandemiler, karakterize edilirken yüksek atak oranları ve hızlı yayılıma önem verilir. Bir hastalık eğer hızlı iletilmiyorsa, yaygınlığı yüksek olsa dahi pandemi olarak sınıflandırılmaz. Düşük bulaşma oranları veya düşük semptomatik hastalık oranları genellikle pandemi olarak sınıflandırılmasalar da, nadiren pandemi sınıflandırması aldıkları görülmüştür (Donaldson et al., 2009)

v. Minimum nüfus bağışıklığı

Bağışıklık popülasyonlarında da kısmen pandemiler tanımlanmış olsa da mikrobiyal enfeksiyonu ve bulaşı sınırlarken nüfus bağışıklığının en önemli anti-pandemik güçlerden biri olabileceği

açıktır (Morens, Taubenberger, & Fauci, 2009). Hatta öyle ki nüfus bağışıklığı neredeyse pandemi ile karakterizedir (Kaudhry & Fangriya, 2015)

vi. Bulaşıcılık

Pandemi terimi bulaş riski düşük olan, yayılım hızı düşük olan hastalıklar ile alakalı çok nadiren kullanılmaktadır. Ancak salgın hastalıklar bulaşıcıdır, Bu iletim doğrudan kişiden kişiye veya dolaylı vektörel olabilir (Morens et al., 2009).

2.1.4. Pandeminin etkileri

İnsanlık tarihi boyunca yaşanılmış olan birçok pandemi süreci bize göstermiştir ki, salgın sınırları kolayca aşabilir, insanlar arasında yayılımı çok hızlı olabilir ve bu durum seçici değil genel olarak yaşanabilir. Bu durum bize göstermektedir ki pandemi koşulları sadece insanların sağlığını değil, hayatın içinden birçok alanı tehdit etmektedir(Verikios, Sullivan, Stojanovski, Giesecke, & Woo, 2016). Buna bağlı olarak pandemi koşullarının insanlık tarihindeki etkilerini incelediğimizde karşımıza dört kategori olarak sağlık alanındaki etkileri, ekonomik etkiler, sosyal etkiler ve psikolojik etkiler çıkmaktadır.

i. Sağlık alanındaki etkiler

Pandemi tanımlarında da bahsedilen pandemi koşullarında yüksek morbidite ve mortaliteye sahip salgın hastalıklar görülmektedir. Bu durum insan sağlığı açısından oldukça yıkıcı bir süre olarak değerlendirilmektedir. Örneğin 14. Yüzyılda 'Kara Ölüm' vebası Avrupa nüfusunun neredeyse yarısının ölümüne ve kalıcı hasar görmesine neden olmuştur (Ross, Olveda, & Yuesheng, 2014).

Pandemi koşulları az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülebileceği gibi, gelişmiş ve çok gelişmiş toplumlarda da

görülebilmektedir, böyle durumlarda mortalite oranları %5 ila %10 arasında değişmektedir (Thomas, Kern, Hughes, & Chen, 2016)

Böyle durumlarda sağlık çalışanlarına ihtiyaç her zamankinden fazla artmaktadır. Hangi görevde olursa olsun, sağlık çalışanları yüksek risk ile, yoğun ve sık mesai saatleri ile, çoğu zaman elverişsiz koşullarda çalışmak durumunda kalmaktadır(K.-Y. Chen et al., 2013). Örneğin Avrupa'da yapılan çalışmalarda, Avrupa'da sağlık çalışanları tüm COVID-19 vakalarının önemli bir bölümünü oluşturduğu belirtilmiştir. İtalya'da sağlık çalışanları mart ayı başlarında vakaların%8'ini oluşturuyordu ancak Nisan sonunda %10,5'e yükseldi. Yarısından fazlası Lombardia, bölgesi ve kuzey İtalya'dan olmak üzere, hemşire ve ebe olan personeller (%43,2); sağlık görevlileri (%9,9); hastane doktorları (%19); ve pratisyen hekimler (%0,8) tanı almışlardı (İSS,2020). İspanya'da, Avrupa hastalık önleme ve kontrol merkezi tarafından doğrulanmış verilere göre COVID-19 enfeksiyonlarının tahmini %26'sı sağlık çalışanlarında olmuştur (ECDC;2020). Hollanda'dan taranan hastane personelinin bir raporunda hastane personelinin %6,4'ün COVID-19 pozitif olduğunu belirtilmiştir (Kluytmans-van den Bergh et al., 2020)

ii. Ekonomik etkiler

Pandemi koşullarını sadece sağlık açısından ifade etmek mümkün değildir, pandeminin sağlığı tehdidi kadar ekonomik istikrarı da tehdit ettiği düşünülebilir. Pandeminin ekonomik etkilerinin üç koşul altında gerçekleştiğini düşünebiliriz, bunlar doğrudan maliyetler ve dolaylı maliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğrudan maliyetlerde karşımıza hastaneler, ekipmanlar, personel ve ihtiyaç gibi gider kalemleri çıkmaktadır, örneğin 2015 yılında yaşanan EBOLA pandemisinde ortaya çıkan doğrudan maliyet 6 milyar ABD doları olarak hesaplanmış ve bu maliyet Dünya Sağlık Örgütü'nün 3 yıllık fon miktarı ve acil müdahale kesintilerinin 20 katı olarak hesaplanmıştır (Gostin & Friedman, 2015)

Dolaylı maliyetlere bakıldığında ise karşımıza tekrar önemli tehditler çıkmaktadır. Pandemi koşullarında alınan önlemlerin maliyetleri, iş gücünün azalması, üretimin aksaması veya uzun süreli kesintiye uğraması gibi etmenler, ekonomik olarak insanlığı tehdit etmektedir. Örneğin 2003 yılında SARS pandemisinde, Doğu ve Güneydoğu Asya da gelir kaybının 12,3-28,4 milyar dolar arasında değiştiği rapor edilmiştir (Fan, 2003)

iii. Sosyal etkiler

Pandemi süreçleri etkisi altına aldığı toplumlarda kısa sürede insanların yaşayış biçimlerini, davranışlarını, alışkanlıklarını değiştirmesine sebep olmasıyla karakterize olmuşlardır (AKBAŞ & DURSUN)

Pandemi süreleri sosyal yaşamı derinden etkilemektedir, pandemi koşullarının altında seyahatler kısıtlanmakta, toplantılar iptal olmakta, okullarda yüz yüze, örgün eğitime ara verilmekte, restoran, kafe gibi insanların ortak toplanma alanı olarak tanımlanabilecek yerler kapalı tutulmaktadır(Hiçdurmaz & Üzar-Özçetin, 2020).

iv. Psikolojik etkiler

Pandemi sürelerinin psikolojik olarak etkileri oldukça fazladır, inceleyecek olursak ilk etapta karşımıza gelişimsel olarak insanların öğrendiği dünyanın güvenli bir yer olduğu algısının yıkılması, pandeminin neden ortaya çıktığının bilinmemesi, dünya üzerindeki herkesin risk altında bulunması, hastalığın kontrol dışı ilerlemesi, çoklu ölümlere şahit olmak gibi etmenler pandemi süreçlerini birer global travmaya dönüştürebilmektedir (Bozkurt et.al., 2020)

Pandemi süreçlerinde sıklıkla depresyon, anksiyete, sağlık anksiyetesi, temizlik konularında obsesif davranış örüntüleri gibi durumların artış gösterdiği gözlemlenmektedir(BOZKURT et al., 2020). Bu gibi durumlar pandemi süreçlerinin oldukça büyük psikolojik etkilerinin olduğunu göstermektedir.

2.1.5. Covid-19 pandemisi ve etkileri

Yeni tip corona virüsü (SARS-Cov2) ilk kez 2019 yılının aralık ayında Çin'in Wuhan kentinden bildirildikten sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30 Ocak 2020 tarihinde ilk kez uluslararası halk sağlığı acil durumu olarak duyurulmuştur (Asmundson & Taylor, 2020). Covid-19 Çin ile sınırlı kalmamış ve neredeyse dünyanın her yerinde görülmektedir. Covid-19 isabeti almış ülkeler toplum sağlığını korumak adına genellikle sokağa çıkma kısıtlamaları, sosyal izolasyon gibi tedbirleri hayata geçirmişler, insanların yaşam alanları kendi evleri ile sınırlı kalmıştır (Brooks et al., 2020; Pulla, 2020). Bu öngörülemeyen durum toplumların davranış ve bilişsel açıdan değişmesine, belirli konularda farkındalıklar kazanmasına, belirli konularda ise çöküşler yaşamasına sebep olmuştur, DSÖ bu durumu 'rastgele değişen duruma doğal psikolojik yanıt' olarak adlandırmaktadır (Kluge, Jakab, Bartovic, d'Anna, & Severoni, 2020). Pandemi sürecinin başlaması ile her toplumda farklı fatalite oranları gözlemlense de insanlar bu durumdan bedenen etkilendiği gibi psikolojik olarak da etkilenmektedirler. Covid-19 salgınının rastlandığı toplumlarda yapılan araştırmalarda toplumsal olarak depresyon, kaygı ve stres seviyelerinin yükseldiği rapor edilmektedir. Pandeminin erken safhasında medya aracılığıyla uygunsuz iletişim yoluyla büyüyen risk algısı, finansal kayıplar, pandemi sürecinin belirsizliği, yüksek fatalite raporları, yetersiz kaynak sağlanması, toplumsal karantina önlemleri gibi etmenler olumsuz psikolojik süreçleri olgunlaştırmaktadır (Brooks et al., 2020; Leszcz, Maunder, & Hunter, 2020; Unwin et al., 2020)

Covid-19 pandemi sürecinde en büyük risk grubunda bulunan gruplar ise akut solunum rahatsızlığı bulunan çocuklar ve genç ergenler, kronik rahatsızlığı bulunan bireyler, immun sistem yetersizliği olan bireyler, yaşlılar ve salgın hastalık ile en ön safta mücadele eden sağlık çalışanları oluşturmaktadır (Abawi et al., 2020; Colkesen et al., 2020) Risk grubunda bulunan kişiler ile ilgili yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, yapılan çalışmalarda psikolojik sorunların sıklığı artmış olarak rapor edilmektedir.

2.2. Anksiyete ile ilgili genel bilgiler

2.2.1. Anksiyete tanımı

Anksiyete, halk arasında çoğu zaman 'kaygı' ve 'endişe' gibi kavramlar ile açıklanan, nedeni belli olmayan, bireylerin somatik tepkiler verdiği bir endişe halidir. Bireyler her an tetikte ve kötü bir şey olacakmış duygusunu taşımakta veya nedensiz bir endişe duyduklarını belirtmektedir. Hastalar sürekli tetikte ve oluşabilecek herhangi bir olumsuz koşula hazırlıklı olma eğilimindedirler. Anksiyete yaşayan bireylerde sürekli bir kaygı ve endişe hali vardır ve nedenini tam olarak ifade edemeseler de hayatlarını bu kaygı ve endişe halinin içerisinde sürdürmeye çalışmakta kararlıdırlar. Toplumlarda insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genel olarak yüksektir (Binbay et al., 2014)

Anksiyete ve korku kavramları çoğu zaman birbirleri ile karıştırılmaktadır; ancak aralarındaki en temel fark korku nedeni ve kaynağı belirlenmiş olan bir duruma karşı rasyonel bir tepki olarak betimlenirken, anksiyete de ise bu durum tam tersidir, bireyler endişe kaynaklarını, kaygılarının nedenlerini çoğu zaman kendileri dahil bilmezler. Anksiyetenin bilinç dışındaki etmenlerden kaynaklandığı kabul edilmektedir.

İnsanlık tarihinde Anksiyete kavramını ilk açıklayan isim Freud olmuştur, Freud 1914'de ilk anksiyete kuramında anksiyeteye cinsel doyumsuzluğun neden olduğunu savunmuştur. Freud'un ilk kuramında anksiyete gelecekle ilgili bir kavram olmasına rağmen, Anksiyetenin nedenleri olarak geçmiş dönemde yaşanan olumsuz veya yaşanması beklenirken yaşanmayan olaylar olarak tanımlamıştır. Fakat Freud ilk anksiyete kuramından 9 yıl sonra ikinci anksiyete kuramını paylaşmış ve bu kurama göre Freud 1923'de anksiyeteyi bir savunma mekanizması olarak ele almıştır. Freud'a göre anksiyete üç bölüme ayrılmaktaydı; (Tallis & ÖnerToy, 2003)

i. Nesnel anksiyete

Tehdit olarak algılanan durum, nesne veya koşul bireyin dışında ve kontrol edemediği konumda yer almaktadır. Bireyin dış dünya

koşulları tarafından zorlanması durumunda ortaya çıkan anksiyete durumudur.

ii. Nörotik anksiyete

Bireyin iç dünyasında yaşadığı çatışmalardan kaynaklanan anksiyete durumunu ifade etmektedir.

iii. Moral veya ahlaki anksiyete

Bireyin yaşadığı öfke, topluma ait olamama, güvensizlik gibi durumlardan kaynaklanan anksiyete durumudur.

Adler, bireylerin kendini ispatlama çabalarının yanıtız kalması durumunda Anksiyetenin oluştuğunu ifade etmektedir. Sullivan ise bireyin güvenliğine tehdit oluşturan soyut ya da somut, gerçek veya hayali tehditler sonucunda ortaya çıkan gerginlik yaşantılarını anksiyete olarak tanımlamaktadır (Yörükoğlu,2004).

Görüldüğü gibi birçok kuram Anksiyetenin neden ve sonuç ilişkisi ile ilgilenmektedir. Böyle bir durumda anksiyeteye neden olabilecek koşulların öğrenilmesinin önem taşıdığı genel kabul görmektedir.

2.2.2. Anksiyete nedenleri

Freud Anksiyetenin id ve egonun çatışması ve cinsel doyumsuzluktan kaynaklandığını savunmaktadır. Gerektiği kadar doyum sağlanamayan cinsel duyguların ilerleyen süreçte bireyde endişe ve kaygı halini aldığı belirtilmektedir (S. Freud, 1961)

Anksiyetenin nedenleri olarak; bireylerin sosyal bütünlüğüne, ruhsal durumlarına yada biyolojik durumlarına karşı olan tehditler, savunma mekanizmalarının etkisiz kalması, psikolojik dayanıklılığın azalması veya etkisiz kalması, baş edememe, özgüveni tehdit eden koşullar, ulaşılamayan veya ulaşılması güç olan ihtiyaçlar, uzun süreli hastalık durumları ve çevresel etmenler olarak sıralanabilir(Adler, 2004).

2.2.3. Yaygın anksiyete bozukluğu

Bireyin sürekli olarak iç sıkıntısı çekmesi, kötü bir şeyler olacaktıymış duygusu ve endişesine sahip olduğu durumdur. Bireyler kaygı ve endişe durumlarını kontrol etmekte zorlanırlar, bu nedenle kişilerin işlevselliğinin önemli derecede bozulmasına etki etmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011)

Belirli bir yere, organa, nesneye, düşünceye, ya da zorlantıya odaklanmamış, belirli bir devinimsel veya düşünsel içeriği olmayan, yaygın fizyolojik ve mental belirtiler ile yaşanan bir bozukluktur Kişi bunaltıyı sanki bir felaket olacaktıymış, kötü bir haber alacaktıymış gibi nedeni belli olmayan bir endişe duygusu, bir endişe sıkıntı olarak algılar ve tanımlar (Öztürk & Uluşahin, 2015). Yaygın anksiyete bozukluğu DSM V kriterlerine göre

Çizelge 2.1: Yaygın anksiyete bozukluğu DSM-V tanı ölçütleri

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder

(en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur);

a) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe

b) Kolay yorulma

c) Odaklanmada zorluk

d) Kolay kızma

e) Kaslarda gerginlik

f) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da

toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte

düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde bir ilaç) ya da

başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kaynak(Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013)

2.2.4. Anksiyetenin tedavisi

Anksiyete tedavisinde öncelikle, anksiyeteye nelerin sebep olduğu, kişinin hayatına ne ölçüde etki ettiği, yaşam kalitesini ne kadar etkilediği, aniden ortaya çıkıp çıkmadığı, şiddetli semptomların görülüp görülmediği, çevresel desteğin ne boyutta olduğu, bireyin farkındalık düzeyi gibi etmenlerin incelenmesi ve cevaplanması gerekmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

Beck, olumsuz ve istenilmeyen tutumları değiştirebilmek için, öncelikle yanlış anlaşılan ve buna neden olan düşünme sisteminin değiştirilmesi olumsuz ve istenilmeyen tutumların da değiştirilmesine olanak sağlayacağını belirtmiştir(Rector & Beck, 2001). Olumsuz ve istenilmeyen tutumlara sahip olan bireylere öncelikle bu tutumlara sahip olmalarına katkı sağlayan olumsuz, mantıksız ve gerçeklikten uzak olan düşünceleri bireylere göstererek farkındalık yaratma ve ilerleyen süreçte farkındalıklarına bağlı olarak kişilerin bu düşünce örgülerini değiştirmeye olanak sağlamaya çalışmaktır (Rector & Beck, 2001).

2.3. Stres ile ilgili genel bilgiler

2.3.1. Stres

Stres ile ilgili tanımlamalara bakıldığında bilim insanlarının belirli bir tanımlamada hemfikir olduklarını söylemek oldukça güçtür. 'Stres' terim olarak ilk kez fizik ile uğraşan bilim insanları tarafından kullanıldıysa da ruh sağlığı alanında ilk kez 19. Yüzyılda kullanılmıştır. Stres tanımlamalarında en yaygın olarak kullanılan McGrath'ın tanımına bakılacak olursa, stresin çevreden gelen taleplere organizmanın kaynaklarının cevap verememesi olarak tanımladığını görebiliriz (Jones et al., 2001).

Baltaş ve Baltas'a göre (2012) ise stres, ruhsal ve bedensel sınırların tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu durumda stres, bireylerin iyilik halini zorlayan, çevre ve kişi arasındaki etkileşimdir(Lazarus & Folkman, 1984).

Bir diğer yaygın kullanılan stres tanımına bakılacak olursa, iç ortamdan ve çevreden kaynaklanan etmenlerin birey tarafından tehdit veya zorlayıcı olarak algılanmasına bağlı olarak verdiği fizyolojik ve psikolojik tepkilerdir (Lazarus & Folkman, 1984)

(Selve, 1956) stresi dört başlık altında incelemiştir, bunlar fazla stres, yetersiz stres, iyi stres ve kötü strestir. Bireylerin amacının kötü stresi azaltırken iyi stresi arttırmak, fazla stres ve yetersiz stres seviyelerini ise dengelemek olması gerektiğini belirtmiştir (akt. Bardavit, 2007).

2.3.2. Algılanan stres

Stresi bir kavram olarak açıklamaya çalışan teoriler iki kategoriye ayrılır. Bunlardan(Lauras & SELVE, 1976) fizyolojik değişikliklere odaklanırken ve stresi "vücudun herhangi bir değişim talebine karşı spesifik olmayan tepkisi" olarak tanımlarken,(Lazarus & Folkman, 1984) stresin bilişsel kısımlarına odaklanır. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres, harici bir uyarı veya fizyolojik bir reaksiyon değildir; Lazarus ve Folkman'a göre stres kişi ve çevre arasındaki belirli bir ilişkidir ve insanlar bu ilişkiye bağlı olarak kişiler çevrelerinden algıladıkları stresörleri değerlendirirler. Bu değerlendirme süreci şunları içerir, birincil ve ikincil değerlendirmeler.

Birincil değerlendirme potansiyel zarar veya tehlike değerlendirilmesini içerirken, ikincil değerlendirme, kaynakların yeterli olup olmadığı ile ilgilidir.(Krohne, 2002). Üç tür stres vardır bunlar zarar verme, tehdit ve meydan okumadır, bu üç tür stres de birincil ve ikincil değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984). Zarar, yaralanma veya ölüm gibi halihazırda gerçekleşmiş hasarı içerir. Tehdit, henüz hasar gerçekleşmeden gerçekleşme ihtimalinin tahmini olumsuz sonuçlara yol açabileceği durumlarda ortaya çıkarken. Meydan okuma ise bireyin kontrol edebildiği durumlar konusunda kendini güvende hissettiği zaman oluşması açısından zarar ve tehlide göre farklıdır. Zarar geçmiş deneyimlerle ilgili olsa da tehdit ve meydan okumanın kontrast biçimde değerlendirme süreçleri şimdiki zaman ve gelecekle ilgilidir.

2.4. İlgili araştırmalar

Çin'in Wuhan eyaletinde Aralık 2019 da ilk görüldüğünden beri yeni tip corona virüs geniş kitleler üzerinde etkili olmuş, sağlık sistemini ve sağlık çalışanlarının toplum için önemini bir kez daha göz önüne sermiştir. Pandemi sürecinde kullanılacak olan tıbbi ekipmanlar, hastanelerin fiziki koşulları yeterli olsa dahi yeterli iş gücü bulunmadan pandemi sürecindeki zorlukları aşmakta faydası olmayacaktır(Q. Chen et al., 2020; Lai et al., 2020; Zhang et al., 2020). Böyle bir durumda sağlık çalışanlarına düşen sorumluluk her zamankinden fazla olmaktadır. Sağlık çalışanları pandemi süresince sadece bedenen değil psikolojik olarak oluşabilecek olumsuz faktörlere karşı da büyük risk grubunda gözükmektedir.

Covid-19 pandemisinin erken dönemlerinde başta Çin'in Wuhan eyaleti olmak üzere diğer kentlerde de toplam 34 hastanede yapılan ve 1257 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmada, katılımcıların (%50,4, n=634) depresyon belirtileri, (%44,6, n=560) anksiyete belirtileri, (%34,0, n=427) insomnia belirtileri ve (%71,5, n=899) stres seviyelerinin yüksekliği ile karakterize olmuştur (Lai et al., 2020). Bu durumdan yola çıkarak sağlık çalışanlarının yoğun bir ruhsal bozulma tehdidi altında olduğunu anlayabilmekteyiz. Sağlık çalışanlarının sıklıkla etkisi altında kaldığı etmenler olarak yeterince koruyucu ekipmana erişememe, yetkili kişilerle iletişimde sorun yaşama, öz ve aile ihtiyaçlarını

karşılayamamama, finansal kayıplar, aile bireyleriyle ayrılma, pandemi ile ilgili yeterince bilgi ve eğitim almama gibi etmenler bu süreçte sağlık çalışanlarının psikolojik yıpranmasına katkı sağlayan başlıca etmenler olarak gözükmemektedir (Shanafelt, Ripp, & Trockel, 2020)

SARS pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının stres seviyesini belirlemek amacıyla halka açık hastanelerin acil bölümünde çalışan toplam 466 doktor, hemşire ve hasta bakıcıların katıldığı SARS döneminde geliştirilen 18 soruluk 11 maddelik likert tipi anketin uygulandığı çalışmada. Katılımcıların stres puan ortalamaları 10 üzerinden 6.19 olduğu, hemşirelerin doktora ve hasta bakıcılara oranla daha yüksek stres seviyelerinin bulunduğu belirtilmiştir (Wong et al., 2005).

2003 yılında SARS salgını sırasında Hong Kong'da üç hastanede ön hizmette çalışan sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada, katılımcıların %68'inin yüksek stres yaşadığı, %57'sinin ise kötü stres (distres) yaşadığı belirtilmiştir (Tam, Pang, Lam, & Chiu, 2004)

Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının stres, anksiyete ve depresyon boyutlarını belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmalar ile ilgili yapılan meta analiz çalışmasında toplam katılımcı sayısı 9074 olan 5 çalışmada yüksek stres oranı %29,6 iken, örneklem büyüklüğü 63439 olan 17 çalışmada sağlık çalışanlarında yüksek anksiyete seviyesi görülme oranı %31,9 ve örneklem büyüklüğü 44,531 kişiden oluşan 14 çalışmada depresyon prevalansı %33,7 olarak görülmüştür (Salari, 2020).

İtalya'da yapılan 2766 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada, Covid-19 sürecinde katılımcıların demografik özellikleri ile anksiyete, stres ve depresyon seviyeleri lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve kadınların erkeklere oranla daha yüksek seviyelerde stres, depresyon ve anksiyete gösterdiği, katılımcıların enfekte bir tanıdığına olması hem depresyon hem de stres düzeylerinin artmasıyla ilişkilendirilirken, stresli durumlar ve tıbbi sorunlar öyküsü bulunanlar daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiştir. Son olarak, enfekte bir aile üyesine sahip olanlar ve ikametgahlarının dışında çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanlarında daha yüksek düzeyde kaygı ve stres seviyeleri olduğu belirlenmiştir (Mazza et al., 2020).

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1 Araştırma Modeli

Yapılan araştırma değişkenler arası farka bakılması ve risk gruplarının belirlenmesini sağlayan nitel ilişkisel tarama modelidir ve katılımcılardan nitel veriler toplanmıştır. Tarama modeli bir olayın yada konunun örneklem veya evren üzerindeki araştırmalarının tamamen kendi koşullarında betimlenmesidir (TOPKAYA, 2013).

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde covid-19 virüs salgını ile ilişkilendirilmiş triyaj, poliklinik ve servislerde görev almakta olan (n=650) sağlık çalışanı (hekim, hemşire ve hasta bakıcılar) oluşturmaktadır. Örneklem %95 güven düzeyi %5 güven aralığı dikkate alınarak, toplam 650 kişi arasında Sars salgını döneminde yapılmış olan çalışmalar göz önüne alınarak %35 yaygınlıkta anksiyete görülebileceği düşünülerek örneklem büyüklüğü (n=220) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1.

Sosyodemografik bilgilere ilişkin analiz sonuçları (n=220)

Demografik Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (: \bar{x} 32,84±6,85)		
20-29 yaş	85	38,6
30-39 yaş	96	43,6
40-49 yaş	38	17,3

50 yaş ve üzeri	1	0,5
	220	100
Cinsiyet		
Kadın	109	49,5
Erkek	111	51,5
	220	100,0
Medeni Durum		
Evli	105	47,7
Bekar	115	52,3
	220	100,0
Meslek		
Doktor	93	42,3
Hemşire	78	35,5
Hasta Bakıcı	37	16,8
Psikolog/Sosyal çalışmacı	12	5,5
	220	100,0
Sigara kullanımı		
Evet	85	38,6
Hayır	135	61,4
	220	100,0

Sigara günlük tüketim miktarı

1 – 10 adet	7	3,2
11 -20 adet	23	10,5
21 -30 adet	53	24,1
31 ve daha fazla	4	1,8
	84	39,5

Kronik rahatsızlığınız var mı

Var	45	20,5
Yok	175	79,5
	220	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların (%49,55, n=109) kadın, (%50,5, n=111)'ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 22 ile 62 arasında değişmekte (M=32,845, SD = 6,85) Katılımcıların çoğunluğu doktorlardır (%42,3, n=93), hemşire olan katılımcılar (%35,5, n=78), Hasta bakıcılar (%16,8, n=37) ve son olarak psikolog ve sosyal çalışmacı olan katılımcılar (%5,5, n=12). Evlilik durumuna bakılacak olursa katılımcıların çoğunluğunu bekar (%52,3, n=115) oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunun kronik bir rahatsızlığı bulunmamaktadır (%79,5, n=175). Katılımcıların çoğunluğu sigara kullanmıyor (%61,4, n=135) , kullananların çoğunluğu ise günde 21-30 adet sigara kullandığını (%60,9, n=53) belirtmiştir

Tablo 2.*Katılımcıların kimler ile yaşadığına dair bilgiler.*

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evde Kaç Kişi Yaşıyor		
1 kişi	75	34,1
2 kişi	37	16,8
3 kişi	64	29,1
4 kişi	27	12,3
5 ve daha fazla kişi	17	7,7
	220	100,0
Kim ya da kimlerle yaşıyorsunuz		
Yalnız	74	33,6
Çekirdek Aile	105	47,7
Büyük Aile	24	10,9
Arkadaş	16	7,3
Diğer	1	0,5
	220	100,0
Evde 65 yaş üzeri birey var mı		
Var	37	16,8
Yok	183	83,2

	220	100,0
18 yaş altı çocuk var mı		
Var	71	32,3
Yok	149	67,7
	220	100,0
18 yaş altı çocuğunuza kim bakıyor		
Bakıcı	26	11,8
Eşim/Partnerim	13	5,9
Ben	9	4,1
Aile Büyükleri	21	9,5
	69	31,4
Evde bakıma ihtiyacı olan birey var mı		
Evet bana tam bağımlı	15	6,8
Evet bana yarım bağımlı	31	14,1
Hayır	174	79,1
Covid-19 sürecinde nerede konaklıyorsunuz		
Kendi evimde	161	73,2
Tek başıma ayrı evde	16	7,3
Başka bir arkadaşım ile ayrı evde	31	14,1
Otel, misafirhane v.b	12	5,5

220 100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların (%47,7, n=105) çekirdek ailesi ile yaşadığını belirtirken, katılımcıların ikincil çoğunluğu yalnız yaşadığını belirtmiştir (%33,6, n=74). Aileleri ile yaşayan katılımcıların (%16,8, n=37) evlerinde 65 yaş üzeri bireyin olduğunu ve (%32,3, n=71) evlerinde 18 yaş altı çocuklarının olduğunu belirtmektedir. Araştırmaya katılan ve evlerinde 18 yaş altı çocuklarının olduğunu belirten katılımcılardan (%37,7, n=26)'sı çocuklarına bakıcının baktığını, ikincil çoğunluk olarak ise aile büyüklerinin baktığını (%30,4, n=21) belirtmişlerdir. Covid-19 triyaj ve servislerinde çalışırken katılımcıların çoğunluğu (%73,2, n=161) kendi evinde konakladığını belirtmiştir

Tablo 3.

Katılımcıların Ekonomik durumlarına ilişkin bilgiler.

	Yüzde(%)	Sayı(n)
Covid-19 Salgınından önce gelir		
2500 – 4999 tl arası	63	28,6
5000 – 9999 tl arası	106	48,2
10000 tl ve üzeri	51	23,2
	220	100,0
Covid-19 salgınından sonra gelir durumu		
Az miktarda azaldı	18	8,2
Belirgin miktarda azaldı	43	19,5
Değişiklik olmadı	129	58,6

Arttı	30	13,6
	220	100,0

. Katılımcılara Covid-19 salgınından önceki aile gelir durumu sorulduğunda çoğunluğu (%48,2, n=106) gelirlerinin 5000-9999 türk lirası arasında olduğunu belirtirken, salgın döneminde katılımcıların çoğunluğu (%58,6, n=129) gelir durumlarında değişiklik olmadığını belirtmektedir.

Tablo 4.

Covid-19 salgınında katılımcıların çalışma koşulları.

	Sayı (n)	Yüzde(%)
Haftada kaç saat çalışıyorsunuz		
0 -24 saat	27	12,3
25 –48 saat	35	15,9
49 -72 saat	154	70,0
73 veya daha fazla	4	1,8
	220	100,0
Koruyucu ekipmana erişim		
İstediğim an erişebiliyorum	23	10,5
Sınırlı sayıda yeterli	135	61,4
Erişebiliyorum ama yeterli değil	61	27,7
Erişimim yok	1	0,5

	220	100,0
İhtiyaçların karşılanması		
Evet ihtiyaçlarım karşılanıyor	20	9,1
Bir kısmı karşılanıyor	160	72,7
Karşılanmıyor	40	18,2
	220	100,0
Yetkililer ile iletişim		
İstediğim an ulaşabiliyorum	35	15,9
Gerektiğinde benimle iletişime geçiyorlar	104	47,3
Sadece alınan kararları aktarıyorlar	81	36,8
	220	100,0
Yetkililer ile iletişimde söz sahibi olma		
Evet	19	8,6
Bazı konularda	59	26,8
Hayır	142	64,5
	220	100,0
Covid-19 ile ilgili eğitim		
Evet aldım	39	17,7
Hayır almadım	181	82,3
	220	100,0
Alınan eğitim nitelikli mi		
Evet	28	11,8
Hayır	25	11,4

51

23,2

Katılımcıların çoğunluğu (%70, n=154) Covid-19 triyaj ve servislerinde haftada 49-72 saat aralığında çalıştıklarını belirtmişlerdir..

Katılımcıların (%61,4, n=135) sınırlı sayıda koruyucu ekipmana erişebildiklerini, ancak erişebildikleri ekipmanın yeterli olduğunu belirtmiştir. Ancak çalıştıkları ortamda yemek, içecek, dinlenme alanı, vb. ihtiyaçları sorulduğunda katılımcıların çoğunluğu (%72,7, n=160) ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabildiklerini ifade etmişlerdir.

Yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişimlerine değinildiğinde katılımcıların büyük bir kısmı (%47,3, n=104) karar koyucuların gerektiğinde kendileri ile iletişime geçtiklerini belirtirken, aynı zamanda katılımcılara ne kadar söz sahibi oldukları sorulduğunda çoğunluğu (%64,5, n=142) söz sahibi olduklarını düşünmediklerini ifade etmektedir.

Katılımcılara söz konu yeni bir hastalık olduğundan dolayı bu konuda ek bir eğitim alıp almadıkları sorulduğunda, katılımcıların çoğunluğu (%82,3, n=181) bu konuda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda eğitim alanların arasında alınan eğitimi yararlı bulanlar (%51,0, n=26) ve yararlı bulmayanların (%49,0, n=25) yararlı bulma oranları ise birbirine son derece yakın görülmüştür.

Tablo 5.

Katılımcıların Covid-19 ile ilgili bilgileri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Covid-19 belirtileri yaşadınız mı		
Evet	103	46,8
Hayır	117	53,2
	220	100,0

Covid-19 testine tabi tutuldunuz mu

Evet, pozitif	85	38,6
Evet, negatif	51	23,2
Hayır	84	38,2
	220	100,0

Ailenizden ya da yakınlarınızdan tanı alan

Hayır olmadı	39	17,7
Evet ailemden oldu	48	21,8
Evet yakın çevremden oldu	133	60,5
	220	100,0

Katılımcıların (%53,2, n=117) Covid-19 belirtisi yaşamadığını ifade etmiştir. Ancak Covid-19 testine tabi tutulmayan (%38,2, n=84) ve test sonucu pozitif olan (%38,6, n=85) değerleri birbirine oldukça yakındır. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğu (%60,5, n=133) yakın çevresinden covid-19 tanısı alan/lar olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 6.

Covid-19 salgınının katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Salgından psikolojik etkilinim		
Çok fazla	74	33,6
Biraz	127	57,7

Hiç	19	8,6
	220	100,0
Psikolojik yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz		
Evet	120	54,5
Hayır	100	45,5
	220	100,0
Ruhsal yardım sunan profesyonellere erişim		
İstedğim zaman	31	14,1
Sınırlı zamanlarda	78	35,5
Ulaşamıyorum	30	13,6
	139	63,2

Covid-19 pandemisi nedeni ile psikolojik olarak etkilenme oranlarında katılımcıların çoğunluğu (%57,7, n=127) 'biraz' etkilendiğini belirtmiştir. Ancak ruhsal sağlık hizmeti veren profesyonellere ihtiyaç duyanlar (%54,5, n=120) olduğu görülmüştür. Aynı zamanda profesyonellere ihtiyaç duyanların çoğunluğu (%56,1, n=78) sınırlı zamanlarda profesyonellere ulaşabildiğini belirtmektedir.

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu kişilerin yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, mesleğini, sağlık durumlarını, evde kimlerle yaşadığı, kaç kişi yaşadığı, evde 65 yaş bireyin olup olmadığı, 18 yaş altı çocuklarının olup olmadığı, varsa çocuğa kimin baktığı, birlikte yaşadıkları bakıma muhtaç bireyin var olup olmadığı, ailenin Covid*19 salgınından önceki gelir durumu, pandemi sürecinde gelir seviyelerinin etkilenip etkilenmediği, çalışma koşullarının nasıl olduğu, haftada kaç saat çalıştıkları, çalışma alanında ihtiyaçlarını ne düzeyde karşılayabildikleri, koruyucu ekipmana erişimlerinin ne düzeyde olduğu, yetkililer

ile iletişim düzeyleri, karar alınırken söz sahibi olup olmadıkları, sigara kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorlarsa ne kadar kullandıkları, Covid-19 pandemi sürecinden ne düzeyde etkilendikleri şeklinde araştırmaya katkı sağlayacağı düşünülen 38 adet çoktan seçmeli ve açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği (.BAÖ)

Aaron Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkmen tarafından 1998 yılında yapılmış iç tutarlılık oranı 0,93 madde toplam güvenilirlik testi ise 0,2 ile 0,72 arasında hesaplanmıştır. Ulusoy ölçeğin ilk geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüştür (test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0,57$). Çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda anksiyete derecelendirme ve tedavi izleme çalışmalarında güvenli kullanılabileceğini belirtilmiştir (Ulusoy vd., 1998) Beck Anksiyete Ölçeği bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. 21 maddeden oluşan ölçek 0-3 arası puanlanan likert tipi bir kendini değerlendirme envanteridir. Toplam puanın yüksekliği veya alçaklığı kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını göstermektedir.

3.3.3 Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck, ve Mermelstein, tarafından 1983'de geliştirilmiş, Yerlikaya ve İnanç tarafından 2007'de ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış iç tutarlılık puanı 0.82 test tekrar test güvenilirlik kat sayıları ise 0,88 olarak hesaplanmıştır. Algılanan stres ölçeği kişilerin hayatlarında karşılaştıkları durumları ne derece stresli olarak algıladıklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 10 maddeden oluşan ölçek 0-4 arası puanlanan beşli likert tipi bir kendini değerlendirme envanteridir, 4,5,7,8 maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puanın yüksekliği kişinin karşılaştığı durumlarda algıladığı stresin yüksek olduğunu göstermektedir

3.4. Veri toplama süreci

Yapılan araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Komisyonundan alınan izinden sonra, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu aracılığı ile alınan izinler doğrultusunda, 2020 yılı Haziran ve Ağustos tarihleri arasında katılımcı grubu ile uygulamalara başlanmıştır. Uygulamalar Covid-19 bulaş riskini azaltmak adına Google forms aracılığı ile sanal ortamda yürütülmüştür. Öncesinde katılımcılara yazılı olarak bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmış, sonrasında uygulamaya başlanmıştır.

Araştırmanın amaçları hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü ve iş birliği yapılan kurum, formların içeriği, alınacak bilgilerini gizli tutulacağı ve araştırmada hiç bir şartta kimlik bilgilerinin yer almayacağı, uygulama başladıktan sonra da vazgeçebilecekleri ve vazgeçmeleri noktasında araştırmaya dahil olmayacakları, araştırma sonuçlarının hangi kurumlar ile paylaşılacağı, araştırmaya katılımları sonrasında olabilecek herhangi bir rahatsızlık durumunda yardım alabilecekleri kişiler hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı olarak onamları alındıktan sonra uygulamalara başlanmıştır. Katılımcılara; araştırmaya katılımında gönüllülük esası aranacağı belirtilmiş ve herhangi bir teşvik verilmeyeceği yazılı olarak belirtilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Yapılan araştırma sonucunda, yapılacak olan testlere karar verilmeden önce ölçeklerin dağılımının normallik varsayımını karşılaması gerekmektedir. Bu sebepten ölçeklerin ve alt ölçeklerin normal dağılımı olup olmadığını öğrenmek adına Kolmogorov Simirnov testine başvurulmuştur. Bu testin anlamlılığını ölçmek için kurulan hipotezler ise genel olarak “ölçekler normal dağılım göstermektedir” şeklindedir. Bu hipoteze göre p anlamlılık değeri $p=0,05$ 'den büyük olursa hipotez ve ölçeklerin normal dağıldığı kabul edilir, küçük olursa hipotez kabul edilmez. Buna göre Kolmogorov Simirnov normallik testinin sonuçları Tablo 7 ve Tablo 8'de gösterilmiş ve istatistiksel olarak yorumlanmıştır.

Tablo 7.

Beck Anksiyete Ölçeğinin alt ölçeklerine yönelik Kolmogorov-Simirnov normallik testinin sonuçları.

	İstatistik	sd	P
Beck Anksiyete Envanteri ortalaması	,079	220	,002
Subjektif Kaygı	,086	220	,000
Somatik Semptomlar	,117	220	,000

Kolmogorov-Simirnov testi sonuçlarına göre p değeri 0,05 anlamlılık düzeyinden küçük olması nedeni ile veriler normal dağılım göstermemektedir. Buna göre Beck Anksiyete Ölçeği ile yapılacak olan testler nonparametrik testler olacaktır (Tablo 7' e bakınız).

Tablo 8.

Algılanan Stres Ölçeğinin toplam puanları ve ortalamalarına yönelik Kolmogorov-Simirnov normallik testinin sonuçları.

	İstatistik	sd	P
Algılanan stres ölçeği ortalama puan	,104	220	,000
Algılanan stres ölçeği toplam puan	,113	220	,000

Kolmogorov-Simirnov testi sonuçlarına göre p değeri 0,05 anlamlılık düzeyinden küçük olması nedeni ile veriler normal dağılım göstermemektedir. Buna göre Algılanan Stres Ölçeği ile yapılacak olan testler nonparametrik testler olacaktır (Tablo 8' e bakınız).

Tablo 9.

Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeğinden aldıkları ortalama, alt ve üst değerler.

DEĞER	\bar{x}	ALT DEĞER	ÜST
Beck Anksiyete Ölçeği	19,25	0,00	50,00
Algılanan Stres Ölçeği	24,9	0,00	40,00

Yapılan araştırma kapsamında veriler normal dağılım göstermediğinden verilerin düzeyleri iki düzey olduğunda t-test karşılaştırma testi yerine alternatif testi Mann-Whitney U, verilerin düzeyleri iki düzeyden fazla olduğunda; ANOVA karşılaştırma testi yerine alternatif testi Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır, ayrıca aritmetik ortalama yerine sıra ortalamaları kullanılmıştır. Kruskal Wallis testinde

anlamli çikan sıra ortalamalarının hangi değişkenden kaynaklandığını öğrenmek amacıyla, kullanılabilecek özel bir test bulunmadığından Mann-Withney U analizinden yararlanılmıştır.

Tablo 10.

Cinsiyete göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Cinsiyet	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	Z	U	P
BAÖ	Kadın	109	1,02	0,56	123,01			
	Erkek	111	0,82	0,64	98,22	-2,89	4686	,004*
		220						
Subjektif Kaygı	Kadın	109	1,16	0,62	122,73			
	Erkek	111	0,93	0,67	98,49	-2,82	4716	,005*
		220						
Somatik Belirtiler	Kadın	109	0,79	0,52	122,61			
	Erkek	111	0,63	0,64	98,6	-2,8	4729	,005*
		220						
ASÖ	Kadın	109	2,7	0,83	124,59			
	Erkek	111	2,29	0,96	96,67	-3,25	10730	,001*
		220						

*P≤ 0,05

Cinsiyete göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 10 da listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kadınların erkeklere göre daha

fazla BAÖ (U=4886, p= 0,004), BAÖ'nin alt boyutu olan sübjektif kaygı (U=4716, p=0,005), BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=4729, p=0,005), ve ASÖ (U=10730, p=0,001) belirtilere sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11.

Meslek gruplarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları

	Meslek	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	X2	df	P
BAE	Doktor	93	0,57	0,47	73,53			
	Hemşire	78	1,13	0,51	134,97	78,96	3	,000**
	Hasta bakıcı	37	1,5	0,54	167,2			
	Psikolog	12	0,46	0,37	63,13			
		220						
Subjektif Kaygı	Doktor	93	0,68	0,54	74,57			
	Hemşire	78	1,26	0,54	133,46	75,37	3	,000**
	Hasta bakıcı	37	1,65	0,53	167,19			
	Psikolog	12	0,57	0,42	64,96			
		220						
Somatik Belirtiler	Doktor	93	0,39	0,39	74,74			
	Hemşire	78	0,91	0,52	135,93	73,71	3	,000**
	Hasta bakıcı	37	1,24	0,62	162,31			
	Psikolog	12	0,29	0,34	62,58			
		220						
ASÖ	Doktor	93	20,19	9,2	78,44			
	Hemşire	78	28,12	7,47	132,7	55,1	3	,000**
	Hasta bakıcı	37	31,22	6,13	155,42			
	Psikolog	12	21,17	6,34	76,21			
		220						

**P≤0,01

Tablo 11’de katılımcıların meslek grubu açısından ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Meslek gruplarına göre ölçek puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda meslek gruplarına göre BAÖ ($p<0,05$), sübjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi meslek grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında hasta bakıcı meslek grubuna sahip katılımcıların sıra ortalama puanları, doktor, hemşire ve psikologlara göre daha yüksektir, sübjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında hasta bakıcıların sıra ortalama puanları doktor, hemşire ve psikologlara göre daha yüksek, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında hasta bakıcı meslek grubuna sahip katılımcıların sıra ortalama puanları, doktor, hemşire ve psikologlara göre daha yüksektir, ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında hasta bakıcı meslek grubuna sahip katılımcıların sıra ortalama puanları, doktor ve psikologlara göre daha yüksektir, ancak hemşirelerle aralarında istatistiksel bir anlamlı fark gözükmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12.

Medeni duruma göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Medeni Durum	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Z	U	P
BAÖ	Evli	105	1,05	0,61	123,99			
	Bekar	115	0,8	0,59	98,18	-3,005	4621	0,003*
Subjektif Kaygı	Evli	105	1,19	0,66	124,12			
	Bekar	115	0,91	0,63	98,07	-3,035	4607	0,002*

Somatik Belirtiler	Evli	105	0,81	0,6	122,39			
	Bekar	115	0,62	0,57	99,64	-2,65	4789	0,008*
		220						
ASÖ	Evli	105	25,79	8,95	116,94			
	Bekar	115	24,1	9,32	104,62	-1,43	5361	0,151
		220						

*P≤0,05

Medeni duruma göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 12 de listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan evlilerin bekarlara göre daha fazla BAÖ (U=4621, p= 0,003), BAÖ'nin alt boyutu olan sübjektif kaygı (U=4607, p=0,002) ve BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=4789, p=0,008) belirtilere sahip olduğu tespit edilmiştir. ASÖ sıralı ortalama puanlarının ise katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel anlamlı ortalaması bulunamamıştır (p >0,05), [U=5361, p=0,151].

Tablo 13.

Evde kaç kişi yaşadığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Evde Kaç Kişi Yaşıyor	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	X2	df	P
BAÖ	1	75	0,66	0,49	83,69			
	2	37	0,69	0,54	86,68			
	3	64	1,04	0,63	123,26	46,114	4	,000**
	4	27	1,32	0,56	150,61			
	5 ve daha fazla	17	1,47	0,42	168,88			
		220						
	1	75	0,76	0,53	82,99			
	2	37	0,77	0,56	84,24			

Subjektif								
Kaygı	3	64	1,17	0,66	122,97	51,632	4	,000**
	4	27	1,51	0,58	154,78			
	5 ve daha fazla	17	1,67	0,42	171,74			
		220						
	1	75	0,5	0,46	87,91			
	2	37	0,55	0,53	92,85			
Somatik								
Belirtiler	3	64	0,81	0,61	121,29	30,741	4	,000**
	4	27	1,01	0,64	140,65			
	5 ve daha fazla	17	1,15	0,5	160,06			
		220						
	1	75	22,55	9,41	93,02			
	2	37	20,35	8,55	78,68			
ASÖ	3	64	27,05	8,74	126,27	37,619	4	,000**
	4	27	27,48	6,82	124,81			
	5 ve daha fazla	17	33,12	4,9	174,79			
		220						

**P≤0,01

Tablo 13’de katılımcıların evde kaç kişi yaşadıkları açısından ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Evde kaç kişi yaşadıklarına göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda evde kaç kişi yaşadıklarına göre BAÖ (p<0,05), subjektif kaygı (p<0,05), somatik belirtiler (p<0,05) ve ASÖ (p<0,05) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın evde kaç kişi yaşadıklarına göre olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında evde 5 ve daha fazla kişi ile yaşayan katılımcıların sıra ortalama puanları, evde 1 kişi yaşayanlar (p<0,05), 2 kişi yaşayanlar (p<0,05), ve 3 kişi yaşayanlara (p<0,05) göre daha yüksektir, ancak evde 5 ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ile evde 4 kişi yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05), subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında evde 1 kişi yaşayanlar (p<0,05), 2 kişi yaşayanlar (p<0,05), ve 3 kişi yaşayanlara (p<0,05) göre daha yüksektir, ancak evde 5 ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ile evde 4 kişi

yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$), somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında evde 1 kişi yaşayanlar ($p<0,05$), 2 kişi yaşayanlar ($p<0,05$), ve 3 kişi yaşayanlara ($p<0,05$) göre daha yüksektir, ancak evde 5 ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ile evde 4 kişi yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$), ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ise evde 1 kişi yaşayanlar ($p<0,05$), 2 kişi yaşayanlar ($p<0,05$), ve 3 kişi yaşayanlara ($p<0,05$) göre daha yüksektir, ancak evde 5 ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ile evde 4 kişi yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$),

Tablo 14.

Katılımcıların evde kimlerle yaşadığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Kimlerle yaşıyor	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	X2	df	P
BAÖ	Yalnız	74	0,66	0,49	83,64			
	Çekirdek Aile	105	0,99	0,64	117,65			
	Büyük Aile	24	1,35	0,51	155,52	29,991	4	,000**
	Arkadaş	16	1,06	0,58	126,5			
	Diğer	1	0,05		11			
		220						
Subjektif Kaygı	Yalnız	74	0,76	0,53	82,95			
	Çekirdek Aile	105	1,11	0,67	116,2			
	Büyük Aile	24	1,58	0,52	162,83	34,602	4	,000**
	Arkadaş	16	1,22	0,63	128,16			
	Diğer	1	0,08		12			
		220						
Somatik Belirtiler	Yalnız	74	0,5	0,47	87,82			
	Çekirdek Aile	105	0,79	0,62	119			
	Büyük Aile	24	0,98	0,61	138,79	18,865	4	,000**

	Arkadaş	16	0,8	0,56	122,94		
	Diğer	1	0		18,5		
		220					
	Yalnız	74	22,36	9,34	91,53		
	Çekirdek Aile	105	25,39	9,12	114,08	20,637	4 ,000**
ASÖ	Büyük Aile	24	30,2	6,09	156,65		
	Arkadaş	16	24,94	8,57	109,63		
	Diğer	1	18		44,5		
		220					

**P≤0,01

Tablo 14’de katılımcıların evde kimlerle yaşadıkları açısından ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Evde kimlerle yaşadıklarına göre ölçek puan ortalaması karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda evde kimlerle yaşadıklarına göre BAÖ (p<0,05), subjektif kaygı (p<0,05), somatik belirtiler (p<0,05) ve ASÖ (p<0,05) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın evde kimlerle yaşadığına göre olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında evde büyük aile ile yaşayan katılımcıların sıra ortalamaları, evde yalnız yaşayanlar (p<0,05) ve çekirdek ailesi ile yaşayanlara (p<0,05), göre daha yüksektir, ancak evde büyük aile ile yaşayanlar ile evde arkadaşı ile yaşayanlar ve diğer kişilerle yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05), subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında evde büyük aile ile yaşayan katılımcıların sıra ortalamaları, evde yalnız yaşayanlar (p<0,05) ve çekirdek ailesi ile yaşayanlara (p<0,05), göre daha yüksektir, ancak evde büyük aile ile yaşayanlar ile evde arkadaşı ile yaşayanlar ve diğer kişilerle yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05), somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında evde büyük aile ile yaşayan katılımcıların sıra ortalamaları, evde yalnız yaşayanlar (p<0,05) ve çekirdek ailesi ile yaşayanlara (p<0,05), göre daha yüksektir, ancak evde büyük aile ile yaşayanlar ile evde arkadaşı ile yaşayanlar ve diğer kişilerle yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır

($p>0,05$), ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ise evde büyük aile ile yaşayan katılımcıların sıra ortalama puanları, evde yalnız yaşayanlar ($p<0,05$) ve çekirdek ailesi ile yaşayanlara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak evde büyük aile ile yaşayanlar ile evde arkadaşı ile yaşayanlar ve diğer kişilerle yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15.

Katılımcıların evlerinde 65 yaş ve üzeri birey olmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve subjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Evde 65 yaş	N	\bar{x}	SS	Sıra		U	P
					Ort.	Z		
BAÖ	Var	37	1,34	0,59	152,26			
						-4,377	1840,5	,000**
	Yok	183	0,83	0,58	102,06			
		220						
Subjektif Kaygı	Var	37	1,53	0,59	156,93			
						-4,869	1667,5	,000**
	Yok	183	0,95	0,62	101,11			
		220						
Somatik Belirtiler	Var	37	1,01	0,66	139,97			
						-3,101	2295	0,002**
	Yok	183	0,65	0,55	104,54			
		220						
ASÖ	Var	37	30,62	7,29	156,18			
						-4,791	1695	,000**
	Yok	183	23,75	9,08	101,27			
		220						

** $P\leq 0,01$

Katılımcıların evlerinde 65 yaş üzeri birey olmasına göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 12 de listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan evlerinde 65 yaş üzeri birey olanların, olmayanlara göre daha fazla BAÖ (U=1840,5, p= 0,000), BAÖ'nin alt boyutu olan sübjektif kaygı (U=1667,5, p=0,000) ve BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=2295, p=0,002) ve ASÖ (U=1695, p=0,000) puana sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 16.

Katılımcıların evlerinde 18 yaş altı çocuk olmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Evde 18 yaş altı	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	Z	U	P
BAÖ	Var	71	1,25	0,59	144,7	-5,503	2861,5	,000**
	Yok	149	0,76	0,56	94,2			
Subjektif Kaygı	Var	71	1,41	0,62	145,58	-5,647	2799	,000**
	Yok	149	0,87	0,6	93,79			
Somatik Belirtiler	Var	71	0,98	0,61	139,69	-4,715	3217	,000**
	Yok	149	0,58	0,53	96,59			
ASÖ	Var	71	28,7	7,74	137,24	-4,306	3391	,000**
	Yok	149	23,1	9,25	97,76			
		220						

**P≤0,01

Katılımcıların evlerinde 18 yaş altında çocuk olmasına göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 12 de listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan evlerinde 18 yaş altı çocukları olanların, olmayanlara göre daha fazla BAÖ (U=2861,5, p= 0,000), BAÖ'nin alt boyutu olan sübjektif kaygı (U=279, p=0,000)

ve BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=3217, p=0,000) ve ASÖ (U=3391, p=0,000) puana sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17.

Katılımcıların evlerinde 18 yaş altı çocuk olması durumunda çocukların kim tarafından bakıldığına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Kim Bakıyor	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	X ²	df	P
BAÖ	Bakıcı	26	1,15	0,58	31,13	1,622	3	0,654
	Eşim	13	1,33	0,71	37,54			
	Ben	9	1,29	0,52	35,78			
	Aile Büyükleri	21	1,41	0,48	37,88			
Subjektif Kaygı		69						
	Bakıcı	26	1,28	0,61	30,04	3,352	3	0,34
	Eşim	13	1,44	0,71	35,81			
	Ben	9	1,45	0,59	34,72			
Aile Büyükleri	21	1,63	0,48	40,76				
Somatik Belirtiler		69						
	Bakıcı	26	0,56	0,56	32,4	1,055	3	0,788
	Eşim	13	0,74	0,74	38,85			
	Ben	9	0,47	0,47	37,44			
Aile Büyükleri	21	0,6	0,6	34,79				
ASÖ		69						
	Bakıcı	26	26,85	7,88	29,1	7,86	3	0,049
	Eşim	13	26,69	9,5	29,77			
	Ben	9	31,44	5,1	37,94			
Aile Büyükleri	21	31,95	5,93	44,29				

Tablo 17'de katılımcıların 18 yaş altı çocuklarına kim tarafından bakıldığı açısından ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Evde kimlerle yaşadıklarına göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda 18 yaş altı çocuklarına kim tarafından bakıldığına göre BAÖ (p>0,05), sübjektif kaygı (p>0,05), somatik belirtiler (p>0,05) puan

ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. ASÖ ($p<0,05$) sonuçlarında anlamlı fark görülmüştür. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında çocuklarına aile büyüklerinin baktığını belirten katılımcıların bakıcı ($p<0,05$), eş ($p<0,05$) ve kendisi bakan ($p<0,05$) katılımcılara oranla ASÖ sıra ortalama puanları daha yüksektir.

Tablo 18.

Katılımcıların evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Bakıma ihtiyaç	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	X2	df	P
BAÖ	Evet tam bağımlı	15	1,21	0,69	139,6			
	Evet yarım bağımlı	31	1,2	0,62	138,68	11,653	2	0,003*
	Hayır	174 220	0,84	0,58	102,97			
Subjektif Kaygı	Evet tam bağımlı	15	1,38	0,77	140,37			
	Evet yarım bağımlı	31	1,34	0,61	139,97	12,594	2	0,002*
	Hayır	174 220	0,96	0,63	102,68			
Somatik Belirtiler	Evet tam bağımlı	15	0,94	0,63	134,93			
	Evet yarım bağımlı	31	0,96	0,7	132,61	7,583	2	0,023*
	Hayır	174 220	0,65	0,55	104,45			
ASÖ	Evet tam bağımlı	15	27,07	9,09	123,2			
	Evet yarım bağımlı	31	26,42	8,36	122,1	2,059	2	0,357
	Hayır	174 220	24,45	9,3	107,34			

* $P\leq 0,05$

Tablo 17’de katılımcıların evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. evlerinde bakıma

ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır Analiz sonucunda evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre BAÖ ($p<0,05$), sübjektif kaygı ($p<0,05$) ve somatik belirtiler ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur Ancak ASÖ sıra ortalama puanlarının evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey var mı; olması durumunda bakıma ihtiyaç duyan bireylerin ne kadar bakıma ihtiyaç duyduğuna göre karşılaştırma testi uygulandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0,005$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında tam bağımlı bakıma ihtiyaç duyan bireylerle birlikte yaşaya katılımcıların sıra ortalama puanları, yarı bağımlı insanlarla beraber yaşayanlara ($p<0,05$) ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerle yaşamayanlara ($p<0,05$) göre daha yüksektir.

Tablo 19.

Katılımcıların Covid-19 pandemisi öncesi ailesel aylık kazançlarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Aylık Gelir	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	X2	df	P
BAÖ	2500-4999	63	1,23	0,59	142,02			
	5000-99999	106	0,87	0,6	105,48	26,341	2	,000**
	10000 üzeri	51	0,64	0,5	82,01			
		220						
Subjektif Kaygı	2500-4999	63	1,37	0,6	142,04			
	5000-99999	106	0,99	0,64	105,5	26,434	2	,000**
	10000 üzeri	51	0,75	0,59	81,93			

		220						
	2500-4999	63	0,99	0,62	139,41			
Somatik								
Belirtiler	5000-99999	106	0,66	0,57	105,65	22,063	2	,000**
	10000 üzeri	51	0,46	0,42	84,87			
		220						
	2500-4999	63	28,1	7,63	131,03			
ASÖ	5000-99999	106	24,93	9,22	111,06	15,454	2	,000**
	10000 üzeri	51	20,92	9,37	83,97			
		220						

**P≤0,01

Tablo 19'da katılımcıların Covid-19 pandemisi öncesi ailesel aylık kazançlarına göre ölçek puan sıralı ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 pandemisi öncesi ailesel aylık kazançlarına göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda kazanç gruplarına göre BAÖ ($p<0,05$), sübjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi kazanç grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında aylık 2500-4999 tl kazanca sahip katılımcıların sıra ortalamaları, 5000-9999tl kazanca sahip katılımcılara ($p<0,005$) ve 10000 tl ve üzeri kazancı olan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, sübjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında aylık 2500-4999 tl kazanca sahip katılımcıların sıra ortalamaları, 5000-9999tl kazanca sahip katılımcılara ($p<0,005$) ve 10000 tl ve üzeri kazancı olan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında aylık 2500-4999 tl kazanca sahip katılımcıların sıra ortalamaları, 5000-9999tl kazanca sahip katılımcılara ($p<0,005$) ve 10000 tl ve üzeri kazancı olan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, ASÖ sıra ortalamalarına aylık 2500-4999 tl kazanca sahip katılımcıların sıra ortalamaları, 5000-9999tl kazanca sahip katılımcılara ($p<0,005$) ve 10000 tl ve üzeri kazancı olan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir.

		220						
	Az miktarda							
	azaldı	18	24,83	5,83	103,61			
	Belirgin							
	miktarda							
ASÖ	azaldı	43	27,81	8,31	129,94	14,862	3	0,002**
	Değişiklik							
	olmadı	129	25,38	8,81	113,65			
	Arttı	30	18,77	10,88	73,22			
		220						

**P≤0,01

Tablo 20’de katılımcıların Covid-19 pandemisi sonrası ailesel aylık kazanç değişimlerine göre ölçek puan sıralı ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 pandemisi sonrası ailesel aylık kazanç değişimlerine göre ölçek puan ortalamaya karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda meslek gruplarına göre BAÖ ($p<0,05$), sübjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi kazanç değişimi grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında aylık kazancının belirli miktarda azaldığını belirten katılımcıların sıra ortalamaları, aylık kazancının arttığını belirten katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, Diğer değişim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,005$), sübjektif kaygı sıra ortalamalarına aylık kazancının belirli miktarda azaldığını belirten katılımcıların sıra ortalamaları, aylık kazancının arttığını belirten katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, Diğer değişim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,005$), somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında aylık kazancının belirli miktarda azaldığını belirten katılımcıların sıra ortalamaları, aylık kazancının arttığını belirten katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, Diğer değişim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,005$), ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında aylık kazancının belirli miktarda azaldığını belirten katılımcıların sıra ortalamaları, aylık kazancının arttığını belirten katılımcılara ($p<0,005$) göre daha

yüksektir, Diğer değişim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,005$).

Tablo 21.

Katılımcıların kronik rahatsızlığının bulunmasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

		Evde 18 yaş altı	N	\bar{x}	SS	Sıra		
						Ort.	Z	U
BAÖ	Var	71	1,25	0,59	144,7			
	Yok	149	0,76	0,56	94,2	-5,503	2861,5	0,000**
		220						
Subjektif Kaygı	Var	71	1,41	0,62	145,58			
	Yok	149	0,87	0,6	93,79	-5,647	2799	0,000**
		220						
Somatik Belirtiler	Var	71	0,98	0,61	139,69			
	Yok	149	0,58	0,53	96,59	-4,715	3217	0,000**
		220						
ASÖ	Var	71	28,7	7,74	137,24			
	Yok	149	23,1	9,25	97,76	-4,306	3391	0,000**
		220						

**P≤0,01

Katılımcıların kronik rahatsızlık sahibi olmalarına göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 21 de listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kronik rahatsızlığı bulunan kişiler ile, olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark görülmemiştir), [U=3428, p=0,181], [U=3437, p=0,188], [U=3489, p=0,237], [U=3806,5, p=0,731]

Tablo 22.

Katılımcıların Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Hafta/Saat	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	X2	df	P
BAÖ	0-24 saat	27	0,49	0,1	63,35			
	25-48 saat	35	0,71	0,08	90,6	24,856	3	,000**
	49-72 saat	154	1,03	0,05	122,36			
	73 ve fazla	4	1,21	0,22	146,13			
		220						
Subjektif Kaygı	0-24 saat	27	0,56	0,58	61,52			
	25-48 saat	35	0,85	0,55	92,41	25,384	3	,000**
	49-72 saat	154	1,17	0,64	122,27			
	73 ve fazla	4	1,37	0,38	146,38			
		220						
Somatik Belirtiler	0-24 saat	27	0,38	0,45	71,39			
	25-48 saat	35	0,5	0,43	88,31	20,311	3	0,014**
	49-72 saat	154	0,81	0,61	121,55			
	73 ve fazla	4	0,97	0,57	143,25			
		220						
ASÖ	0-24 saat	27	19,96	4,51	66,26			
	25-48 saat	35	21,14	9,08	86,26	24,691	3	0,002**
	49-72 saat	154	26,57	9,3	123,43			
	73 ve fazla	4	27,25	8,62	123,38			
		220						

**P≤0,01

Tablo 22’de katılımcıların Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre BAÖ ($p<0,05$), sübjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın haftada kaç saat çalışmaya göre olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında haftada 49-72 saat çalışan katılımcıların sıra ortalamaları, haftada 0-24 saat çalışan ($p<0,05$) ve 25-48 saat çalışan katılımcılara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak 73 saat ve daha fazla çalışanlar ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, sübjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında haftada 49-72 saat çalışan katılımcıların sıra ortalamaları, haftada 0-24 saat çalışan ($p<0,05$) ve 25-48 saat çalışan katılımcılara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak 73 saat ve daha fazla çalışanlar ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında haftada 49-72 saat çalışan katılımcıların sıra ortalamaları, haftada 0-24 saat çalışan ($p<0,05$) ve 25-48 saat çalışan katılımcılara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak 73 saat ve daha fazla çalışanlar ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ise haftada 49-72 saat çalışan katılımcıların sıra ortalamaları, haftada 0-24 saat çalışan ($p<0,05$) ve 25-48 saat çalışan katılımcılara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak 73 saat ve daha fazla çalışanlar ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 23.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde nerede konakladıklarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

						Sıra		
Konaklama		N	\bar{x}	SS	Ort.	X2	df	P
BAÖ	Kendi Evi	161	0,92	0,62	110,9			
	Tek başına ayrı ev	16	0,57	0,45	75	6,839	3	0,077
	Arkadaşla başka ev	31	0,98	0,55	118,44			
	Otel misafirhane	12	1,14	0,71	132			
		220						
Subjektif Kaygı	Kendi Evi	161	1,05	0,67	110,89			
	Tek başına ayrı ev	16	0,68	0,46	76,06	6,373	3	0,095
	Arkadaşla başka ev	31	1,12	0,58	118,5			
	Otel misafirhane	12	1,26	0,78	130,5			
		220						
Somatik Belirtiler	Kendi Evi	161	0,71	0,6	110,67			
	Tek başına ayrı ev	16	0,4	0,47	73,56	7,833	3	0,06
	Arkadaşla başka ev	31	0,77	0,54	119,1			
	Otel misafirhane	12	0,94	0,63	135,25			
		220						
	Kendi Evi	161	24,45	9,17	106,8			

ASÖ	Tek başına ayrı							
	ev	16	23,19	8,57	96,03	5,353	3	0,148
	Arkadaşla başka							
	ev	31	27,45	8,98	130,95			
	Otel							
	misafirhane	12	26,83	9,9	126,63			
		220						

Tablo 23’de katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde nerede konakladıkları açısından ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Nerede konakladıklarına göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde nerede konakladıklarına göre BAÖ ($p>0,05$), subjektif kaygı ($p>0,05$), somatik belirtiler ($p>0,05$) ve ASÖ ($p>0,05$) puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 24.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde hastalık şüphesi yaşamalarına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve subjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Covid şüphesi	N	\bar{x}	SS	Sıra			
					Ort.	Z	U	P
BAÖ	Evet	103	1,18	0,6	137,41	-5,886	3253,5	,000**
	Hayır	117	0,69	0,66	86,81			
		220						
Subjektif Kaygı	Evet	103	1,31	0,65	136,58	-5,706	3339,5	,000**
	Hayır	117	0,81	0,68	87,54			
		220						
Somatik Belirtiler	Evet	103	0,96	0,56	136,57	-5,724	3340	,000**
	Hayır	117	0,49	0,68	87,55			

		220						
	Evet	103	27,41	9,28	128,78	-4	4143	,000**
ASÖ	Hayır	117	22,71	8,75	94,41			
		220						

**P≤0,01

Katılımcıların pandemi sürecinde hastalık şüphesi yaşamalarına göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 24 de listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan pandemi sürecinde hastalık şüphesi yaşayanların, yaşamayanlara göre daha fazla BAÖ (U=3253,5, p= 0,000), BAÖ'nin alt boyutu olan sübjektif kaygı (U=3339,5, p=0,000) ve BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=3340, p=0,000) ve ASÖ (U=4143, p=0,000) puana sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 25.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde ailesinden yada yakın çevresinden tanı almasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

	Tanı	N	\bar{x}	SS	Sıra Ort.	X2	df	P
BAÖ	Hayır olmadı	39	0,51	0,52	66,15			
	Ailemden oldu	48	1,28	0,67	144,95	33,024	2	,000**
	Yakın çevremden	133	0,91	0,53	111,07			
		220						
	Hayır olmadı	39	0,61	0,6	67,03			

Subjektif Kaygı	Ailemden oldu	48	1,41	0,69	144,09	31,622	2	,000*
	Yakın çevremden	133	1,04	0,58	111,12			
		220						
Somatik Belirtiler	Hayır olmadı	39	0,35	0,44	68,1			
	Ailemden oldu	48	1,05	0,7	142,74	29,882	2	,000**
	Yakın çevremden	133	0,69	0,51	111,3			
		220						
ASÖ	Hayır olmadı	39	20,59	6,77	74,68			
	Ailemden oldu	48	27,17	8,71	127,75	16,511	2	,000**
	Yakın çevremden	133	25,36	9,57	114,78			
		220						

**P≤0,01

Tablo 25’de katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde ailesinden veya yakınlarından hastalık tanısı almasına göre ölçek puan sıralı ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 pandemi sürecinde ailesinden veya yakınlarından hastalık tanısı almasına göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda tanı almalarına göre BAÖ (p<0,05), subjektif kaygı (p<0,05), somatik belirtiler (p<0,05) ve ASÖ (p<0,05) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi tanı alma grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ailesinden tanı almış olan katılımcıların sıra ortalama puanları, yakın çevresinden tanı almış olan katılımcılara (p<0,005) ve ailesinden ve yakın çevresinden tanı almış kişi olmayan katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir, subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında ailesinden tanı almış olan katılımcıların sıra ortalama puanları, yakın çevresinden tanı almış olan katılımcılara (p<0,005) ve ailesinden ve yakın çevresinden tanı almış kişi olmayan katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında ailesinden tanı almış olan katılımcıların sıra

ortalama puanları, yakın çevresinden tanı almış olan katılımcılara ($p<0,005$) ve ailesinden ve yakın çevresinden tanı almış kişi olmayan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, ASÖ sıra ortalamaları incelendiğinde ailesinden tanı almış olan katılımcıların sıra ortalama puanları, yakın çevresinden tanı almış olan katılımcılara ($p<0,005$) ve ailesinden ve yakın çevresinden tanı almış kişi olmayan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir.

Tablo 26.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

		Ekipmana			Sıra				
		Erişim	N	\bar{x}	SS	Ort.	X2	df	P
BAÖ	Tam Erişim	23	0,4	0,45	52,63				
	Sınırlı,								
	Yeterli	135	0,82	0,54	102,8	44,208	3	,000**	
	Sınırlı,								
	Yetersiz	61	1,29	0,59	147,81				
	Erişim yok	1	1,74	0,24	205,5				
		220							
Subjektif Kaygı	Tam Erişim	23	0,49	0,52	52,78				
	Sınırlı,								
	Yeterli	135	0,95	0,58	102,93	43,416	3	,000**	
	Sınırlı,								
	Yetersiz	61	1,44	0,63	147,62				
	Erişim yok	1	1,77	0,22	195,5				
		220							
Somatik Belirtiler	Tam Erişim	23	0,27	0,37	57,78				
	Sınırlı,								
	Yeterli	135	0,62	0,52	102,97	38,791	3	,000**	

	Sınırlı,							
	Yetersiz	61	1,05	0,61	145,4			
	Erişim yok	1	1,69	0,27	210,5			
		220						
	Tam Erişim	23	17,09	7,64	57,22			
	Sınırlı,							
ASÖ	Yeterli	135	23,53	8,95	100,01	48,122	3	,000**
	Sınırlı,							
	Yetersiz	61	30,84	6,65	153,81			
	Erişim yok	1	23	2,83	109,5			
		220						

**P≤0,01

Tablo 26’da katılımcıların Covid-19 çalışma sürecinde koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışma sürecinde koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda çalışma sürecinde koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre BAÖ (p<0,05), subjektif kaygı (p<0,05), somatik belirtiler (p<0,05) ve ASÖ (p<0,05) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın koruyucu ekipmana erişim düzeyine göre nasıl olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında sınırlı sayıda ancak yeterli ekipmana erişen katılımcıların sıra ortalamaları, istediği zaman koruyucu ekipmana ulaşabilen katılımcılara (p<0,05) ve sınırlı sayıda ancak yetersiz ekipmana ulaşabilen katılımcılara (p<0,05), göre daha yüksektir, ancak koruyucu ekipmana erişimi bulunmayan katılımcılarla (p>0,005) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında istediği zaman koruyucu ekipmana ulaşabilen katılımcılara (p<0,05) ve sınırlı sayıda ancak yetersiz ekipmana ulaşabilen katılımcılara (p<0,05), göre daha yüksektir, ancak koruyucu ekipmana erişimi bulunmayan katılımcılarla (p>0,005) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında istediği zaman koruyucu ekipmana ulaşabilen katılımcılara (p<0,05) ve sınırlı sayıda ancak yetersiz ekipmana ulaşabilen katılımcılara

($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak koruyucu ekipmana erişimi bulunmayan katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ise istediği zaman koruyucu ekipmana ulaşabilen katılımcılara ($p<0,05$) ve sınırlı sayıda ancak yetersiz ekipmana ulaşabilen katılımcılara ($p<0,05$), göre daha yüksektir, ancak koruyucu ekipmana erişimi bulunmayan katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır

Tablo 27.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca ihtiyaçlarını karşılama düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve subjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

		İhtiyaç Karşılama	N	\bar{x}	SS	Sıra			P
						Ort.	X2	df	
	Evet		20	0,26	0,33	37,45			
BAÖ	Kısmen		160	0,91	0,56	110,93	38,351	2	,000**
	Hayır		40	1,28	0,65	145,33			
			220						
Subjektif Kaygı	Evet		20	0,32	0,41	37,9			
	Kısmen		160	1,05	0,6	111,37	36,74	2	,000**
	Hayır		40	1,4	0,67	143,33			
			220						
Somatik Belirtiler	Evet		20	0,15	0,22	43,55			
	Kısmen		160	0,69	0,54	109,75	35,574	2	,000**
	Hayır		40	1,08	0,66	146,98			
			220						
ASÖ	Evet		20	14,85	8,03	46,8			
	Kısmen		160	25,25	8,75	112,18	26,434	2	,000**
	Hayır		40	28,58	7,84	135,64			
			220						

** $P\leq 0,01$

Tablo 27’de katılımcıların Covid-19 çalışma sürecinde ihtiyaçlarının karşılanma düzeyine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışma sürecinde ihtiyaçlarının karşılanma düzeyine göre puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda çalışma sürecinde ihtiyaçlarının karşılanma düzeyine göre BAÖ ($p<0,05$), subjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın ihtiyaçlarının karşılanma düzeyine göre nasıl olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ihtiyaçlarını karşılayamadığını belirten katılımcıların sıra ortalama puanları, ihtiyaçlarını tamamen karşılayabilen katılımcılara ($p<0,05$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, ancak ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabilen katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında ihtiyaçlarını karşılayamadığını belirten katılımcıların sıra ortalama puanları, ihtiyaçlarını tamamen karşılayabilen katılımcılara ($p<0,05$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, ancak ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabilen katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında ihtiyaçlarını karşılayamadığını belirten katılımcıların sıra ortalama puanları, ihtiyaçlarını tamamen karşılayabilen katılımcılara ($p<0,05$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, ancak ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabilen katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, ASÖ sıra ortalamalarına bakıldığında ihtiyaçlarını karşılayamadığını belirten katılımcıların sıra ortalama puanları, ihtiyaçlarını tamamen karşılayabilen katılımcılara ($p<0,05$) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, ancak ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabilen katılımcılarla ($p>0,005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo28.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca yetkili ve karar koyucular ile iletişim düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve subjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

					Sıra			
Yetkili iletişim		N	\bar{x}	SS	Ort.	X2	df	P
	Evet	35	0,52	0,51	66,86			
BAÖ	Kısmen	104	0,86	0,55	106,3	28,688	2	,000**
	Hayır	81	1,16	0,62	134,75			
		220						
Subjektif Kaygı	Evet	35	0,63	0,61	69,34			
	Kısmen	104	1	0,61	106,48	25,61	2	,000**
	Hayır	81	1,28	0,63	133,44			
		220						
Somatik Belirtiler	Evet	35	0,33	0,38	66,59			
	Kısmen	104	0,64	0,51	105,85	29,898	2	,000**
	Hayır	81	0,96	0,65	135,44			
		220						
ASÖ	Evet	35	17,83	8,03	8,03			
	Kısmen	104	24,56	8,75	9,19	31,914	2	,000**
	Hayır	81	28,42	7,84	7,68			
		220						

**P≤0,01

Tablo 28’de katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişim düzeyine göre ölçek puan sıralı ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 pandemi sürecinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişim düzeyine göre ölçek puan ortalama karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda iletişim düzeylerine göre BAÖ ($p<0,05$), subjektif kaygı ($p<0,05$), somatik belirtiler ($p<0,05$) ve ASÖ ($p<0,05$) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi iletişim düzeyi grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim kuramayan katılımcıların sıra ortalama puanları, yetkililerle sürekli iletişimi olan katılımcılara ($p<0,005$) ve yetkililerle sınırlı iletişimi bulunan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim kuramayan katılımcıların sıra

ortalama puanları, yetkililerle sürekli iletişimi olan katılımcılara ($p<0,005$) ve yetkililerle sınırlı iletişimi bulunan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, somatik belirtiler sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim kuramayan katılımcıların sıra ortalama puanları, yetkililerle sürekli iletişimi olan katılımcılara ($p<0,005$) ve yetkililerle sınırlı iletişimi bulunan katılımcılara ($p<0,005$) göre daha yüksektir, ASÖ sıra ortalamaları incelendiğinde yetkililerle iletişim kuramayan katılımcıların sıra ortalama puanları, yetkililerle sürekli iletişimi olan katılımcılara ($p<0,005$) ve yetkililerle sınırlı iletişimi bulunan katılımcılara

Tablo 29.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde çalıştığı süre boyunca yetkili ve karar koyucular ile iletişimde karar alma düzeyine göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve subjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmaları.

				Sıra				
	Yetkili iletişim	N	\bar{x}	SS	Ort.	X2	df	P
BAÖ	Evet	19	0,44	0,43	58,76			
	Kısmen	59	0,71	0,5	89,66	27,405	2	,000**
	Hayır	142	1,07	0,62	126,08			
		220						
Subjektif Kaygı	Evet	19	0,53	0,52	60,13			
	Kısmen	59	0,84	0,58	90,47	25,732	2	,000**
	Hayır	142	1,2	0,64	125,56			
		220						
Somatik Belirtiler	Evet	19	0,28	0,33	61,79			
	Kısmen	59	0,5	0,42	89,68	25,715	2	,000**
	Hayır	142	0,85	0,62	125,67			
		220						
	Evet	19	16,47	9,14	58,87			

ASÖ	Kısmen	59	22,08	8,08	87,42	29,865	2	,000**
	Hayır	142	27,21	8,64	127			
		220						

**P≤0,01

Tablo 29'da katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişimde karar alma düzeyine göre ölçek puan sıralı ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Covid-19 pandemi sürecinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişimde karar alma düzeyine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırmaları Kruskal Wallis analizi ile yapılmıştır. Analiz sonucunda karar alma düzeylerine göre BAÖ (p<0,05), subjektif kaygı (p<0,05), somatik belirtiler (p<0,05) ve ASÖ (p<0,05) puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Bu farkın hangi iletişim düzeyi grupları arasında olduğunu incelemek için Mann-Whitney U testine başvurulmuştur. Mann-Whitney U analizinin sonuçlarına göre BAÖ sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim de karar almada payı olmadığını düşünen katılımcıların sıra ortalamaları, yetkililerle sürekli iletişimde karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) ve yetkililerle iletişimde sınırlı konularda karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir, subjektif kaygı sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim de karar almada payı olmadığını düşünen katılımcıların sıra ortalamaları, yetkililerle sürekli iletişimde karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) ve yetkililerle iletişimde sınırlı konularda karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir, somatik belirtilerin sıra ortalamalarına bakıldığında yetkililerle iletişim de karar almada payı olmadığını düşünen katılımcıların sıra ortalamaları, yetkililerle sürekli iletişimde karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) ve yetkililerle iletişimde sınırlı konularda karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir, ASÖ sıra ortalamaları incelendiğinde yetkililerle iletişim de karar almada payı olmadığını düşünen katılımcıların sıra ortalamaları, yetkililerle sürekli iletişimde karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) ve yetkililerle iletişimde sınırlı konularda karar alma payı olduğunu düşünen katılımcılara (p<0,005) göre daha yüksektir.

Tablo 30.

Katılımcıların Covid-19 pandemi sürecinde hastalık ile ilgili ek eğitim alıp almamasına göre BAÖ, ASÖ, somatik belirtiler ve sübjektif kaygı belirtileri sıra ortalamalarının karşılaştırmalar.

	Eğitim	N		SS	Sıra Ort.	Z	U	P
BAÖ	Evet	39	0,73	0,54	90,82	-2,129	2762	0,033*
	Hayır	181	0,96	0,62	114,74			
		220						
Subjektif Kaygı	Evet	39	0,86	0,61	93,18	-1,875	2854	0,061
	Hayır	181	1,08	0,66	114,23			
		220						
Somatik Belirtiler	Evet	39	0,5	0,5	87,77	-2,469	2643	0,014*
	Hayır	181	0,76	0,6	115,4			
		220						
ASÖ	Evet	39	22,33	11,53	99,58	-1,183	3103,5	0,237
	Hayır	181	25,46	8,5	112,85			
		220						

*P≤0,05

Katılımcıların pandemi sürecinde hastalık ile ilgili ek eğitim almalarına göre BAÖ, sübjektif kaygı belirtileri, somatik belirtiler ve ASÖ sıra ortalamaları Mann Withney U testi ile analizi yapılmış ve tablo 30'da listelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan pandemi sürecinde hastalık ile ilgili ek eğitim alanların sıralı ortalama puanları, almayanlara göre daha düşük BAÖ (U=2762, p= 0,033), BAÖ'nin alt boyutu olan somatik belirtiler (U=2643, p=0,014) puana sahip olduğu tespit edilmiştir. Subjektif kaygı (U=2854, p=0,061) ve ASÖ (U=3103,5, p= 0,237) sıralı ortalama puanlarında eğitim alanlar ile eğitim almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

Tablo 31.

BAÖ, Subjektif Kaygı, Somatik Belirti ve ASÖ ölçeklerinin Spearman Rho korelasyon ilişkisi.

Spearman Rho ilişkisi		BAÖ	Subjektif Kaygı	Somatik Belirti	ASÖ
BAÖ	r		0,986***	0,950***	0,750***
	p		,000	,000	,000
Subjektif Kaygı	r			0,887	0,758***
	p				,000
Somatik Belirti	r				0,680***
ASÖ	p				,000

Tablo 31’de BAÖ, ve BAÖ’nün alt ölçekleri olan subjektif kaygı, somatik belirti ve ASÖ’nün puanları arasındaki ilişkiye ait Spearman Rho analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Buna göre;

- i. BAÖ ve BAÖ’nün alt boyutu subjektif kaygı ($r=0,986$; $p<0,01$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- ii. BAÖ ve BAÖ’nün alt boyutu somatik belirti ($r=0,950$; $p<0,01$) puanları arasında anlamlı pozitif yönlü tespit edilmiştir.
- iii. BAÖ ile ASÖ ($r=0,750$; $p<0,001$) puanları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir.
- iv. Subjektif kaygı ve somatik belirtiler ($r=0,887$; $p<0,01$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- v. Subjektif kaygı ve ASÖ ($r=0,758$; $p<0,01$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- vi. Somatik belirtiler ve ASÖ ($r=0,680$; $p<0,01$) puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 32.

Beck Anksiyete Ölçeğinin, demografik değişkenleri yordamasına yönelik lojistik regresyon analizi bulguları.

	ODDS	%95 Güven		P
		Alt	Üst	
Cinsiyet	-0,099	-0,248	0,006	0,062
Meslek	0,031	-0,065	0,107	0,625
Medeni durum	-0,091	-0,305	0,083	0,259
Evde kaç kişi yaşıyor	0,173	-0,032	0,197	0,159
Kim ya da kimler ile yaşıyor	-0,027	-0,12	0,082	0,713
Evde 65 yaş ve üzeri aile bireyi var mı?	-0,043	-0,295	0,155	0,542
18 yaş altı çocuklarınız var mı?	-0,092	-0,34	0,101	0,285
Bakıma ihtiyacı olan birey	-0,061	-0,193	0,065	0,331
Ailenin aylık geliri	-0,256*	-0,338	-0,096	0,000
Aylık gelir durumunda değişiklik	0,118*	0,003	0,181	0,042
Haftada kaç saat görev	0,031	-0,085	0,138	0,641
Covid-19 şüphesi	-0,224*	-0,405	-0,143	0,000
Covid-19 tanısı alan oldu mu?	0,046	-0,058	0,131	0,449
Koruyucu ekipmana erişim	0,166*	0,044	0,287	0,008
İhtiyaçlar karşılanıyor mu?	0,19*	0,086	0,365	0,002
Sabit	1,38*			0,022

*P≤0,05

Araştırmanın amacına yönelik kurulan modelde lojistik regresyon analizinde değişkenlerin anlamlılık oranlarına bakıldığında ailenin covid-19 pandemisinden önceki aylık gelirinin, anksiyete seviyesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir (p=0,000). Covid-19 pandemisinden önceki ailenin aylık gelirindeki 1 birim artış, anksiyete seviyesinde 0,256 azalmaya neden olmaktadır. Ailenin Covid-19 pandemisinden sonra aylık gelirindeki değişimin anksiyete seviyesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir (p=0,042). Covid-19 pandemisinden sonra ailenin gelirindeki 1 birim azalma, anksiyete seviyesinin 0,118 artmasına neden olmaktadır. Bu durumda ailenin ekonomik olarak pandemi sürecinden etkilenmesinin bireylerin anksiyete seviyeleri üzerinde artışa sebep olduğu söylenebilir.

Covid-19 şüphesi ve belirtisi yaşanmasının ile anksiyete seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir ($p=0,000$). Covid-19 şüphesi ve belirtisi yaşanmasındaki 1 birim artış, anksiyete seviyeleri üzerinde 0,224 azalmaya neden olmaktadır. Çalışma koşullarında koruyucu ekipmana erişimin, anksiyete seviyeleri üzerindeki etkiye bakıldığında anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir ($p=0,008$). Çalışma koşullarında koruyucu ekipmana ulaşımdaki 1 birim artış, anksiyete seviyesinin 0,166 artmasına neden olmaktadır. Çalışma koşullarında ihtiyaçların karşılanmasının anksiyete seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu söylenebilir ($p=0,002$). Çalışma koşullarında ihtiyaçların karşılanmasındaki 1 birim artış, anksiyete seviyesinin 0,19 artmasına neden olmaktadır.

Tablo 33.

Algılanan Stres Ölçeğinin, Demografik Değişkenleri Yordamasına Yönelik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.

	ODDS	%95 Güven		P
		Alt	Üst	
Cinsiyet	-0,174*	-0,535	-0,1	0,004
Meslek	0,08	-0,065	0,23	0,27
Medeni durum	0,087	-0,172	0,492	0,343
Evde kaç kişi yaşıyor	0,096	-0,128	0,265	0,492
Kim ya da kimler ile yaşıyor	-0,056	-0,232	0,115	0,506
Evde 65 yaş ve üzeri aile bireyi var mı?	-0,107	-0,646	0,124	0,183
18 yaş altı çocuklarınız var mı?	-0,17	-0,709	0,046	0,085
Bakıma ihtiyacı olan birey	0,056	-0,133	0,31	0,431
Ailenin aylık geliri	-0,097	-0,33	0,084	0,242
Aylık gelir durumunda değişiklik	-0,017	-0,172	0,133	0,8
Haftada kaç saat görev	0,046	-0,133	0,25	0,546
Covid-19 şüphesi	-0,113	-0,43	0,018	0,071

Covid-19 tanısı alan oldu mu?	0,067	-0,083	0,241	0,335
Koruyucu ekipmana erişim	0,194*	0,082	0,498	0,007
İhtiyaçlar karşılanıyor mu?	0,119	-0,028	0,451	0,083
Sabit	2,62*			0,011

*P≤0,05

Araştırmanın amacına yönelik kurulan modelde lojistik regresyon analizinde değişkenlerin anlamlılık oranlarına bakıldığında cinsiyetin, algılanan stres seviyelerinin üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir (p=0,004). Cinsiyet değişkeni 1 birim arttığında, algılanan stres seviyesinin üzerindeki etki 0,174 birim azalmaktadır. Bu durumda araştırmaya katılan kadın katılımcıların artması algılanan stres üzerinde negatif etkiye sahiptir diyebiliriz. Koruyucu ekipmana erişimin, algılanan stres seviyesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu söylenebilir (p=0,007). Koruyucu ekipmana erişim 1 birim arttığında, algılanan stres seviyesinin 0,194 birim artmasına neden olmaktadır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan araştırma; Covid-19 pandemi sürecinde Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete ve algılanan stres seviyelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde çalışan 22 ve 62 yaşları arasında 220 sağlık çalışanından sağlanan veriler ile oluşturulmuş ve elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Covid-19 pandemisinin 2019 yılının son aylarında ortaya çıkması ve üzerinden yeterli zaman geçmemesinden dolayı sağlık çalışanlarının covid-19 sürecindeki ruhsal durumunu inceleyen geniş ölçüde araştırmalar bulunmamaktadır. Bu duruma pandemi sürecinin çok yeni olması, hastalığa neden olan virüsün yeni tanınması, sağlık çalışanlarının çok yoğun çalışması, sağlık çalışanlarına bulaş riskinden dolayı ulaşılamaması gibi ve daha sayamadığımız koşulların neden olduğu düşünülebilir. Covid-19 pandemisinden en başta etkilenen gruptan biri olan sağlık çalışanları ile ilgili az sayıda çalışma olması bu araştırmanın önemini arttırmaktadır. Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar incelendiğinde bulaş riski göze çarpmaktadır, dolayısı ile yapılan araştırmalar genellikle sanal ortamda oluşturulan formlar ile toplanmaktadır. Tüm bulgular incelendiğinde yapılacak olan en doğru çalışma pandemi sürecinde pandemi koşullarında çalışan sağlık çalışanlarına sanal ortamda düzenlenen formların sunulması ve bulguların toplanmasıdır.

2013'te yapılan bir çalışmada Chen ve arkadaşları pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarına her zamankinden fazla ihtiyaç duyulduğunu, hangi görevde olursa olsun sağlık çalışanlarının yoğun risk ve sık mesai saatleri ile elverişsiz çalışma koşullarında çalışmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir(K.-Y. Chen et al., 2013). Örneğin Avrupa'da yapılan çalışmalarda, Avrupa'da sağlık çalışanları tüm COVID-19 vakalarının önemli bir bölümünü oluşturduğu belirtilmiştir. İtalya'da sağlık çalışanları mart ayı başlarında vakaların%8'ini oluşturuyordu ancak Nisan sonunda %10,5'e yükseldi. Yarısından fazlası Lombardiya bölgesi

ve kuzey İtalya'dan olmak üzere, hemşire ve ebe olan personeller (%43,2); sağlık görevlileri (%9,9); hastane doktorları (%19); ve pratisyen hekimler (%0,8) tanı almışlardı (İSS,2020). İspanya'da, Avrupa hastalık önleme ve kontrol merkezi tarafından doğrulanmış verilere göre COVID-19 enfeksiyonlarının tahmini %26'sı sağlık çalışanlarında olmuştur (ECDC;2020). Hollanda'dan taranan hastane personelinin bir raporunda hastane personelinin %6,4'ün COVID-19 pozitif olduğunu belirtilmiştir(Kluytmans-van den Bergh et al., 2020)

Yapılan araştırmada katılımcıların demografik özellikleri ile BAÖ ve ASÖ puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre kadınların anksiyete ve algılanan stres seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Yapılan literatür taramasında ise Mazza ve arkadaşlarının italya'da yaptıkları araştırma bulgularında Covid-19 pandemisi sürecinde kadınların stres, anksiyete ve depresyon seviyelerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Mazza et al., 2020).

Meslek grupları arasındaki anksiyete ve stres seviyeleri arasındaki farka bakıldığında yapılan araştırmada hasta bakıcıların anksiyete ve stres seviyelerinin hemşireler hariç diğer meslek gruplarına oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiş ancak yapılan literatür taramasında SARS virüs salgını döneminde Wong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin doktor ve hasta bakıcılara oranla daha yüksek bulunduğu görülmüştür (Wong, 2005). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli olan katılımcıların anksiyete seviyeleri bekar olan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülmüş ancak algılanan stres seviyeleri üzerinde anlamlı fark görülmemiştir. Evde kaç kişi yaşadıkları durumunda ise katılımcılardan evde 4 ve üzeri birey ile yaşayanların anksiyete ve stres seviyeleri üç ve daha az kişiyle yaşayanlara oranla yüksek, evinde 65 yaş üzeri birey bulunanlar ve 18 yaş altı çocukları oranların anksiyete ve stres seviyeleri olmayanlara oranla yüksek bulunmuştur. Mazza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bulguların farklı olmadığı görülmüş, evli ve çocuklarıyla kalabalık ailede yaşayan katılımcıların anksiyete, stres ve depresyon seviyelerinin daha yüksek görüldüğü belirtilmiştir (Mazza et al., 2020).

Pandemi süreçlerinin ekonomik sorunlarla beraber ilerlediği çoğu zaman şahit olduğumuz bir gerçek, örneğin 2015 yılında EBOLA salgınının sadece

doğrudan maliyeti 6 milyar Amerikan doları olarak açıklanmıştı, ki bu miktar DSÖ'nün 3 yıllık fon tutarına eşitti, aynı zamanda acil müdahale eylemleri için ayrılan miktarın da 20 katından fazlaydı (Gostin & Friedman, 2015). Aynı zamanda pandemi süreçlerinde birçok alanın kapanması, insanların gelecekte ne olacağını bilememelerinden kaynaklanan harcama kısıtlamaları gibi etmenler bireysel ekonomileri de etkilemektedir. Yapılan araştırmaya sadece sağlık çalışanları katılmış olmasına karşın, katılımcıların ailelerinde sağlık çalışanı olmayan bireylerin de yer aldığını düşünebiliriz. Bu düşünceyle birlikte araştırmaya katılan bireylerden %19,5'i pandemi süreciyle birlikte aile gelirlerinin belirgin miktarda azaldığını (n=43) belirtirken, %8,2'si az miktarda azaldığını (n=18) belirtmektedir. Ayrıca araştırmada yapılan karşılaştırmalar sonucunda diğer gruplara göre az miktarda aile geliri olan gruplar ile pandemi sürecinde aile gelirinin azaldığını belirten gruplarda daha yüksek anksiyete ve algılanan stres seviyeleri görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında ekonomik huzurun sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres seviyeleri üzerinde önemli rol aldığı söylenebilir.

Yapılan araştırmada, Covid-19 ile mücadele eden sağlık çalışanlarının anksiyete ve algılanan stres düzeylerini yükselten kaynaklar incelendiğinde, bu kaynakları ana başlıklar altında toplamak gerekirse bunlar ailesinin ve kendisinin güvenliği ve yaşam koşulları, salgından korunma, ekonomik rahatlık, yetkililer ile olumlu ve karşılıklı iletişim, salgına karşı hazırlıklı olma olarak listelenebilir. Yapılan literatür incelemelerinde ise sonuç farklı gözükmemektedir. Yapılan literatür araştırmada sağlık çalışanlarının anksiyete kaynakları olarak kişisel yetkin koruyucu ekipmana erişim, yeni tip corona virüse maruz kalma ve virüsü aileye taşıma, covid-19 şüphesine karşı teste çabuk ulaşamama, hastalığın bulaşması durumunda ailelerinin ve kendilerinin çalıştıkları kurum tarafından desteklenip desteklenmeyeceği, okulların kapanması ve çalışma saatlerinin artması neticesinde çocuk bakımına ulaşım, çalışma koşullarında yemek, içecek, dinlenme alanı gibi ihtiyaçların karşılanamaması, yetkin olmadıkları ve yeni öğrendikleri alanda sağlık hizmeti sunmaları ve yeni bilgilere ulaşımın sınırlı olması sağlık çalışanlarında anksiyetenin kaynağı olarak gösterilmektedir (Shanafelt et al., 2020). Tüm bunların ışığında yeni tip corona virüsün ilk evrelerinde Çin'in Wuhan eyaletinde

yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarına hali hazırda uygulanan anksiyete ve stres düşürme planlarının işe yaramadığı görülmüştür. Bunun nedeni ise sağlık çalışanlarının anksiyete kaynaklarının anlaşılmaya çalışılmaması ve yüzeysel durum ile ilgili olmayan hazır anksiyete düşürme planlarının uygulanması olarak görülebilir (Xiang et al., 2020). Literatür bulgularının ışığında yapılan araştırmada haftada 49 ve üzeri saat görev alan, istediği an koruyucu ekipmana ulaşamayan, yetkililer ile iletişimde zorlanan, çalışma koşullarında ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamayan ve salgın ile ilgili ek bir eğitim almamış katılımcıların anksiyete ve stres seviyeleri diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanları, COVID-19 hastalarına bakım veren hastane birimlerini düzenli olarak güvence sağlamak için ziyaret eden liderleri takdir ettiklerini belirtiyor. Yetkililerin tüm cevaplara sahip olmalarını beklemiyorlar, ancak yetenekli kişilerin konuşlandırıldığını ve sorunları hızla çözmek için çalıştığını bilmeleri gerekiyor. Yetkililer ekip üyelerine "Neye ihtiyacınız var?" gibi sorular sormalı ve bu ihtiyaçları karşılamak için her türlü çabayı göstermelidir. Sağlık çalışanları, liderin istenen her şeyi sağlayabilmesini beklemiyor, ancak isteklerini sormaları, dinlemeleri ve kabul etmeleri takdir ediliyor. Sağlık çalışanları ayrıca, pandemiye müdahale etmek için acil durum hazırlık planlarını geliştirirken, kendi kararlarının ve fikirlerinin de konuşmanın bir parçası olması gerektiğini ve yetkili kişilerin onlara güvendiğini bilmek ister(Shanafelt et al., 2020).

Pandemi süreçlerinde olduğu gibi covid-19 pandemisinde de yüksek ölüm oranları ve kalıcı sağlık hasarlanmalarına rastlanmaktadır. Böyle bir durumda insanların gelişimsel çağlarda edindiği 'dünya güvenli bir yer' algısı zarar görmektedir (Thomas et al., 2016). Katılımcıların Covid-19 belirtisi göstermeleri ve ailesinden ve tanıdıklarından Covid-19 şüphesi görülme durumunun katılımcıların anksiyete ve stres seviyelerini yükselttiği bulunmuştur. Mazza ve arkadaşlarının İtalya'da tüm nüfus üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların yakınlarından veya tanıdıkları birisinin Covid-19 tanısı alması katılımcıların stres, anksiyete ve depresyon kaynağı olarak görüldüğünü belirtmiştir (Mazza et al., 2020).

6. BÖLÜM

6.1 Sonuç

Bu araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi hastanesinde covid-19 ile mücadele eden sağlık çalışanlarının bu süreçte yaşadıkları anksiyete ve algılanan stres seviyelerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetine göre, anksiyete seviyeleri ve algılanan stres seviyeleri üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur. Buna göre araştırmaya katılan kadın katılımcıların anksiyete ve stres seviyeleri, erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Meslek gruplarına göre, anksiyete ve algılanan stres seviyeleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve bunun sonucunda hasta bakıcıların diğer meslek gruplarına göre daha yüksek anksiyete seviyeleri varken, algılanan stres boyutunda hemşirelerle aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Medeni durumun, anksiyete ve algılanan stres üzerindeki etkilerine bakıldığında, anksiyete seviyeleri ile anlamlı ilişki bulunmuş, ancak algılanan stres seviyeleri ile ilgili bulunamamıştır. Buna göre evlilerin anksiyete seviyeleri bekarlara göre daha yüksektir. Katılımcıların evde kaç kişi yaşadıklarının, anksiyete ve algılanan stres üzerindeki etkiye bakıldığında anlamlı bir etki görülmüştür. Bunun sonucunda evde 5 ve üzeri kişi yaşayanların evde yalnız, 2 ve 3 kişi yaşayanlara oranla anksiyete ve algılanan stres seviyeleri daha yüksekken, evde 5 ve fazla kişi yaşayanlar ile evde 4 kişi yaşayanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Katılımcıların evde kimlerle yaşadıklarının, anksiyete ve stres seviyelerinin üzerindeki etkileri incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre anksiyete seviyelerine ve algılanan stres seviyelerine bakıldığında evde büyük aile ile yaşayanların anksiyete seviyeleri ve algılanan stres seviyeleri, evde yalnız yaşayanlar ve çekirdek ailesi ile yaşayanlara göre daha yüksektir, ancak evde büyük aile ile yaşayanlar ile evde arkadaşı ile yaşayanlar ve diğer kişilerle yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Katılımcıların evlerinde 65 yaş ve üzeri birey olmasına göre algılanan stres ve anksiyete

seviyeleri üzerinde etkisine bakıldığında anlamlı bulunmuş, evde 65 ve üzeri yaşta birey bulunan katılımcıların anksiyete ve algılanan stres seviyelerinin olmayanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların evlerinde 18 yaş ve altı çocukları olmasına göre algılanan stres ve anksiyete seviyeleri üzerinde etkisine bakıldığında anlamlı bulunmuş, evde 18 ve altındaki yaşta çocuğu bulunan katılımcıların anksiyete ve algılanan stres seviyelerinin olmayanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir 18 yaş altı çocuklarına kimin bakım sağladığına göre, anksiyete seviyeleri üzerinde anlamlı bir etki tespit edilememesine karşın algılanan stres üzerinde anlamlı bir etki tespit edilmiştir. Buna göre çocuklarına aile büyükleri bakım katılımcıların algılanan stres seviyeleri daha yüksektir. Evlerinde bakıma ihtiyaç duyan birey olmasına göre anksiyete seviyeleri üzerinde anlamlı bir fark tespit edilmiş ancak algılanan stres seviyelerine göre anlamlı etki görülmemiştir. Katılımcıların pandemi döneminden önceki aile olarak ekonomik kazançlarının, anksiyete ve algılanan stres seviyeleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre 2500-4999 tl arası kazancı olan katılımcıların diğer kazanç gruplarına göre daha yüksek anksiyete ve stres seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Pandemi sürecinden sonra aylık kazancındaki değişimin anksiyete ve algılanan stres seviyeleri üzerindeki etkisine bakıldığında anlamlı etki bulunmuştur. Bunun sonucunda belirli miktarda kazancı azalan katılımcıların diğer gruplara oranla daha yüksek anksiyete ve stres seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada çalışma saatlerine göre, anksiyete ve stres seviyeleri incelendiğinde anlamlı etki görülmüştür. Buna göre haftada 49-72 saat çalışan katılımcılar ile 73 ve daha fazla çalışanlar arasında anlamlı fark bulunamamışken, haftada 49-72 saat çalışan katılımcıların anksiyete ve stres seviyeleri 0-24 saat çalışanlar ve 25-48 saat çalışanlara göre daha yüksektir. Katılımcıların covid-19 şüphesi ve belirti yaşamalarına göre, anksiyete ve algılanan stres seviyelerinin üzerinde etkisine bakıldığında anlamlı bir etki olduğu görülmüştür. Buna göre hastalık şüphesi yaşayan katılımcıların, yaşamayanlara oranla daha yüksek anksiyete ve strese sahip olduğu söylenebilir. Katılımcıların ailesinden veya çevresinden hastalık tanısı alınmasının, anksiyete ve algılanan stres seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiş, bunun sonucunda ailesinden tanı almış olan bireyler bulunan katılımcıların anksiyete ve algılanan stres seviyeleri diğer gruplara

oranla daha yüksektir. Katılımcıların koruyucu ekipmana erişim oranlarının, anksiyete ve algılanan stres seviyeleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bunun sonucunda sınırlı sayıda ancak yeterli düzeyde koruyucu ekipmana erişimi bulunan katılımcıların anksiyete ve algılanan stres seviyeleri, istediği zaman koruyucu ekipmana ulaşabilen katılımcılara ve sınırlı sayıda ancak yetersiz oranda koruyucu ekipmana erişebilen katılımcılara oranla daha yüksek bulunmuş, ancak koruyucu ekipmana ulaşamayan katılımcılarla aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Çalıştığı süre boyunca ihtiyaçların karşılanması durumunun, anksiyete ve algılanan stres seviyeleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre ihtiyaçlarının karşılanmadığını bildiren katılımcıların anksiyete ve algılanan stres seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak ihtiyaçlarının bir kısmını karşılayabilen katılımcılarla aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Yetkililer ile iletişimin anksiyete ve algılanan stres üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuş, yetkililerle iletişim sorunu yaşayanların anksiyete ve algılanan stres oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı durum karar alma konusunda da geçerlidir. Buna göre karar alma konusunda söz sahibi olmadığını düşünen katılımcıların diğer gruplara göre anksiyete ve stres seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalık ile ilgili ek eğitim alınmasının somatik belirtiler ve genel olarak BAÖ puanları üzerinde anlamlı etkisinin olduğu ve eğitim almayanların daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüş, ancak sübjektif kaygı alt ölçeği ve algılanan stres ile aralarında anlamlı etki görülememiştir.

Araştırmada kullanılan tüm ölçek ve alt ölçeklerin arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Düşük aylık gelir, salgında gelir düzeyinde düşme, Covid-19 olma şüphesi yaşamış olmak, mesleki ekipmana ulaşamama ve ihtiyaçların karşılanmaması anksiyete riskini anlamlı olarak arttırmaktadır.

Kadın olmak, ekipmana ulaşamamak algılanan stres düzeyini arttıran risk faktörleridir.

6.2 Öneriler

Covid-19 pandemi sürecinde her pandemi sürecinde olduğu gibi toplum olarak sağlık çalışanlarına ihtiyacımız en üst noktadadır. Böyle bir durumda sağlık çalışanlarının çalışma koşulları bu kadar ağırken, bulaş riskiyle sürekli karşı karşıyayken, onların anksiyete ve stres kaynaklarını anlamak, gerekli önlemleri almak büyük önem teşkil etmektedir. Yapılan araştırma ve analizler sonucunda sağlık çalışanlarının bireysel ve ailesinin ihtiyaçlarının karşılanması, bulaş riskine karşı alınmış ve alınacak önlemlerin artırılması, sağlık çalışanlarının ekonomik açıdan desteklenmesi, sağlık çalışanları ve yetkili, karar koyucu kişiler arası iletişimin artırılmasına yönelik yeni planlar uygulanması, tüm çalışanların hangi görevde olursa olsun fikrini beyan edebileceği ortamlar sağlanması, covid-19 ile ilgili ek eğitimler düzenlenmesi ve anksiyete seviyelerini düşürmek adına hazır anksiyete düşürme planları uygulanmaması, çalışanların anksiyete kaynaklarının araştırılıp bu kaynaklara yönelik planlar hazırlanması. Bu planları uygulayacak ruh sağlığı üzerinde çalışan profesyonellere bu konular hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abawi, O., Welling, M. S., van den Eynde, E., van Rossum, E. F., Halberstadt, J., van den Akker, E. L., & van der Voorn, B. (2020). COVID-19 related anxiety in children and adolescents with severe obesity: A mixed-methods study. *Clinical Obesity*, 10(6), e12412.
- Adler, M. D. (2004). Fear assessment: Cost-benefit analysis and the pricing of fear and anxiety. *Chi.-Kent L. Rev.*, 79, 977.
- AKBAŞ, Ö. Z., & DURSUN, C. KORONAVİRÜS (COVID-19) PANDEMİSİ SÜRECİNDE ÖZEL ALANINA KAMUSAL ALANI SİĞDIRAN ÇALIŞAN ANNELER. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 78-94.
- Arkonaç, O. (1999). Açıklamalı psikiyatri sözlüğü. *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul*.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102196.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., . . . ŞAR, V. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Derg*, 25, 264-281.
- BOZKURT, Y., ZEYBEK, Z., & AŞKIN, R. (2020). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Chen, K.-Y., Yang, C.-M., Lien, C.-H., Chiou, H.-Y., Lin, M.-R., Chang, H.-R., & Chiu, W.-T. (2013). Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *International journal of medical sciences*, 10(11), 1471.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., . . . Li, X. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Colkesen, F., Kilincel, O., Sozen, M., Yildiz, E., Beyaz, S., Colkesen, F., . . . Araz, M. (2020). The impact of SARS-CoV-2 transmission fear and COVID-19 pandemic on the mental health of patients with primary

- immunodeficiency disorders, severe asthma, and other high-risk groups. *medRxiv*.
- Donaldson, L. J., Rutter, P. D., Ellis, B. M., Greaves, F. E., Mytton, O. T., Pebody, R. G., & Yardley, I. E. (2009). Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study. *Bmj*, 339.
- Fan, E. X. (2003). SARS: economic impacts and implications.
- Freud, A. (1966). Obsessional neurosis: A summary of psycho-analytic views as presented at the congress. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 116-122.
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works* (pp. 1-66).
- Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2015). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980), 1902-1909.
- Hiçdurmaz, D., & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). "Now I keep my feet on the ground. Earlier, I was arrogant and felt too big for my boots." Perspectives of people with cancer and oncology nurses on the psychological empowerment process. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101862.
- Honigsbaum, M. (2016). *Living with Enza: the forgotten story of Britain and the great flu pandemic of 1918*: Springer.
- Jones, F., Bright, J., & Clow, A. (2001). *Stress: Myth, theory and research*: Pearson Education.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kaudhry, H., & Fangriya, R. (2015). Pandemic Influenza Threat. *World Scientific News*, 11, 120-137.
- Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., d'Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10232), 1237-1239.
- Kluytmans-van den Bergh, M. F., Buiting, A. G., Pas, S. D., Bentvelsen, R. G., van den Bijllaardt, W., van Oudheusden, A. J., . . . Kluytmans, J. A. (2020). Prevalence and clinical presentation of health care workers with symptoms of coronavirus disease 2019 in 2 Dutch hospitals during an early phase of the pandemic. *JAMA network open*, 3(5), e209673-e209673.

- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences*, 22, 15163-15170.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Li, R. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Lauras, B., & SELVE, L. (1976). SYNDROME DE MECKEL.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Leszcz, M., Maunder, R., & Hunter, J. (2020). Psychological support for health care workers during the COVID-19 pandemic. *CMAJ*, 192(24), E660-E660.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165.
- McGrath, J. (1976). Stress and Behavior in Organizations. *Handbook of industrial and organizational psychology*.
- Morens, D. M., Taubenberger, J. K., & Fauci, A. S. (2009). The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *New England Journal of Medicine*, 361(3), 225-229
- Organization, W. H. (2020). Coronavirus disease (COVID-19).
- Öztürk, M., & Uluşahin, A. (2015). Mental health and disorders. *Ankara: Psychiatric Society Journal*, 11, 6-30.
- Pulla, P. (2020). Covid-19: India imposes lockdown for 21 days and cases rise. In: British Medical Journal Publishing Group.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 278-287.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12(2), 92-98.
- Rewar, S., Mirdha, D., & Rewar, P. (2015). Treatment and prevention of pandemic H1N1 influenza. *Annals of global health*, 81(5), 645-653.
- Ross, A. G., Olveda, R. M., & Yuesheng, L. (2014). Are we ready for a global pandemic of Ebola virus? *International Journal of Infectious Diseases*, 28, 217-218

- Selve, H. (1956). *The Stress of Ule*. New York: McGraw-Hill.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Jama*, 323(21), 2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893
- Tallis, F., & Önertoy, O. C. (2003). *Kaygıları aşmak: Sistem*.
- Tam, C. W., Pang, E. P., Lam, L. C., & Chiu, H. F. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological medicine*, 34(7), 1197.
- Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M. T., & Chen, B. Y. (2016). *Curriculum development for medical education: a six-step approach*: JHU Press.
- TOPKAYA, E. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri Güncelleştirilmiş 5. Baskı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 2(2), 113-118.
- Unwin, H. J. T., Mishra, S., Bradley, V. C., Gandy, A., Mellan, T. A., Coupland, H., . . . Filippi, S. L. (2020). State-level tracking of COVID-19 in the United States. *Nature communications*, 11(1), 1-9.
- Verikios, G., Sullivan, M., Stojanovski, P., Giesecke, J., & Woo, G. (2016). Assessing regional risks from pandemic influenza: a scenario analysis. *The World Economy*, 39(8), 1225-1255.
- Vincent, J.-L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C. D., . . . Sakr, Y. (2009). International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *Jama*, 302(21), 2323-2329.
- Wong, T. W., Yau, J. K., Chan, C. L., Kwong, R. S., Ho, S. M., Lau, C. C., . . . Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 13-18.
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Yavuzer, H. (2004). *Ana-Baba ve Çocuk*, (11. Basım). *Remzi Kitabevi, İstanbul*.
- Zhang, W.-r., Wang, K., Yin, L., Zhao, W.-f., Xue, Q., Peng, M., . . . Du, J.-l. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206349/pdf/pps-0001.pdf>

EKLER

EK 1

Gönüllü Bilgilendirme Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Yakındoğu üniversitesi bünyesinde Prof. Dr. Ebru Çakıcı danışmanlığında Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psk.Rasim Başer tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın amacı, covid-19 virüsü salgını ile birincil düzeyde ilişkili servislerde çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres düzeylerini incelemektir. Demografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAI), ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), araştırma için kullanılacak ölçeklerdir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Lütfen her soru grubunun başındaki yönergeyi dikkatlice okuyunuz ve soruları mümkün olduğunca eksiksiz cevaplamaya çalışınız. Size sorulan soruların yanlış veya doğru cevapları yoktur. Soruların cevaplanma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sizden alınan bilgiler gizli tutularak sadece bilimsel araştırma için kullanılacaktır. Verilen bilgiler anonim olarak kayıt altına alınacaktır, ve bireysel olarak değil, grup ortamları olarak değerlendirilecektir. Çalışmaya katılmak gönüllülüğe bağlıdır. Kendinizi soruların içeriğinden veya başka nedenlerden dolayı rahatsız hissetmeniz durumunda cevaplamayı bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Psk. Rasim BAŞER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ebru Çakıcı

Aydınlatılmış Onam Formu

EK 2

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Yakındoğu üniversitesi bünyesinde Prof. Dr. Ebru Çakıcı danışmanlığında Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psk.Rasim Başer tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın amacı, covid-19 virüsü salgını ile birincil düzeyde ilişkili servislerde çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete ve stres düzeylerini incelemektir. Demografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAI), ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), araştırma için kullanılacak ölçeklerdir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Lütfen her soru grubunun başındaki yönergeyi dikkatlice okuyunuz ve soruları mümkün olduğunca eksiksiz cevaplamaya çalışınız. Size sorulan soruların yanlış veya doğru cevapları yoktur. Soruların cevaplanma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Sizden alınan bilgiler gizli tutularak sadece bilimsel araştırma için kullanılacaktır. Verilen bilgiler anonim olarak kayıt altına alınacaktır, ve bireysel olarak değil, grup ortamları olarak değerlendirilecektir. Çalışmaya katılmak gönüllülüğe bağlıdır. Kendinizi soruların içeriğinden veya başka nedenlerden dolayı rahatsız hissetmeniz durumunda cevaplamayı bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Psk. Rasim BAŞER

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ebru Çakıcı

Katılımcı

İmza:

EK 3**Demografik Bilgi Formu**

1) Yaşınızı belirtiniz:.....

2) Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Ekek

3) Mesleğiniz a) Doktor b) Hemşire c) Hasta Bakıcı d) Psikolog/ Sosyal çalışmacı

4) Medeni Durumunuz: a) Evli b) Bekar

5) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz (Siz dahil) ?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üzeri

6) Kim ya da kimler ile yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Çekirdek aile c) Büyük aile d) Arkadaş e) Diğer.....

7) Aileniz ile yaşıyorsanız evde 65 yaş ve üzeri aile bireyi var mı?

a) Var b) Yok

8) 18 yaş altı çocuklarınız var mı?

a) Var b) Yok

9) Eğer 18 yaş altı çocuğunuz var ise bakımını kim sağlıyor?

a) Bakıcı b) Eşim/ Partnerim c) Ben d) Aile büyükleri

10) Birlikte yaşadığınız bakıma ihtiyacı olan birey var mı?

a) Evet, bana tam bağımlı b) Evet, bana yarım bağımlı c) Hayır

11) Covid-19 salgınından önce ailenizin aylık gelir durumu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

a)2500 tl altında b) 2500- 4999 tl arasında c) 5000- 9999 tl arasında d)10000 ve üzeri

12) Covid-19 salgınından sonra ailenizin aylık gelir durumunda bir değişiklik oldu mu?

a) Az miktarda azaldı b) Belirgin miktarda azaldı c) Değişiklik olmadı d) Arttı

13) Kronik rahatsızlığınız var mı? Varsa seçiniz (seçeneklerde bulunan rahatsızlıklardan birden fazlasına sahipseniz sahip olduğunuz rahatsızlıkların hepsini seçiniz)

a) HT(Tansiyon) b)KAH(Kalp damarlarının hastalığı)

c)Kalp yetmezliği d)KOAH(İleri derece kronik astım-bronşit, ilerleyici nefes darlığı)

d) Tiroid hastalığı e)Dislipidemi(kan yağlarında artış) f) Diğer Belirtiniz.....

14) Aynı evde yaşadığınız bireylerden kronik rahatsızlığı bulunan var mı?

a) Var, belirtiniz..... b) Yok

15) Sigara Kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16) Sigara kullanıyorsanız günlük tüketim miktarınızı lütfen seçiniz

a) 1-10 adet b) 11-20 adet c) 21-30 adet d) 31 ve daha fazla

17) Covid-19 triyaj, poliklinik ve servislerinde haftada ortalama kaç saat görev alıyorsunuz?

a) 0 - 24 saat b) 25 - 48 saat c) 49 - 72 saat d) 73 veya daha fazla saat

18) Covid-19 salgınında çalıştığınız süre boyunca nerede konaklıyorsunuz?

a) Kendi evimde b) Tek başıma ayrı evde c) Başka bir arkadaşımınla beraber ayrı evde

d) Otel, misafirhane, yurt v.b. gibi gösterilen konaklama yerlerinde

19) Bu süreçte hiç Covid-19 şüphesi, belirtileri yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

20) Bu süreçte Covid-19 testine tabi tutulduunuz mu?

- a) Evet, sonucum pozitif çıktı
- b) Evet sonucum negatif çıktı
- c) Hayır, teste tabi tutulmadım
- d) Seçenekler dışında bir durum ile karşılaştıysanız belirtiniz.....

21) Ailenizden, yada yakın tanıdıklarınızdan covid-19 tanısı alan oldu mu?

- a) Hayır olmadı
- b) Evet ailemden tanı alan/lar oldu
- c) Evet yakın çevremden tanı alan/lar oldu

22) Çalıştığınız ortamda koruyucu ekipmana yeterince erişiminiz var mı?

- a) İstedğim her an koruyucu ekipmana erişebiliyorum
- b) Sınırlı sayıda koruyucu ekipmana erişebiliyorum, ve yeterli
- c) Koruyucu ekipmana erişimim var ancak yeterli değil
- d) Koruyucu ekipmana erişimim yok

23) Çalıştığınız ortamda ihtiyaçlarınız (yemek, içecek, dinlenme alanı, v.b.) karşılanıyor mu?

- a) Evet ihtiyaçlarım tamamen karşılanıyor.
- b) İhtiyaçlarımın bir kısmını karşılayabiliyorum
- c) Hayır ihtiyaçlarımı karşılayabilecek bir ortam sağlanmıyor

24) Covid-19 sürecinde verilen sağlık hizmetinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişim kurabiliyor musunuz?

- a) Evet, istediğim an ulaşabiliyorum
- b) Gerektiğinde benimle iletişime geçiyorlar
- c) Hayır sadece alınan kararları bana aktarıyorlar

25) Covid-19 sürecinde verilen sağlık hizmetinde yetkili ve karar koyucu kişiler ile iletişiminizde karar alma aşamasında söz sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Evet, düşünüyorum

b) Bazı konularda söz sahibi olduğumu düşünüyorum

c) Hayır, düşünmüyorum

26) Covid-19 salgın sürecinde verilecek olan sağlık hizmetleri ile ilgili ek bir eğitim aldınız mı?

a) Evet, aldım b) Hayır, almadım

27) Eğer Covid-19 salgın sürecinde verilecek olan sağlık hizmetleri ile ilgili ek bir eğitim aldıysanız bu eğitim salgın sürecinde sizi bilinçlendirecek nitelikte miydi?

a) Evet, aldığım eğitim salgın ile ilgili beni bilinçlendirdi.

b) Hayır aldığım eğitim salgınla mücadele için yeterli değildi.

28) Covid-19 salgını nedeni ile psikolojik olarak ne kadar etkilendiğinizi düşünüyorsunuz?

a) Çok fazla b) Biraz c) Hiç

29) Salgın sürecinde ruhsal sağlık hizmeti sunan (psikiyatrist, psikolog gibi) profesyonellere ihtiyaç duyuyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

30) Salgın sürecinde ihtiyaç duyduğunuzu düşündüğünüzde ruhsal sağlık hizmeti sunan (psikiyatrist, psikolog gibi) profesyonellere ulaşabiliyor musunuz? (İhtiyaç duymuyorsanız boş bu soruyu bırakabilirsiniz)

a) Evet istediğim zaman ulaşabiliyorum

b) Sınırlı zamanlarda ulaşabiliyorum

c) Ulaşamıyorum

31) Lütfen süreci zorlaştırdığını düşündüğünüz unsurlardan size uygun olanları işaretleyiniz

Evet

Hayır

Benim durumum

ile ilgili değil

Bakıcımın işten ayrılması beni zorladı.			
Kendi evimde kalamamak ve ailemi özlemek beni zorladı			
Çalışma koşullarının çok ağır olması beni zorladı			
Yeterince koruyucu ekipmana ulaşamamak beni zorladı			
Hastalığı sevdiğim insanlara bulaştırabilecek olmam beni zorladı			
Yetkililer ve karar koyucular ile iletişimde zorlandım			
Hastalığın bana bulaşma olasılığı beni zorladı			
Sosyal izolasyon beni zorladı			

EK 4 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar
rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Dereced e	Orta Dereced e	Ciddi Dereced e
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu.	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3

18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması.	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olman).	0	1	2	3

© Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Uyarılama: Ulusoy, M. Sahin, N.H., Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy* 12 (2): 163-172.

EK 5

Beck Anksiyete Ölçeği Hakkında Selen Kutucu X

Gulsen T. gulsenturk@yahoo.com

Alın: ben -

29 Mar 2020 01:51 ☆ ↶ ⋮

Merhaba Rasin,

Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam,ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisıyla gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hıslı Şahin adına

Gülşen Hıslı

3 Ek



↶ Yanıtla ↷ Yönlendir

EK 6

ASÖ

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
7. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
9. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

EK 7

Algılanan Stres Ölçeği

Hakkında

Gelen Kutusu



RASİM BAŞER 23:44

Alıcılar: meskin



Sayın Prof. Dr. Mehmet KESKİN;

Ben Psk. Rasim BAŞER, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisiyim.

Prof.Dr. Ebru ÇAKICI danışmanlığında yürüttüğüm 'Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının İncelenmesi' konulu tez çalışmamda Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmanızı referans göstererek uygulamak için izninizi istiyorum.

İlginiz için teşekkür ederim.



MEHMET ESKİN 23:33

Alıcılar: ben



Kullanabilirsin Rasim, başarılar

28 Mar 2020 Cmt 23:28 tarihinde RASİM BAŞER <rasimbaser@gmail.com> şunu yazdı:

[Alıntılanan metni göster](#)

ÖZGEÇMİŞ

Yazar Rasim Başer 02/10/1991 tarihinde Balıkesir'in Edremit ilçesinde doğmuştur. İlk ve orta öğretimini babasının mesleği dolayısıyla birçok farklı okulda ve şehirde okumuştur. Liseyi ise Edremit Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. Devamında Doğu Akdeniz Üniversitesi İngilizce Psikoloji bölümünden şeref derecesiyle mezun olmuştur. 2015-2016 yılları arasında özel rehabilitasyon merkezlerinde çalışmıştır, sonrasında ise askerlik görevini yerine getirmek adına yedek subay olarak Deniz Kuvvetleri Komutanlığında bir sene hizmet etmiştir. Askerlik süreci bitiminde ise kendisinin kurucu ortağı olduğu kurumda görevine psikolog olarak devam etmektedir.

← Rasim Başer.pdf



Rasim Başer

ORIGINALITY REPORT

7 %	7 %	3 %	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.sporbilimleri.org.tr Internet Source	1 %
2	isletmecilik.org Internet Source	1 %
3	asdi-lgbti.com Internet Source	1 %
4	docs.neu.edu.tr Internet Source	1 %
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	1 %
6	burkonturizm.com Internet Source	<1 %
7	www.akademiksporarastirmalarikongresi.com Internet Source	<1 %
8	1pdf.net Internet Source	<1 %
9	acikerisim.aku.edu.tr Internet Source	<1 %

EK 8



08.02.2021

Sayın Rasim BAŞER

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/736 proje numaralı ve “**Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Virüs Salgını ile İlgili Anksiyete ve Stres Durumlarının İncelenmesi**” başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.