

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

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**COVID-19 SALGINI SIRASINDA HEMŞİRELERDE  
DEPRESYON, ANKSİYETE VE TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİNİN 5 FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ  
İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hatice AYDEMİR**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**İstanbul-2022**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Hatice AYDEMİR

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : COVID-19 Salgını Sırasında Hemşirelerde Depresyon, Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeylerinin 5 Faktör Kişilik Özellikleri ile İlişkisi

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : Psikoloji

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 04.02.2022

**Sayfa Sayısı** : 117

**Tez Danışmanı** : Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**Dizin Terimleri** : Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik, COVID-19 Salgını, Beş Faktör Kişilik

**Türkçe Özet** : Bu çalışmanın amacı salgın sırasında İstanbul'da çalışmakta olan hemşirelerin depresyon, anksiyete, tükenmişlik düzeylerini araştırmak ve bu belirtilerin 5 faktör kişilik özellikleri ile ilişkisini incelemektir. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Beş Faktör Kişilik Envanteri kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri 21 Beck Anksiyete Envanteri 21, Maslach Tükenmişlik Ölçeği 22, Beş Faktör Kişilik Envanteri 44 maddeden oluşmaktadır. Araştırma hipotezleri Sosyal Bilimler

için İstatistik Paket Programı (SPSS) kullanılarak test edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen COVID-19 döneminde çalışan hemşirelerin depresyon, anksiyete, tükenmişlik düzeyleri ile beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

**Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*Hatice Aydemir*

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

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**COVID-19 SALGINI SIRASINDA HEMŞİRELERDE**  
**DEPRESYON, ANKSİYETE VE TÜKENMİŞLİK**  
**DÜZEYLERİNİN 5 FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ**  
**İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hatice AYDEMİR**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

**İstanbul-2022**

## BEYAN

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

Hatice AYDEMİR

.../.../2022



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Hatice AYDEMİR'in **COVID-19 Salgını Sırasında Hemşirelerde Depresyon, Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeylerinin 5 Faktör Kişilik Özellikleri ile İlişkisi** adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*

Başkan

*Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ*  
*(Danışman)*

Üye

*İmza*

*Dr. Öğr. Üyesi Filiz ŞÜKRÜ GÜRBÜZ*

Üye

*İmza*

*Dr. Öğr. Üyesi Selim ARPACIOĞLU*

**ONAY**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2022

*İmzası*

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Mevcut salgın durumunun ruh sağlığı üzerindeki etkisinin bireysel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada salgın sırasında İstanbul'da çalışmakta olan hemşirelerin depresyon, anksiyete, tükenmişlik belirtileri ve bu belirtilerin 5 faktör kişilik özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini İstanbul ilindeki hastanelerde çalışan 161 hemşireden oluşmaktadır. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Depresyon Envanteri, anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği, tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği, kişilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla Beş Faktör Kişilik Envanteri kullanılmıştır. Araştırma hipotezlerini test etmek için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS) 21.0 kullanılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon testi, değişkenler arasındaki etki ise regresyon testi ile analiz edilmiştir. Depresyon, Anksiyete, tükenmişlik belirti puanı ile kişilik özellikleri arasında ilişki görülmüştür. Bununla birlikte kişilik özelliklerinden nevrotilikğin duyarsızlaşmayı pozitif yönde etkilediği, sorumluluk alt boyutunun duyarsızlaşmayı etkilemediği bulunmuştur. Duyarsızlaşmadaki değişimin %8'i nevrotilik ile açıklanmıştır. Yine nevrotilikğin, anksiyete ölçeğindeki değişimin %2'sini, depresyon ölçeğindeki değişimin %4'ünü açıkladığı görülmüştür. COVID-19 sürecinde hemşirelerin kişilik özelliklerinin, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi anlamada önemli olduğu söylenebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik, COVID-19 Salgını, Beş Faktör Kişilik.



## SUMMARY

The impact of the current pandemic situation on mental health might be related to individual differences. Therefore, the study examines to which degree the nurses are affected by an unexpected epidemic and the influence of the individual differences that might lead up to this phenomenon or have a protective effect. The study analyzes the depression, anxiety, and degrees of burnout of the nurses working in Istanbul during the pandemic and the relevancy of these symptoms with five factor personality traits. The sample group of the research consists of 161 nurses in Istanbul province. To determine the socio-demographic traits of the participants, Socio-Demographic Information Questionnaire, to determine the levels of depression, Beck Depression Inventory, to determine the levels of anxiety, Beck Anxiety Scale, to determine the levels of burnout, Maslach Burnout Scale, and to determine the personality traits, Five Factor Personality Trait is used. Statistics Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 is used for testing the research hypothesis. The study employs parametric test techniques due to the normal distribution of the scores. T test and ANOVA test is used in order to analyze the differentiation of scale score according to demographic traits. Pearson correlation test is used to determine the correlation among the variables and to reveal the effect among the variables, a regression test. As a result, a correlation is observed between individual traits and the scores of depression, anxiety, and burnout symptom. Besides, it has been found that neuroticism, one of the personality traits, has a positive impact on depersonalisation, whereas the responsibility sub-dimension does not affect depersonalisation. The 8% of the change in depersonalisation explained with neuroticism. Again, neuroticism clarifies the %2 of the change in anxiety scale and %4 of the change in depression scale. It can be stated that the personality traits of nurses during the COVID-19 period are significant in understanding the relationship between depression, anxiety, and burnout.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Burnout, COVID-19 Epidemic, Big Five Personality

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
EKLER LİSTESİ .....	viii
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### PROBLEME GENEL BİR BAKIŞ

1.1. Araştırmanın Problemi .....	3
1.1.1. Araştırmanın alt problemleri .....	3
1.1.2. Araştırmanın hipotezleri.....	3
1.1.3. Araştırmanın amacı ve önemi .....	4
1.2. Sayıtlılar .....	4
1.3. Sınırlılıklar .....	4

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Depresyon .....	5
2.1.1. Depresyon tanı ölçütleri ve sınıflandırması .....	7
2.1.2. Depresyonunun etiyojisi .....	10
2.1.2.1. Psikolojik faktörler.....	10
2.1.2.2. Biyolojik/genetik faktörler .....	11
2.1.3. Depresyon kavramına kuramsal yaklaşımlar .....	13
2.1.3.1. Psikanalitik Yaklaşım .....	12
2.1.3.2. Davranışçı Kuram .....	13
2.1.3.3. Bilişsel Kuram.....	13
2.1.3.4. Varoluşçu Yaklaşım .....	15

2.1.4.	Depresyonu açıklayan kuramsal modeller .....	16
2.1.4.1.	Öğrenilmiş çaresizlik modeli .....	16
2.1.4.2.	Umutsuzluk modeli .....	16
2.1.4.3.	Beck'in bilişsel-davranışçı modeli .....	17
2.1.5.	Depresyonun tedavisi .....	18
2.1.6.	Depresyon ile covid-19 salgınının ilişkisi.....	20
2.2.	Anksiyete .....	21
2.2.1.	Anksiyete kavramı .....	21
2.2.2.	Anksiyete etiyolojisi .....	23
2.2.3.	Anksiyetenin epidemiyolojisi.....	24
2.2.4.	Anksiyete bozukluğunun sınıflandırılması .....	24
2.2.5.	Anksiyeteye başa çıkma.....	27
2.3.	Tükenmişlik .....	27
2.3.1.	Tükenmişlik kavramı .....	27
2.3.2.	Tükenmişliğin belirtileri.....	28
2.3.2.1.	Fiziksel belirtiler .....	28
2.3.2.2.	Duygusal, zihinsel ve davranışsal belirtiler .....	28
2.3.3.	Tükenmişlik modelleri .....	30
2.3.3.1.	Maslach tükenmişlik modeli .....	29
2.3.3.2.	Edelwich ve Brodsky tükenmişlik modeli .....	31
2.3.3.3.	Cherniss tükenmişlik modeli.....	32
2.3.3.4.	Perlman ve Hartman tükenmişlik modeli.....	33
2.3.3.5.	Pines tükenmişlik modeli .....	34
2.3.4.	Tükenmişlik ile covid-19 salgını arasındaki ilişki .....	37
2.4.	5 Faktör Kişilik Özellikler.....	38
2.4.1.	Kişilik kavramı.....	38
2.4.2.	Kişiliği oluşturan faktörler .....	38
2.4.3.	Beş faktör kuramı: temel kavramlar ve ilkeler.....	39
2.4.3.1.	Kişilik tipolojisi (Kişiliğin Boyutları).....	39
2.4.4.	Kişilik kavramına kuramsal yaklaşımlar.....	42
2.4.4.1.	Erikson'un benlik kavramı ve kişilik gelişimi .....	41

2.4.4.2. Freud'un kişilik kuramı: topografik model ve yapısal model .	42
2.4.4.3. Carl Gustav Jung'ın psikolojik tipler kuramı.....	43
2.4.4.4. Alfred Adler'in üstünlük kuramı.....	44
2.4.4.5. Horney'in kişilik kuramı .....	44
2.4.5. Beş faktör kişilik özelliklerini ölçmek için geliştirilen araçlar .....	45
2.4.6. Beş faktör kişilik özelliklerini ölçmek için kısa ölçek gereksinimi .....	46
2.4.7. Sıfatlara dayalı kişilik testi.....	47
2.5. COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarına Psikolojik Etkileri .....	48
2.5.1. Pandemi nedir?.....	48
2.5.2. Tarih boyunca küresel salgınlar .....	48
2.5.3. Covid-19 pandemisi .....	50
2.5.4. Covid-19 ve psikolojik etkiler.....	51
2.5.4.1 Toplumsal açıdan etkileri.....	50
2.5.4.2. Sağlık çalışanları açısından etkileri.....	51
2.5.4.3. Anksiyete, depresyon ve diğer ruhsal sorunların covid-19 ile ilişkisi .....	53

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli .....	55
3.2. Evren ve Örneklem .....	55
3.3. Veri Toplama Araçları .....	55
3.3.1. Beck depresyon ölçeği .....	56
3.3.2. Beck anksiyete ölçeği.....	56
3.3.3. Maslach tükenmişlik ölçeği.....	56
3.3.4. Beş faktör kişilik envanteri .....	56
3.4. Analiz Yöntemi .....	57
3.4.1. Parametrik testler .....	57
<b>BULGULAR.....</b>	<b>57</b>
<b>TARTIŞMA VE YORUM.....</b>	<b>73</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>79</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>81</b>



## KISALTMALAR

<b>COVID-19</b>	: Koronavirüs Hastalığı
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>SPSS</b>	: Statistical Package For The Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
<b>X</b>	: Aritmetik Ortalama
<b>SD</b>	: Serbestlik Derecesi



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> DSM-5'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması .....	24
<b>Tablo 2.</b> Normallik Testi .....	58
<b>Tablo 3.</b> Demografik Değişkenler .....	58
<b>Tablo 4.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi .....	60
<b>Tablo 5.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Alışkanlıklar Açısından İncelenmesi .....	61
<b>Tablo 6.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Sağlık Bakanlığının Belirlediği COVID-19 Risk Grubunda Yer Alma Durumu Açısından İncelenmesi .....	62
<b>Tablo 7.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin COVID-19 Tanılı Hastaların Bulunduğu Bir Serviste Görev Yapma Durumu Açısından İncelenmesi .....	63
<b>Tablo 8.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalışma Sistemi Açısından İncelenmesi .....	64
<b>Tablo 9.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalıştığı Hastanede Koruyucu Ekipmanların Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu Açısından İncelenmesi .....	65
<b>Tablo 10.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Kendisinde, Ailesinde veya Arkadaş Çevresinde COVID-19 Tanısı Almış Kişi ya da Kişiler Olma Durumu Açısından İncelenmesi .....	66
<b>Tablo 11.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerine Ait Betimsel İstatistikler.....	68
<b>Tablo 12.</b> Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	68
<b>Tablo 13.</b> Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik Alt Boyutunun, Beck Depresyon Ölçeğine Etkisinin İncelenmesi.....	69
<b>Tablo 14.</b> Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik Alt Boyutunun, Beck Anksiyete Ölçeğine Etkisinin İncelenmesi.....	70
<b>Tablo 15.</b> Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik ve Sorumluluk Alt Boyutlarının Duygusal Tükenmeye Etkisinin İncelenmesi.....	70
<b>Tablo 16.</b> Kişisel Özelliklerden Nevrotiklik ve Sorumluluk Alt Boyutlarının, Duyarsızlaşmaya Etkisinin İncelenmesi .....	71
<b>Tablo 17.</b> Kişilik Özelliklerinin, Kişisel Başarıya Etkisinin İncelenmesi.....	72

## EKLER LİSTESİ

<b>EK-A</b> .....	93
<b>EK-B</b> .....	94
<b>EK-C</b> .....	96
<b>EK-D</b> .....	97
<b>EK-E</b> .....	98





## GİRİŞ

31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bildirilen ilk COVID-19 vakasının birçok kıtaya yayılmasının ardından 11 Mart 2020'de pandemi ilan etmiştir. Dünya üzerinde devam eden salgın; sağlık, ekonomi, psikososyal ve bilinmeyen pek çok karmaşık etkiye sebep olmuştur.

Pandemi, bireylerin ve toplumların hayatlarını hem fiziksel hem de ruhsal anlamda risk altına alan bir travmadır (Kaya, 2020). COVID-19 pandemisi tıbbi bir sağlık problemi olmanın yanı sıra birey ve toplum üzerinde pek çok etkilere sebep olan sosyal bir olgu olarak tanımlanabilmektedir. Alışık olmadık durumlarda birey yeni duruma adapte olamayabilir. Yeni bir halk sağlığı sorunu ile karşılaşan hemşireler bu tehdidin fiziksel ve psikolojik etkilerine ön safhalarda maruz kalmaktadırlar. İlk vakaların görüldüğü Wuhan'da hemşireler, kaynak yetersizliği, yoğun artan iş yükü ve belirsizlikle karşı karşıya kalmış, bu durum hemşirelerin endişe ve korku seviyelerini artmasına sebep olmuştur. Aynı zamanda olağan rutinin değişikliği, virüsle yakın temas, bulaş korkusu ve beraberinde sosyal temasın kısıtlanması, damgalanma gibi stresörler yine hemşireler üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Çalışmalarda stres düzeyi, depresyon ve tükenmişlik riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu sağlık krizinde çalışmanın hemşirelerde uyku problemleri, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik belirtilerine sebep olduğu bildirilmiştir (Pappa, 2020), (Laura, 2018), (Lai vd., 2019), (Bedahda vd., 2021). Yine sağlık krizinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik ve orta derecede depresyona sahip oldukları belirtilmiştir (Murat 2020). Lai vd., (2020) yaptığı bir çalışmada depresyon ve anksiyete oranını sırasıyla %50 ve %45 bulunmuştur. Salgın sırasında yaşanan yüksek belirsizlik ortamı ve artan iş talebi çalışanların tükenmişlik yaşamasına sebep olmaktadır (Drennan ve Ross, 2019). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının salgın sürecindeki tükenmişlik oranını %53 olarak bildirmiştir (Huang, 2020). Salgının hemşireler üzerindeki etkisini gözlemlediğimizde bazı bireylerin bu durumdan diğerlerine göre daha fazla etkilendiğini görmekteyiz.

Çalışmalar pandeminin ruh sağlığı üzerindeki etkisine odaklanmış fakat bireysel farklılıkların mevcut duruma etkisini konu edinen çalışmalar sınırlıdır. Dolayısıyla bildirilen depresyon, anksiyete ve tükenmişlik belirtilerinin bireyin kişilik

zelliklerine göre farklılıklar oluşturabileceği dşnlmektedir. Pandeminin hemşireler üzerinde yarattığı etkileri göz ardı etmemek ve bu etkilerin uzun bir süre daha devam edeceği düşünüldüğünde oluşabilecek tahribata yönelik önleyici tedbirlerin alınması hemşirelerin ruh sağlığı açısından önem arz etmektedir.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## PROBLEME GENEL BİR BAKIŞ

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Halk sağlığını tehdit eden COVID-19 salgın hastalığında sağlık çalışanlarının yüksek enfeksiyon riski taşımakta olduğu bilinmektedir. Salgın hastalığın müdahalesinde önemli bir rolü olan hemşirelerin enfekte hastalarla sürekli temas halinde olmaları ve riskli çalışma koşullarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmaların olduğu bilinmektedir. Çalışmalar pandeminin ruh sağlığı üzerindeki etkisine odaklanmış fakat bireysel farklılıkların mevcut duruma etkisini konu edinen çalışmalar sınırlıdır. Dolayısıyla bildirilen depresyon, anksiyete ve tükenmişlik belirtilerinin bireyin kişilik özelliklerine göre farklılıklar gözlenebileceği düşünülmektedir. COVID-19 salgını sırasında hemşirelerde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik ile beş faktör kişilik boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### 1.1.1. Araştırmanın Alt Problemleri

Depresyon ile kişilik boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Anksiyete ile kişilik boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tükenmişlik boyutları ile kişilik boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### 1.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Covid-19 döneminde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ile tükenmişlik boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Covid-19 döneminde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Covid-19 döneminde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### **1.1.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu araştırmada COVID-19 salgını sırasında çalışan hemşirelerin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin kişilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Mevcut alışmalar pandeminin ruh sağlığı üzerindeki etkisine odaklanmış fakat bireysel farklılıkların ruh sağlığı ile ilişkisine değinen çalışmalar henüz bildiğimiz kadarıyla sınırlıdır. Bu alışma ile elde edilecek bulguların hem klinik hem de teorik çalışmalara kaynaklık edeceği düşünölmektedir

### **1.2. Sayıtlar**

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşireler araştırmaya gönöllü katılmış ve sorulara samimi ve objektif yanıtlar vermişlerdir. Ölçeklerin amaçlanan ölçümleri açık ve net bir şekilde yansıttığı varsayılmıştır.

### **1.3. Sınırlılıklar**

Araştırma İstanbul ilinde çalışan 161 hemşireyle sınırlıdır. Veriler öz bildirime dayalı ölçekler ile toplanmıştır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Depresyon

Ruh sağlığı sorunlarının tüm ülkelerin sağlık sistemi, sosyal ve ekonomik yapısı üzerindeki etkileri giderek artmaktadır. Ruh sağlığı sorunları, belirli bir grubun sorunu değildir ve cinsiyet, kentsel kırsal alan ve yaşa bakılmaksızın hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tüm insanlarda görülebilen, giderek daha önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Bloom vd., 2011). Araştırma metodolojisine göre ruhsal hastalıkların sıklığı, durumsal ya da kronik olmasına göre değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, yetişkinlerin %25'i hayatlarında en az bir kez ruhsal hastalık yaşamakta ve ruhsal hastalıkların yaygınlığının %10 civarında olduğu ve yaklaşık 450 milyon kişinin ruhsal hastalıklardan mustarip olduğu bilinmektedir. WHO tahminlerine göre 2000 yılında toplam hastalık yükünün (DALYs) %10'unu oluşturan nöropsikiyatrik bozuklukların payı 2020 yılında artacak ve %15 olacaktır (WHO, 2001).

Ruh sağlığı sorunları da Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın sağlık sorunları arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan insanların %50'den fazlası hayatlarının en az bir noktasında ruh sağlığı sorunları bildirmekte, her beş kişiden biri ruhsal sorunlar yaşamakta ve yirmi beş kişiden biri şizofreni gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarından mustarıptır. Major depresyon ve bipolar bozukluk (<https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>, Erişim tarihi: 25.12.2020). Türkiye'de ölüm nedenleri arasında ruh sağlığı ve davranış sorunları arasında kadınlarda %0,15'e, erkekler ise %0,11 ile %0,13'e ulaşmaktadır. Türkiye'de yapılan hastalık yükü araştırmasında depresyon yaygınlığının erkeklerde %16,0, kadınlarda %26,3 ve genel olarak %21,1 olduğu saptanmıştır (Bloom vd., 2011).

Aynı çalışmada, hastalık yükünün belirlenmesinde yararlanılan “Engellilere Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years- DALY)” parametresinin alt başlıkları olan “Ölümlerle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years of Life Lost- YLL)” ve Yeti Yitimi ile Kaybedilen Yaşam Yılları (Years Lost with Disability-

YLD)” bakıldığında, en fazla YLD’ye neden olan temel hastalık grupları arasında ilk sırada psikiyatrik bozuklukların yer aldığı görülmektedir (Bloom vd., 2011).

Cinsiyete göre YLD' ye neden olan ilk yirmi neden arasında, tek uçlu depresyon kadınlarda birinci, erkeklerde ikinci sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004). Türkiye 2017 Sağlık İstatistiği Yıllığı’nda ruh sağlığı hastalıklarının hastaneye yatış nedenleri arasında önemli bir yere sahip olduğu, hastalık yükünü oluşturan ilk 10 hastalık içinde yer aldığı ve payının giderek arttığı rapor edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ruh sağlığı sorunlarının küresel ekonomik yükünün 16,1 trilyon dolar olduğu ve bireylerin üretkenliği ve yaşam kalitesi üzerinde dramatik etkileri olduğu bildirilmiştir (Bloom vd., 2011).

Farklı klinik sonuçları olan birçok farklı ruh sağlığı sorunu vardır. Depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikoz, otizm gibi hastalıklar örnek olarak verilebilir. Depresyon dünya çapında en yaygın ruh sağlığı sorunudur. Kadınlarda (%5,6) depresyonun yaygınlığı erkeklerden (%3,1) daha fazladır ve dünya genelinde 300 milyon insanın (küresel nüfusun yaklaşık %4,4’ü) depresyondan etkilendiği tahmin edilmektedir (WHO, 2017).

Depresyon, önceden zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, günlük aktiviteleri gerçekleştirememeye ve en az iki hafta süren sürekli üzüntü, keder, umutsuzluk ile karakterize edilen yaygın bir ruh sağlığı sorunudur. Bu bulgulara ek olarak, iştah değişiklikleri (az ya da çok yemek), enerji kaybı, değişen uyku (az ya da çok uyku), irritabilite, kararsızlık, uykusuzluk, ya da intihar düşüncelerine rastlanmaktadır (WHO, 2020).

Semptomların sayısına ve ciddiyetine bağlı olarak, depresif dönem hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılabilir (WHO, 2020). Depresyon, önlenemez ve tedavi edilebilir bir ruh sağlığı bozukluğudur. Önleme programlarının hem çocuklarda (örneğin fiziksel ve cinsel istismardan sonra koruma ve psikolojik destek yoluyla) hem de yetişkinlerde (örneğin afet ve çatışma sonrası psikolojik destek yoluyla) depresyon sıklığını azalttığı gösterilmiştir (Bhowmik vd., 2012). Hafif ila orta dereceli depresyon, bilişsel davranışçı terapi veya çeşitli psikoterapi teknikleriyle belirtiler azaltılabilmektedir. Orta ve şiddetli depresyon kliniğinde psikoterapiye ile birlikte ilaç sağaltımının etkili sonuçlar bildirdiği bilinmektedir (WHO, 2020).

Depresyon için bilinen ve etkili tedaviler olmasına rağmen, birçok ülkede bireylerin yarısından azı ve hatta hastaların %10'undan azı bu tedavilere erişebilmektedir. Damgalama, mali eksiklikler ve sağlık sistemindeki eksiklikler, yeterli tedavinin önündeki en önemli engeller arasındadır. Öte yandan tüm ülkelerde tanıdaki zorluklar, depresif bozukluğu olan kişilerin düşük prognozu ve yanlış antidepresan kullanımı, depresyonun neden olduğu artan bir yüke neden olmaktadır (WHO, 2020).

Depresyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, sıklığı artmakta, iş gücünde önemli kayıplara neden olmakta, tekrarlama riski yüksek ve kroniktir, küresel hastalık yükünün ana nedenlerinden biri olan ve WHO projeksiyonlarına göre DALY nedenleri arasında en yüksek olan intihar riskini arttırmaktadır. Küreselleşme, Zirveye çıkması ve yarattığı ekonomik yük nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu nedenle depresyonun belirlenmesi, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlanmasında risk faktörlerinin belirlenmesi son derece önemlidir (WHO, 2017).

### **2.1.1. Depresyon Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırması**

Depresyon belirtilerinin büyük bir kısmı günlük yaşamda çoğu insanın karşılaşabileceği belirtileri içerebilmektedir. Belirtileri, bozukluk olarak farklılaştıran durum bu belirtilerin sıklığı, şiddeti ve sürekliliği ile gelen işlev kaybı ile karakterize edilmektedir. Depresyon sağaltımında belirtilerinin şiddeti, prognozu ve çeşitli semtoların varlığının belirlenmesi alt tiplerinin sınıflandırması açısından önemli olduğu bilinmektedir. Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı (DSM-V-TR)'nda depresif bozukluklar: Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, majör depresif bozukluk (MDD), süregiden depresyon Bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yok açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013. s.91-112). DSM 5'te Yeğın (majör) depresif bozukluk için tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Aynı iki haftalık dönemde aşağıdaki semptomlardan beşinin (veya daha fazlası) varlığı ve işlevsellikte belirgin değişiklik;

Bu semptomlardan en az biri (1) çökkün duygudurum veya (2) ilgi kaybı veya azalan zevk almadır.

1. Depresif bir ruh hali neredeyse her gün ve günün büyük bir kısmında mevcuttur veya kendini üzgün, boş ya da umutsuz bildirir ya da başkaları tarafından fark edilir (örneğin, ağlamaklı görünür).

2. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde (ifade veya kendini gözlemlerle belirlenir) hemen hemen her gün ortaya çıkan tüm veya neredeyse tüm faaliyetlerde ilgide önemli azalma veya zevk alamama, eskiden istekle yaptığı şeylere karşı isteksizlik (anhedonia) görülür.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) kilo kaybı ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde değişiklik (azalma ya da artma).

4. Neredeyse her gün, aşırı uyuma ya da uykusuzluk yaşama.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (psikomotor yavaşlama) (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini özkıyım (intihar) düşünceleri ya da kendini özkıyım (suicide) girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu semptomlar, sosyal, işle ilgili veya diğer önemli işlevsel alanlarda klinik olarak önemli sıkıntıya veya düşüşe neden olur.



C: Belirtiler bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine atfedilemez.

Not: Yas, DSM-IV'te bir dışlama ölçütü olarak belirlenmiş olup DSM-V'te bu dışlanan ölçütü kaldırılmıştır.

D: Bu durum, psikotik belirtilerle giden diğer bozukluklarla (şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk) daha iyi açıklanamaz.

E: Madde kullanımına bağlı olmayan ya da fizyolojik hastalıkların yol açmadığı mani ve hipomani dönemi hiçbir zaman yaşanmamıştır.

ICD'de, depresyon tanımları Depresif Dönemler ve Tekrarlayan Depresif Bozukluk başlıkları altında yer almakta, her iki başlık da hafif, orta ve şiddetli olarak alt başlıklar altında incelenmektedir. Depresif atakların her üç seviyesi için, bireyde genellikle depresif duygudurum, ilgi ve zevk kaybı, azalmış enerji, yorgunluk ve azalmış etkinlik gözlenmiştir. Biraz efor sarf ettikten sonra belirgin bir yorgunluk hissetmek yaygındır. Diğer yaygın belirtiler şunlardır:

- (a) odaklanma ve dikkatin azalması;
- (b) özgüven ve özsaygının azalması;
- (c) suçluluk ve değersizlik fikirleri (hafif düzeyde bile);
- (d) geleceğe dair kasvetli ve karamsar bakış açısı;
- (e) kendine zarar verme veya intihar etmeye yönelik fikirler veya davranışlar;
- (f) uykuda bozulma
- (g) iştahın azalması.

Tekrarlayan depresif bozukluk; Herhangi bir bağımsız duygudurum yükselmesi olmaksızın tekrarlayan depresyon epizodları (hafif, orta veya şiddetli) ve mani kriterlerini karşılayan Hiperaktivite epizodları ile karakterizedir. Tekrarlayan depresif bozukluk, içinde bulunduğu dönemin hafif, orta veya şiddetli olmasına göre hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılır. Kriterler şunlardır: (a) Tekrarlayan depresif bozukluk kriterleri ve hafif / orta / şiddetli depresif dönem kriterleri o sırada karşılanmaktadır; (b) Herhangi bir zihinsel bozukluğu olmayan birkaç ay da dahil olmak üzere, en az iki hafta süren iki depresyon atağına sahip olmak.

Ağır olmayan depresyon donemi için; Depresif ruh hali, ilgi ve zevk kaybı ve artan yorgunluk, genellikle depresyonun en yaygın semptomlarıdır ve bu semptomlardan en az iki tanesi nihai tanı için geçerlidir. Normal iş ve sosyal yaşamı sürdürmede zorluklar olsa da üstesinden gelinir düzeydedir ve işlevsellikteki bozulma çok azdır. Semptomlar şiddetli değildir ve en az iki hafta sürmektedir.

Orta derecede bir depresyon donemi için; En yaygın üç semptomdan en az ikisine ek olarak, diğerlerinden en az üçü (ve tercihen dördü) görünmelidir. Ev, iş ve sosyal yaşamla ilgili işlevsellikte önemli bir bozulma mevcuttur. Donemin en az iki hafta sürmesi beklenmektedir.

Ağır depresyon donemi için; Ağır olmayan ila orta dereceli depresyon dönemlerinde gözlemlenen üç tipik semptom da mevcut olmalı ve bazıları şiddetli olması gereken en az dört semptom içermelidir. Motor ajitasyona eşlik eden dört ya da beş belirtinin varlığı gözlenmelidir. Belirtilerin yoğunluğu sıkıntı verici düzeydedir. Bireysel ve toplumsal yaşamdaki işlevsellikte belirgin bozulma mevcuttur. İntihar planları ya da girişimleri görülebilir. Bu donemin en az iki hafta sürmesi beklenmektedir.

### **2.1.2. Depresyonunun Etiyolojisi**

Günümüzde etiyoloji tam olarak açıklanamamakla birlikte psikososyal, genetik ve biyolojik faktörlerin bir sonucu olduğu düşünölmektedir. oğul belirtilerin ve oluş nedenlerinin varlığı depresyonun etiyolojisinin aydınlatılamamasının nedenleri arasında gösterilmektedir. Pek çok çalışmada duygudurum bozukluklarının gelişiminin yaşam olayları ve psikososyal stresörlerle ilişkili olduğu ve bu durumun majör depresif bozukluk üzerindeki etkisinin, majör depresyon gibi duygudurum bozuklukları sınıflandırmasında yer alan bipolar bozukluğa göre daha belirgin olduğu bildirilmiştir (Bondy, 2002). Depresyonla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda depresyonun genetik riskinin %31-42 olduğu saptanmıştır (Öztürk, 2018).

Depresif bozuklukların genetik geçişine ilişkin veriler ikiz, aile ve evlat edinme çalışmalarından elde edilmektedir. Major depresif bozukluğun gelişiminde farklı genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmekle birlikte, ağır olmayan depresyon vakalarında çevresel faktörlerin daha etkili olması muhtemeldir, majör depresyon vakalarında genetik risk faktörlerinin önemini; erken başlangıçlı ve tekrarlayan

depresyon vakalarında genetik riskin daha fazla olduğu yönündeki çalışmalarla görmekteyiz (Ebmeier vd., 2006. s.153-167). Son çalışmalar, depresyonun tekrarlayan ve kronik bir seyir izlediğini defalarca doğrulamıştır. Klinisyenler arasında majör depresif bozukluğun akut bir durum olmadığı ve her atağın yeni bir atak geliştirme riskini artırdığı konusunda yaygın bir görüş vardır. Depresif bir dönem geçiren kişinin ikinci bir depresif dönem geçirme olasılığı 2 yıl içinde %40, 5 yıl içinde %60 olarak bulunmuştur (Bondy, 2002).

Öte yandan çevresel ve toplumsal etkenler olarak görülebilecek kadın cinsiyetine sahip olma, ailesel sorunlar, çevresel çatışmalar, finansal sorunlar, göçmen olmak gibi pek çok faktörün depresif bozuklukların ortaya çıkmasında ve süregelen bir hal almasında etkili olabilecek psikososyal etmenler yer almaktadır.

### **2.1.2.1. Psikolojik Faktörler**

Çevresel stresle sık sık karşılaşan birçok kişi depresyon geliştirmese de çevresel stresörlerin genetik veya yapısal bir yatkınlık varlığında erken yaşta depresyona yol açtığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Zalsman vd., 2006). Bazı olaylar depresyon riskini artırırken, bazı olaylar depresyona yatkınlığı artırabilir.

Küçük yaşta çocuk istismarı, fiziksel veya cinsel istismar, ihmal veya aile içi şiddet, depresyonun hem başlangıcı tekrarlanması için ciddi risk faktörleri olup özgül olmamaktadırlar. Bu deneyimler genetik risk faktörlerin varlığı ile birleştiğinde hastalığın başlamasında ve süregelenleşmesinde önemli bir role sahiptir. Bireyin çocukluk döneminde varolan cinsel istismar öyküsü hayatının ileriki evrelerinde depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları ruhsal bozuklukların oluşumu için ciddi bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Weiss vd., 1999. s.816-828). Ek olarak çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel ihmal, cinsel istismar öyküsünün depresif bozukluklarda intihar girişimi güçlü bir ilişkisi olduğu bilinmektedir (Erol vd., 2012 s.1-6)

Aile üyesinin, özellikle de bir annenin yitimi, diğer ruhsal hastalıklardan çok depresyona neden olduğu ve erken yaşta depresyon gelişimine önemli bir etken olduğu görülmüştür. Genç yaş grubunda zorbalığa maruz kalmış olmanın uzun vadeli etkileri olduğu bilinmektedir. Bu durumun varlığı aynı zamanda depresif bozukluklar ve diğer ruh sağlığı bozuklukları eğilimi açısından risk oluşturmaktadır. Çalışmalarda, kadın

cinsiyetine sahip olma, düşük eğitim düzeyi, yakın ilişkilerin olmaması ve fiziksel rahatsızlıklar, majör depresyon gelişiminde risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Stresörlerin sıklığı ve türleri gelişim sürecinde farklı risklere sebep olabilmektedir. Geç çocukluk döneminden ergenlik döneminin sonuna kadar gelen dönemde psikolojik stres faktörlerinin varlığı ve artışı ergenlik döneminde depresyon gelişimi açısından risk oluşturmaktadır (Ge vd., 1994).

### **2.1.2.2. Biyolojik/Genetik Faktörler**

Duygudurum bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan evlat edinme çalışmalarında duygudurum bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk görülme oranı çok daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Wender, 1986). 2012). Yapılan gen çalışmalarında Majör depresyon, glukokortikoid reseptör gen NR3C1, monoamin oksidaz A geni, glikojen sentaz kinaz-3 geni, grup-II metabotropik glutamat reseptör geni (*GRM3*) gibi birçok gen ile ilişkilendirilmektedir (Kupfer vd., 2012. s.1045-1055). Genetik faktörlerin depresyonda önemli bir rol oynadığına inanılırken, etkisi bilinmemektedir. X'e bağlı kalıtsal baskın bir kalıtım olduğu ileri sürülmekle birlikte literatürde zıt sonuçlar mevcuttur (Tözün vd., 2008).

Biyojenik aminler, duygudurum bozukluklarının oluşumunda yaygın olarak dikkate alınmıştır. 5 HT (serotonin) ve norepinefrin aktivitesindeki azalmaların depresyon oluşumunda etkili olduğu en çok kabul gören görüşlerden biridir (Koroğlu vd., 2004). Bu nedenle, serotonin ve norepinefrin en konsantre biyojenik aminlerdir. Ek olarak, asetilkolin ve dopamin seviyelerindeki değişikliklerin de duygudurum bozukluklarına yol açtığı görüşünde olan araştırmacılar vardır. Beyin nörokimyası ile ilgili yapılan çalışmalarda serotonin ve norepinefrin sistemlerinin tek başına çalışmadığı, bu sistemlerin etki sırasının asetilkolin ve dopamin sistemleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ayyıldız vd., 2008). Bu nedenle, günümüzde en yaygın kabul gören görüş, aminlerin heterojen regülasyonundaki düzensizliğin, duygudurum bozukluklarının oluşumunda tek başına nörotransmitterlerin rolüne bakılmaksızın daha önemli olduğu yönündedir.

Depresif bozukluklar belirgin bir cinsiyetle arası farklılığı gözlemlenmektedir. Depresyon oranları çocuk-ergen ve yaşlılarda belirgin bir cinsiyet farklılığı

bildirilmemiştir. Bunun sonucunda depresyonda hormonların rolü olabileceği öne sürülmüştür (Sprock, 1997)

### **2.1.3. Depresyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **2.1.3.1. Psikanalitik Yaklaşım**

Psikanalitik bakış açısına göre, zihinsel depresyon semptomları yas tutma ile benzer belirtiler taşımaktadır. Freud'a göre, var olan sevgi nesnenin kaybı bir yas meselesidir. Depresyonun şiddeti ve süresi, sevgi nesnesine yapılan duygusal yatırımın derecesine göre değişmektedir (Öztürk, 2018). Genellikle sevgi nesnesinin olumlu özellikleri anımsanmakta, olumsuz özellikler içe-atılarak kendiliğin bir parçası haline gelmektedir. İçe-atılan sevgi nesnesinin olumsuz niteliklerinin içselleştirilmesi depresif kişilerin temel niteliklerini oluşturmaktadır (McWilliams, 1994 s.282).

Furman'a göre, ayrılma-bireyleşme döneminde bakım veren, çocuğun büyüme girişimlerine karşın çocuğa yapışıp “sen olmadığında yalnızım” şeklinde suçluluk duyguları aşılıyarak çocuğun “bağımsız olma girişimlerinin başkalarınca incitici olduğu” sonucuna ulaşmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple çocuk önemli bir kendilik bölümünü kötü olarak deneyimlemektedir. Oluşan bu kendilik duygusu ise depresif dinamiklerin oluşmasına sebep olmaktadır (Furman, 1982). Kadınlar duygusal sorunlarla baş etmede erkeklere göre daha depresif olma eğilimde olmaktadır. Bakım verenin kadın olması ile erkek çocuklar, bakım verenden farklı olmaya bağlı bir cinsiyet kimliği oluşturmaktadır. Kız çocukları ise bakım veren ile özdeşim kurmaktadır. Erken dönemdeki bakım sağlayandaki bu cinsiyet farklılığı feminist teorisyenlere göre çocukların farklı savunma düzenekleri geliştirmesiyle sonuçlanmaktadır. Kız çocukları anne ile özdeşimden doğan içe-atma (suçlu kişi) mekanizmasını kullanırken, erkek çocukları cinsiyet kimliği duygusunu ayrılma ile oluşturarak içe-atmayı da daha az kullanmaktadırlar. (McWilliams, 1994) Bu durum da kadınların yaşamdaki kötüye giden olaylarda kendi rolünü testip etmeye yönelik abartılı bir çabaya sebep olabilmektedir.

#### **2.1.3.2. Davranışçı Kuram**

Bu kurama göre davranışın denetiminde çevresel koşulların önemli olduğuna inanılmaktadır. Seligman'ın “öğrenilmişlik çaresizlik” görüşüne göre depresyon,

bireyin çocukluktan itibaren maruz kaldığı olumsuz uyarınları kontrol edememesi ve bu uyarınlara karşısında çaresiz kalması ile açıklanmaktadır. Kontrol edilemeyen, zorlayıcı olaylar çaresizlikle sonuçlanabilmektedir. Bireyin etrafındaki koşullarda pozitif uyarınlara azalması, negatif davranışlarda artışa neden olmaktadır. Bununla birlikte davranışçı yaklaşım, nedensel sorunlara değil, bireyin davranışına odaklanmaktadır (Cüceoğlu, 1997).

Davranışçı yaklaşıma göre depresyon, olumlu davranışın ortaya konmasında önemli olan pekiştiricilerin azalması sonucu ortaya çıkmaktadır. Zorlayıcı koşulların varlığı ve olumlu pekiştiricilerin yetersizliği ile birey kaçınma davranışında bulunarak kendini yetersiz ve çaresiz olarak değerlendirmektedir. Kaçınma davranışının önemi ile birlikte “davranışı harekete geçirme tedavisi” bu yaklaşımda tercih edilen bir seçenek olmaktadır.

### **2.1.3.3. Bilişsel Kuram**

Bilgi işleme modeline dayalı bilişsel kuram bilişsel psikolojinin ilkelerini temel alan klinik kuramdır. (Türkçapar, 2017). Beck'in bilişsel teorisine göre, depresyon bilişsel bozukluktur. Duygudurum bozukluğunun bu gelişimdeki rolü ise ikincildir. Kişilerin olumsuz benlik algıları, çevrelerine karşı olumsuz bakış açıları ve yorumlamadaki hataları çarpıtmalar ve gerçekçi olmayan olumsuz yargılı düşüncelerdir. Bu düşünceler bireyde kendini değersiz görme, çaresizlik ve umutsuzluk (bilişsel üçlü) olarak kendini gösterir. Ayrıca bu yaklaşıma göre depresif bireyler kendilerini değersiz, güçsüz ve yetersiz hissederler. Kendilerini, içinde buldukları herhangi bir olumsuz durumun nedeni olarak görürler ve başkalarının onlardan hoşlanmadığına dair düşünme eğilimindedirler.

Şemalar bireyin erken dönemden itibaren kendisini ve dış dünya ile ilişkilerini belirleyen sayıltılar olup, düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasını sağlamaktadırlar. Erken dönemlerden itibaren yaşanan olumsuz deneyimler ve özdeşimler sonucu oluşan, sonraki yıllarda da benzer yaşantılarla pekişerek dirençli bir hale gelen olumsuz şemalar kişinin kendisi ve diğerleri ile ilişkilerinde bozucu etkiye sebep olmaktadır. Beck bu olumsuz şemaları çaresizlik, sevilme, değersizlik olarak üç başlıkta değerlendirmiştir.

Kendiliğinden ortaya çıkan, düşünmeyi seçmediğimiz, hızla zihinden geçen düşünce ve imgeler otomatik düşüncelerdir. Bu düşünceler kişide olumsuz istenmeyen duygular uyandırıyor ise olumsuz otomatik düşünce olarak adlandırılmaktadır (Türkçapar, 2017). Bu düşüncelere yönelik farkındalık ve keskinleştirmeler kişilerin olaylara bakışında olumlu değişiklikler meydana getirebilir. Beck hissedilen olumsuz duygu ve duyuların ardında bu otomatik düşüncelerin var olduğunu söylemektedir (Beck, 1976). Olumsuz otomatik düşüncelerin kontrol gruplarına göre depresyon hastalarında yaygınlığının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Blackburn vd., 1986). Depresyonun tedavi sürecinde bu bilişsel çarpıtmalar incelenmekte ve yeniden yapılandırılmaktadır (Çisem, 2013).

Depresyonda sık gözlemlenen bilişsel işleme tipleri (Köroğlu, 2013).

Zihinsel filtreleme: Kişi depresyon düşünceleri ile uyuşmayan düşünceleri göz ardı ederek olayların olumsuz yanlarını abartma eğilimindedir.

Keyfi çıkarılma: Kişi yeterince ve anlamlı kanıtlar elde etmeksizin sonuç çıkarıvererek tersine kanıtları ayıklar. Bu çıkarılamaların depresyon düşünceleri ile ilgili oluşu depresyonu besler niteliktedir

Geleceği öngörme: Olası ihtimalleri değerlendirmeksizin, kişi geleceği karamsar bir şekilde değerlendirmektedir.

Zihin okuma: Kişi diğer insanların düşünceleri ve amaçları ile ilgili öngörülerde bulunarak diğer insanların da kendi düşüncelerini bilmeleri gerektiği yönünde bir inanca sahip olmaktadır.

Duygusal çıkarım yapma: Bu durumda kişi duygularını yaşananların bir kanıtı olarak görmektedir. Kişisel izlenimler değerlendirilirken nesnel gerçeklik ihmal edilmektedir.

“-meli, -malı” ifadelerini kullanımı: kendisinin, diğerlerinin ve dış dünyanın nasıl olması gerektiğine dair beklentileri ve gereklilikleri ifade etmektedir.

Etiketleme: Kişi yaşananlar karşısında kapsayıcı değerlendirmeler yapmak yerine etiketleyerek durumun karmaşık yapısı gözardı etmektedir.

Kişiselleştirme: Kişi yaşadığı olumsuz olayların kaynağının kendisi olduğunu düşünmektedir. Bu durumda ilgili olmadığı kötü olayları bile kendisiyle ilişkilendirip kendisini sorumlu tutabilmektedir.

#### **2.1.3.4. Varoluşçu Yaklaşım**

Varoluşçuluk, eylemlerin sorumluluğunu üstlenmeye, özgünlüğe ve özgürlüğe vurgu yaparak problemlerin çözümünün buradan geçtiğini ifade etmektedir. Bu yaklaşım insanın nicelenebilecek bir nesne olmadığı bunun ötesinde bir var oluş olduğunu ifade ederek insanın bir kişilik kuramı çerçevesince tanımlanamayacağını ileri sürer. Çocukluk yaşantılarının bugünün davranışlarının nedeni olamayacağını söyleyerek nedenselliği reddetmektedir. Teorinin en önemli temsilcilerinden biri olan M. Boss (1963), depresif bireyi hayatın sorumluluklarını aşamayan ve dolayısıyla özgür olamayan biri olarak tanımlamaktadır. Başkalarının onayını ve sempatisini kaybetmemek için birey, başkalarının isteklerini kendi isteklerinden önce görerek kendini aşağısına eğilimindedir. Bu eğilim depresyondaki bireylerde suçluluğun nedeni olan varoluşsal suçluluktan kaynaklanmaktadır (Alper, 2001). Depresyon Frankl'a göre yaşamda amaç eksikliği ve anlam krizi olarak açıklanmaktadır.

#### **2.1.4. Depresyonu Açıklayan Kuramsal Modeller**

##### **2.1.4.1. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli**

Öğrenilmiş çaresizlik, kişinin yaşamı üzerinde olumsuz etkilere neden olan bir değişken olarak bilinmektedir. (Abramson vd., 1978). Bu modele göre kişi başarısızlığa uğradığı bir olay sonrası benzer bir olayla karşı karşıya geldiğinde tekrardan başarısızlık yaşayacağı, beceremeyeceği, şeklindeki olumsuz fikirlerini genelleyerek gereken davranışı sergilemeye daha az istekli olmaktadır. Bunun sonucunda başarısızlık davranışı pekişerek öğrenilmiş çaresizliğe neden olmaktadır.

Seligman öğrenilmiş çaresizlik ve reaktif depresyon davranış patterninde benzerlikler olduğunu ifade ederek bu modelin depresyonu anlamak için açıklayıcı olabileceğini ifade etmiştir. Ağrılı uyaranlara uzun süre maruz kalan bir kişinin onlardan kurtulamadığını ve bu yaşantıdan yola çıkarak bir engel durumunu ifade eder. Bu çaresizlik hali de kişide depresyona sebep olmaktadır. Bu modele göre depresif bireylerde sorunun nedeni kişilerin kendileridir ve bu durum değişmez, geneldir.



Öğrenilmiş çaresizlikte kişi, davranışıyla davranışının beklenen sonucu arasında bir ilişki kuramadığından, yapması gereken davranıştan kaçınmaktadır (Seligman, 1992).

Olumsuz olaylardan kaçınılmayacağını düşünen kişi, benzer olaylar karşısında kendisi hakkında olumsuz sonuçlar çıkararak ve olumsuzluğun ileride daha çeşitli olumsuzluklara yol açacağını düşünerek depresif bir duygulanım sergilemektedir (Metalsky ve Joiner, 1992). Abrahamson, Metalski ve Alloy (1989) depresyonu açıklamak için umutsuzluk teorisini önermişlerdir. Bu kurama göre istenilmeyen olayların gerçekleşip istenilen olayların gerçekleşmeyeceği düşüncesi depresyona neden olmaktadır. Umutsuz bir birey, istediğinin ve iyi şeylerin olmayacağına inanmaktadır. Bu durum travmatik olaylar için geçerli olmaktadır (Abrahamson vd., 1989).

#### **2.1.4.2. Umutsuzluk Modeli**

Umutsuzluk, kişi tarafından kendisine dair özelliklerin ve geleceğe ilişkin beklentilerinin olumsuz tanımlandığı ve bu durumu genel ve değişmez kabul ettiği anlamına gelmektedir (Abramson, 1989). Psikiyatrik bozukluklar içinde umutsuzluk en belirgin şekilde depresyonda gözlemlenmektedir. Araştırmalar depresif belirtilerinin ve yakınmaların artışının umutsuzluk ile doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Beck (1963) umutsuzluğu depresyonun temel özelliklerinden biri olarak tanımlamış buna ek olarak umutsuzluğun intihar girişimindeki rolünün önemli olduğunu belirtmiştir. Depresyon olgularında, intihar riskinin değerlendirilmesinde umutsuzluğun depresyonun şiddetinden daha önemli bir belirteç olabileceği vurgulanmıştır (Ak, 2006). Bu sebeple depresif olgularda umutsuzluğu değerlendirmenin önemli olduğu söylenebilir.

#### **2.1.4.3. Beck'in Bilişsel-Davranışçı Modeli**

Beck, depresyona yatkın bireylerin olayları olumsuz yorumladığını ve özeleştiril bir tutuma sahip olduklarını söylemektedir. Günümüzde, depresyonu tedavi etmek için en yaygın kullanılan en etkili yaklaşımın, Beck tarafından geliştirilen bilişsel model olduğu söylenmektedir (Köroğlu, 2011). Beck modelinde üç farklı öğrenme türüne dikkat çekmiştir. Bu üç ana alandaki olumsuz düşünme kalıpları depresyona neden olmakta ve depresyonun seyrini etkilemektedir (Türkçapar, 2017). Bu kalıplar kişinin kendisine, başkalarına ve dünyaya olumsuz bakışını içermektedir.

Bu olumsuz algı ise şemalar ile açıklanmaktadır. Şemalar, erken yaştan itibaren edindiğimiz kişinin kendisine ve dış dünyaya ilişkin kişisel deneyimlerini ve dolaylı öğrenmelerini kapsayan bu bilgileri yorumlama şeklimiz (inançlar ve otomatik düşünceler) tarafından şekillendirilen tüm bilgileri ifade etmektedir. Kişi bazı işlevlerinde bir dizi başarısız sonuçlarla karşılaştığında, "başarısızlık" şeması geliştirebilmekte ve bu şema, kişinin gelecekteki yaşamında kendisini çaresiz görmesine neden olmaktadır (Beck, 2008).

Bilişsel davranış modeline göre birey, Tip 1 öğrenmede kendisini olumsuz görür. Kendini kötü biri olarak tanımlar ve bu nedenle başına kötü olayların geldiğine inanmaktadır. İkinci tür öğrenmede, bireyin yetersiz deneyimleri ön plana çıkmaktadır. Bu tür öğrenmede kişi, çevresindeki olumsuz olayların devam etmesini yetersizliğine bağlar. Üçüncü tür öğrenmede, birey gelecek hakkında kötümserdir, gelecekte her şeyin kötü olacağını düşünür. Beck'e göre bu üç öğrenme paradigması, depresyonlu bireylerin davranışları için temeldir (Beck, 1979).

### **2.1.5. Depresyonun Tedavisi**

Son yıllarda psikoterapi yöntemlerinin depresyonun tedavisindeki etkinliği üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, sorun çözme terapisi, yönlendirici olmayan destekleyici terapi olmak üzere farklı psikoterapi yöntemlerinin depresyonun sağaltımında etkili olduğu, hafif ve orta şiddetteki depresyonda ikili tedavinin, tek başına psikoterapi ve tek başına ilaç tedavisinden daha etkili olduğu, ağır depresyon olgularında psikoterapinin daha az etkili olmadığı ifadeleri literatürde yer almaktadır (Cuijpers, 2008).

Hem bipolar bozuklukta hem de majör depresyonda görülebilen depresyon epizotları, yaşamsal özelliklere sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle depresyon tedavisi mevcut tabloyu değil, aynı zamanda hastanın daha sonraki yaşamını destekleyecek bir tedavi planı başlatmak amacıyla değerlendirilmelidir. Tedavi psikoterapi ve ilaç tedavisine dayansa da çeşitli yaşam olayları veya stresörler depresyonun tekrarını artırabileceğinden, tedavi hastaların yaşamlarındaki bozucu faktörlerinin şiddeti ve sayısı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle hastaya ve ailesine gelecekteki tedavi stratejileri konusunda danışmanlık verilmesi önemlidir (Duran, 1999).

Orta ve ağır şiddetli depresyon tedavisi için günümüzde ilk seçenek ilaç tedavisidir. Psikofarmakolojide farmakokinetik, ilaçların vücutta emilimi, dağılımı, metabolizma ve atılımını incelerken, farmakodinami ilaçların vücuttaki etkisini inceler. İlaçların etkinliğin ve yan etkilerin kişiden kişiye farklılık gösteriyor olması kişiye özgü uygun ilaç seçiminin önem vurgulamaktadır. Hastanın önceki dönemlerde kullandığı ya da ailede benzer hastalık öyküsü taşıyan yakının tedavisinde fayda sağladığı ilaç ilk tercih olarak görülmektedir (Öztürk, 2018). Bununla birlikte depresyon tipi ve şiddeti, intihar eğilimi, eşlik eden bedensel ve ruhsal hastalıkların varlığı ilaç seçimini ve tedavi yöntemini etkilemektedir.

Hastanın iş birliği ve ailenin desteği açısından kendilerine yeterli bilgi verilmesi önemlidir. Depresyonun yinelenmesinde zayıf ilaç uyumu ve tedaviye uyumsuzluğun risk oluşturduğu bilinmektedir (Karakuş, 2010) Ailede ruhsal hastalık öyküsü, sosyal desteğin yetersizliği, stresörlerin yoğunluğu ve eş tanı da depresyonun diğer yineleyici risk faktörleridir. Hastada bu risk faktörlerinin varlığı koruyucu tedavi önlemleri açısından önem taşımaktadır.

Tedaviye dirençli olgularda ya da intihar girişimi ve düşüncelerin varlığı gibi bazı özel durumlarda ve kötü prognozlu hastalarda işlevselliğin geri kazanımı, nüks önlemleri amacı ile Elektrokonzülzif terapi gibi somatik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Etki mekanizması halen bilinmemekle birlikte uygulamanın tedaviye hızlı yanıt veriyor olması sebebiyle halen etkin bir tedavi seçeneği olmaktadır. Başlıca şiddetli seyreden ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan EKT, etki hızı yüksek olsa da hasta farmakolojik tedaviye yanıt vermediği durumlarda kullanılmaktadır (Çalıyurt, 2012). Bu uygulamaya yönelik eleştirilerin uygulamanın yan etkilerinin yanı sıra toplum, hasta ve yakınları olumsuz inanışlar ve damgalanma sebebi ile oluştuğu söylenmektedir (Eroğlu vd., 2017). Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda, uygulama hakkında bilgi eksikliği hastalarda muayene ve pratik uygulama öncesinde yüksek düzeyde anksiyeteye sebep olduğu bildirilmiştir (Huten, 1997).

Pek çok araştırma sirkadiyen ritm anormalliklerinin psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisini ortaya koymuştur (Çalıyurt, 2012). Özellikle duygudurum bozukluklarında gözlemlenen sirkadiyen kayma biyolojik ritmi bozmaktadır. Çalışmalar, parlak ışık tedavisinin sirkadiyen ritmi düzenleyici bir etkiye sahip olduğunu, antidepresanların

etkisini artırdığını, uyku kalitesini ve depresyon semptomlarını iyileştirdiğini göstermiştir (Terman 1999). Işık tedavisi ilk kez Rosenthal ve ark. kontrollü bir çalışmada kullanılarak mevsimsel affektif bozukluk için etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini bildirmiştir (Rosenthal, 1984). Özellikle uzun yıllar mevsimsel depresyon geçiren hastalarda bu teknik etkinliğini bildirmiştir. Günümüzde ise bu tedavi yöntemi MAB ile sınırlı kalmayarak premenstrüel disforik bozukluk, bulimia nervoza gibi pek çok hastalıkta kullanılmış ve etkili olduğunu bildiren çalışmalar artmaktadır (Pail vd., 2011). Yanıt oranının yüksek olması nedeniyle mevsimsel depresyonda ilk tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Parlak ışık tedavisinin yan etkilerinin tehlikeli olmadığı ve tedavinin başlangıcında ortaya çıkan yan etkilerin birkaç gün sonra azaldığı bildirilmiştir. En yaygın bildirilen yan etkiler mide bulantısı, terleme, sedasyon, göz yorgunluğu, görme sorunları, baş ağrısı ve sinirliliktir (Terman, 1999). Bu yan etkilerin büyüklüğü, ışığın yoğunluğuna, süresine ve uygulamanın zamanlamasına bağlı olarak değişmektedir (Wirz-Justice vd., 2012). Parlak ışık tedavisinin etki mekanizması tam olarak anlaşılmasa da antidepresan aktivitenin sirkadiyen ritmi birden fazla mekanizma ile düzenlemenin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Sirkadiyen ritim, uygulanan beyaz ışık yeniden düzenlenir. Gözden gelen ışık, sirkadiyen ritmi 24 saatlik günlük rejime uyduran en etkili araçtır. Bu tedavinin uygulaması depresyon hastalarında sabah saatlerinde yapıldığında çok daha etkili olduğu bildirilmiştir (Even vd., 2008).

### **2.1.6. Depresyon ile COVID-19 Salgınının İlişkisi**

Küresel afet olayı olarak tanımlanan COVID-19 Salgını çeşitli biçimlerde kayıp duygusunun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu süreçte insanlar, yaşam güvenliğini mesleğini, ekonomik gücünü, yakınlarını, arkadaşlarını kaybetmiştir. İnsanlar, salgına veya salgına karşı alınan önlemlere bağlı olarak maddi ve manevi kayıplarla karşılaşmaktadır. Covid-19 nedeni ile bir aile üyesinin veya yakının ölümünü yaşamak ve son anlarında fiziksel olarak yanlarında bulunamıyor olmak yas sürecini daha komplike hale getirirken cenaze töreni gibi ritüelleri yerine getirememek yas tutma sürecinde bozucu etkiye neden olabilir (Adhanom, 2020). Kaybın kişi için önemi ve geri döndürülemez doğası, depresyon sıklığının diğer ruhsal bozukluklara göre daha yüksek olabileceği öngörüsüne yol açmaktadır.

COVID-19 yalnızca fiziksel sağlığı tehdit etmemekle birlikte ruh sağlığı açısından güçlü bir risk faktörü oluşturmaktadır. Pandeminin ilk günlerinde, virüsün fiziksel sonuçları daha fazla dikkat çekmiş ve ruh sağlığı önlemleri geri planda kalmıştır. Yakın tarihli araştırmalar kişinin ya da yakınlarının hastalık durumunun ve alınan bulaş önlemlerinin salgının toplum ruh sağlığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu yönünde sonuçlar göstermiştir (Inchausti vd., 2020). Salgın hastalıkların olumsuz etkilerine daha fazla maruz kaldığı düşünülen sağlık personelleri ile yapılan çalışmaların pek çoğu bu ön görüşü doğrular niteliktedir. 1257 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %50,4'ü depresyon, %44,6'sı anksiyete bozukluğu, %34'ü uyku bozukluklarının varlığını bildirmiş, bu durumun hemşireleri ve kadınları daha fazla etkilediği bildirilmiştir (Lai, 2020). Buna karşın Çin'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının genel nüfusa karşın TSSB verilerine bakıldığında, sağlık çalışanlarının daha düşük TSSB düzeyi bildirdiği görülmüştür. Bu durumun daha önce yaşanan salgınlardan kaynaklı sağlık çalışanlarının daha deneyimli olmaları ile ilişkilendirilmiştir (Sun, 2020).

Aşağıda listelenen risk faktörlerinin varlığı, bireyin majör depresyon, TSSB ve/veya anksiyete bozukluğu yaşama olasılığını artırmaktadır (Rossi vd., 2020).

- a. COVID-19 Salgını öncesinde ruhsal bozukluk veya kronik fiziksel hastalık tanısı almış olma (tedavi görmüş veya tedavisi süren),
- b. COVID-19 tanısı alma, tedavi görme veya karantinada kalma,
- c. Bir yakınına COVID-19 hastalığına bağlı kaybetme,
- d. Bu süreçte yoğun strese maruz kalma, damgalanma
- e. Salgınla birlikte ciddi ekonomik kayıp, iş kaybı yaşama veya iflas etme

## **2.2. ANKSİYETE**

### **2.2.1. Anksiyete Kavramı**

Anksiyete kavramı, karşılığında çoğunlukla kaygı, endişe, sıkıntı sözcükleri kullanılmaktadır. Fakat bu kavramlar klinik bir bozukluk olan anksiyetenin niteliğini ve niceliğini yeterince yansıtmamaktadır (Öztürk, 2018, s.337). Hafif düzeyde kaygı

kişiyi harekete geçirebilmekte ve bu durum normal kabul edilmektedir. Normal ve anormal anksiyete parametreleri bu noktada önem kazanmaktadır. Bu durumun anormal parametlerinden biri olan “belirsizlik” kişilerde olumsuz bir olayın yaşanağına dair “beklenti” oluşturmaktadır. Bu kaygılı bekleyiş çoğu zaman kronik bir tavır olarak görülmektedir. Buna aynı zamanda beklenti anksiyetesi de denilebilmektedir. Kişi her an tehlike ve kötü yazgı bekleyişi içinde olabilmekte ve bu beklentiyi kontrol etmekte zorlanmaktadır.

Anksiyete, düşünsel içeriğı belirgin olmayan, uzak ve belirsiz tehlikelere bir yanıt olarak görülmekte ve kişinin tüm varlığını etkileyebilmektedir (Bourne, 1995). Korku; tehdit edici uyarana verilen tepki iken anksiyete; nesnesi bilinmeyen, somut bir uyarana bulunmayan, içsel tehditlere verilen bir tepkidir (Öztürk, 2018). Özgül nesneye ya da duruma bağı görünümde kişi yaşanan korkuların aşırı ve anlamsız olduğunu bildiğini bildirmektedir. Bununla birlikte kişi korku nesnesine bağı uyarandan kaçınmakta ya da yoğun bunaltı hissetmektedir. Bu durumun işlevselliğe olan etkisi önemli bir ölçüt olmaktadır

Anormal anksiyete parametrelerinden bir diğeri bu beklentiyi fizyolojik ve bedensel tepkilerin takip etmesidir. Bu belirtiler; hızlı kalp atış hızı, kan basıncında yükselme, kas gerginliğı, mide bulantısı, ağız kuruluğı ve terleme gibi fiziksel reaksiyonları içerebilir. Belirtiler çevresel bir tehdit karşısında vücutta oluşan tepkilerle benzer olmasına karşın özellikle yaygın anksiyetede bu tehditin ne olduğu kişi tarafından bilinmemektedir.

Borkeviç geliştirdiğı bilişsel kaçınma kuramında kişilerin endişelenmeyi anksiyeteden bir kaçınma yolu olarak kullandıklarını öne sürmektedir (Borkovec, 1995). Özellikle obsesif kompulsif bozuklukta görülebilen bu klinik durum kaynağını yetersiz iç görü ile birlikte düşüncelerin doğruluğına yönelik keskin inançlardan almaktadır. Anksiyete yaşayan kişiler belirsizliğin karşısında endişelenme şeklinde işlevsiz bir bilişsel deneme ile zihinsel odağı değiştirerek belirsizlikten kaçma tepkisi oluşturmaktadır. Fakat sonrasında bu başa çıkma yönteminin anksiyete belirtilerinin şiddetini azaltmayı aksine pekiştirmeye neden olduğu söylenmektedir (Fisher, 2007).

## **2.2.2. Anksiyete Etiyolojisi**

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı çok faktörlü bir nedene sahip olduğuna inanılmaktadır. Genetik ve çevresel faktörler bireyi anksiyeteye karşı savunmasız hale getirmekte ve bu yatkınlık daha sonra biyolojik, bilişsel ve sosyal koşulların etkisiyle anksiyete bozukluğuna zemin hazırlamakta yani diğer bir deyişle genetik faktörler çevresel risk faktörleri ile karşı karşıya geldiğinde önem kazanmaktadır (Uzby, 2002, s. 6).

### **2.2.2.1. Genetik Faktörler**

Yapılan aile ağacı incelemelerinde ve ikiz çalışmalarında anksiyete bozukluklarının kalıtsal özelliklerine dair önemli veriler bulunmaktadır. Anksiyete bozukluklarının genel kalıtsal yaygınlığı 0.25-0.60 aralığında belirlenmiştir (McGrath, 2012). Anksiyete bozuklukları arasında kalıtılabilirliği en belirgin bozukluk, panik bozukluk (%48) olarak bildirilmiş olup bu bozukluğun birinci derece akrabalarda görülme sıklığı %2,8-14,7 arasında değişkenlik göstermektedir (Schumacher 2011 s.361-368). Genel itibariyle fobiler de ailesel geçiş gösteren klinik bozukluklar olarak bilinmekte olup bu oran %4,1 olarak bildirilmiştir (Schumacher). Anksiyete bozukluklarının genetik kalıtımı, klinik tanıya, değerlendirilen nüfusun yaşına ve cinsiyetine bağlı farklılık göstermektedir.

### **2.2.2.2. Nörokimyasal Faktörler**

Yapılan çalışmalara göre GABA-Benzodiazepin Reseptör-Cl-ionofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem ve Serotonerjik Sistem, normal ve patolojik anksiyetenin gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu temel nörotransmitter sistemlerine ek olarak, ventral tegmental alandaki (VTA) dopaminerjik nöronların ve pedikülopontin çekirdeğindeki kolinerjik nöronların, uyanıklığı ve dikkati artırarak anksiyete gelişimine çok az katkıda bulunduğu, ancak doğrudan anksiyolitik eksikliği olduğuna inanılmaktadır. Merkezi nöropeptidler kolesistokininin ve P maddesine ek olarak, santral sinir sisteminin (SSS) diğer inhibe edici nörotransmitterleri, nitrik oksit (NO) ve adenosin de anksiyetenin gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol oynar (Uzby, 2002, s. 6).

### 2.2.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Birkaç toplum çalışması, anksiyete bozukluklarının en yaygın ruh sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Hem toplumda hem de klinik ortamda yaygın olan yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamakta en sık görülen psikolojik bozukluk olarak bilinmektedir. Bu bozukluğun nokta yaygınlık oranı 1,6, bir yıllık yaygınlığı %5,1 olarak bildirilmiştir.

WHO dünya ruh sağlığı araştırması girişiminde 17 ülkede 85052 birey üzerinde yapmış olduğu çalışmanın sonucunda anksiyete bozuklukları, en düşük %4,8 ve en yüksek 31-0 yaygınlık oranı ile yaşam boyu yaygınlığı en yüksek ruhsal bozukluk olarak belirlenmiştir (Kessler vd., 2007) Türkiye'ye bakıldığında, yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranı %12,1 olarak belirlenmiştir (Doğan, 1995). Anksiyete bozukluklarının 13-32 yaşlarında başladığı belirtilmektedir (Kessler, 1994). Bununla birlikte anksiyete bozuklukları kadınlarda daha fazla gözleendiği ifade edilmiştir (Grant, 2006). Düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, yüksek yaş ve çocuklukta anksiyete öyküsünün varlığı yaygın anksiyete bozuklukları için risk faktörü oluşturmaktadır (Doğan, 1995). Anksiyete bozukluklarına çoğunlukla diğer anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir. Bunun dışında en yüksek komorbidite depresif bozukluklar ile gözlenmektedir (Doğan, 1995 s.14)

### 2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Günümüzde kullanılan ölçütler farklı anksiyete bozukluklarını tanımlamaktadır. Bu tanımlamalar anksiyete bozukluklarının tedavisinin etkin bir şekilde sürdürülmesinde önemli kriterler olarak belirlenmiştir. DSM-5'e göre anksiyetenin sınıflandırması Tablo 1.'de yapılmıştır (DSM-5, 2013).

**Tablo 1.** DSM-5'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması

DSM-5 Sınıflandırması
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
Özgül Fobi
Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)



Panik Bozukluğu
Agorafobi
Yaygın Kaygı Bozukluğu
Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Kaygı Bozukluğu

DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (DSM-5, 2013)

Ayrılma kaygısı bozukluğu: Kişinin gelişimsel özellikleriyle orantılı olmayan şiddetli bir anksiyete durumudur. Ayrılma anksiyetesi, beraber olduğu kişiden ayrılma sırasında gelişmektedir. Bu durumun varlığı süreklilik belirten korkuya, kaygıya ve kaçınmaya sebep olmaktadır. Çocuk ve ergenlerde en az dört hafta, yetişkinlerde ise en az altı ay sürmesi gerekmektedir.

Seçici Konuşmazlık: Sıklıkla çocukluk döneminde oluşmaya başlamakla birlikte çocuğun, konuşma becerisi kazandığı halde konuşması beklenen toplumsal durumlarda sürekli seyreden konuşama durumudur. Bu bozukluğun en az bir ay devam ediyor olması gerekmektedir. Okulun birinci ayı bu süreye dahil edilmemektedir. Konuşacağı ortamı ya da kişileri kısıtlı bir şekilde seçerek yalnızca onlarla konuşmaktadır. Bu sebeple iletişim ve başarı ile ilgili sorunlar oluşturabilmektedir.

Spesifik fobi: İğne veya uçakta uçmak gibi belirli bir nesneyi veya durumu denemekten duyulan endişe veya korkudur. Çocuklarda ağlama, sarılma veya çığlık atma şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Birey, belirli bir fobiye neden olan şey veya durumdan kaçınma eğilimindedir. Bu durum altı ay veya daha uzun sürmekte ve işlevsellikte belirgin bir düşmeye sebep olmaktadır Yaşanılan kaygılar ve korkular sosyal ve kültürel olarak gerçekçilikle tutarsızdır.

Sosyal anksiyete bozukluğu: Şiddetli anksiyete ve birden fazla dışsal sosyal sorundan korkma durumudur. Sosyal anksiyete bozukluğunun örnekleri, insanlarla iletişim kuramama, tanımadıkları insanlarla ilgili endişeler, insanların algıladıkları fikir ve toplumda bir şeyler yapmada zorluk çekmeyi içerir. Çocuklarda korku ve

kaygı, sosyal durumlarda konuşamama olarak düşünülebilir. Bu süreç altı en az ay veya daha uzun sürer.

**Panik bozukluğu:** Süreklilik gösteren ve beklenmedik panik ataklarla karakterizedir. Panik atak ise beklenmedik durumda dakikalar içinde doruğa ulaşan yoğun korku veya içsel sıkıntının meydana geldiği durum olarak ifade edilebilir. Bir kişinin sakin veya endişeli olduğu bir ortamda aniden olabilir. Bu sürede hızlı kalp atışı, terleme, titreme, boğulma hissi, göğüste sıkışma, mide bulantısı veya karın ağrısı, baş dönmesi, sıcak basması, kendinden kopma durumu ve denetimi kaybetme (çıldırma) korkusu yaşanmaktadır. Tanı için bu belirtilerden en az dördünün varlığı, ilk ataktan sonraki bir ay içinde en az bir ya da iki atak yaşanması ve buna bağlı olarak beklenti anksiyetesi beklenmektedir.

**Agorafobi:** Toplu taşımayı kullanma, açık alanlarda olma, kapalı yerlerde olma, kuyrukta, kalabalık bir yerde bekleme veya evden tek başına çıkma vakaları olan kişilere agorafobi teşhisi konur. Birey, kaçınılması zor veya utanç duyabilecek durumlarda sürekli olarak korku ve endişe hisseder. Endişe veya korkudan kaçınmak altı yıl veya daha uzun sürer. Ortaya çıkan semptomlar, sosyal ve kültürel bağlamda orantısızdır.

**Yaygın Kaygı Bozukluğu:** Bireyin bir dizi olay (etkinlik) karşısında yoğun kaygı ve kaygıya bağlı beklenti hissettiği bu kaygıları ve beklentiyi kontrol etmekte zorluk çektiği bir bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Tanısal gereklilik için huzursuzluk, çabuk yorulma, dikkati yöneltmede zorluk, kolay sinirlenme, kas gerginliği ve uyku sorunlarından, en az üçünün en az altı aydan uzun süredir devam ediyor olması beklenmektedir. Bununla birlikte işlevsellikte belirgin düşüme gözlemlenmektedir.

**Madde / ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu:** Panik ataklar veya kaygının süreklilik gösterdiği madde ve ilacın yol açmadığı diğer anksiyete bozuklukları ile açıklanamayan ve birey işlevselliğinde belirgin bir düşmeye sebep olan madde/ilaç kullanımına bağlı bir bozukluktur.

**Başka bir sağlık durumuyla ilişkili anksiyete bozukluğu:** Bu bozuklukta panik atak veya anksiyete şiddetlidir. Hastalığın geçmişinin bir laboratuvar ve muayene koşulunun sonucu olduğunu gösteren bulgular vardır. Bu bozukluğun, bireyleri ve sosyal durumları bozmada hafifletici bir etkisi vardır.

Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu: Bu kategori, kişinin sosyal, işle ilgili veya diğer işlevsel ortamında depresyona neden olan anksiyete belirtilerinin şiddetli olduğu, ancak bu belirtilerin anksiyete bozukluğu tanı grubundaki tanı kriterlerini karşılamadığı durumlarda kullanılır. Sağlık bilgisine sahip hekimler buluşmadığında veya belirli bir teşhis yapılamadığında kullanılmaktadır.

### **2.2.5. Anksiyeteyle Başa Çıkma**

Anksiyete bozuklukları ileri düzeyde işlev kaybına sebep olabilen bozukluklar arasında görülmektedir. Bilişsel kuram korkunun ediminde en önemli faktörün olaylara yönelik yapılan öznel yorumlar olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte anksiyete bozukluklarının sürdürülmesini destekleyen zorlayıcı faktörlerin, yıkıcı bilişsel yapı ve tekrarlayan düşünceler olduğunu açıklar. Tehlikenin felaketleştirilmesi, gerçekçi olmayan öngörüler, genelleştirmeler; anksiyete bozukluklarında gözlemlenen temel bilişsel çarpıtmalar olarak bilinmektedir. Çarpıtmaların yoğunluğu genel itibariyle öznel yorumların gerçeklik olarak yaşamaya aşırı derecede eğilime sebep olmakta ve bu durum patolojik duygusal yanıtları beraberinde getirmektedir. Yorumlar ile somut gerçeklerin ayrıştırılarak, sayıltıların ve bilişsel çarpıtmaların saptanması bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmektedir (Koroğlu, 2011).

Anksiyete bozukluklarında, tetikleyiciler bu tetikleyicilere yönelik bedensel ve bilişsel tepki ve bunun sonucunda gerçekleştirilen davranışsal eylemler bilişsel davranışçı terapinin çalışma alanında odak nokta olarak bilinmektedir.

## **2.3. TÜKENMİŞLİK**

### **2.3.1. Tükenmişlik Kavramı**

Freudenber, tükenmişliği aşırı mesleki taleplerin sonucunda enerji, güç ve kaynakların azalması ile bireylerde, mesleğin anlamından uzaklaşması (kopması) ve stres uyaranlarının artışı ile gelen doyumsuzluğa bir yanıt olarak tanımlamıştır (Freudenber, 1974). İnsanlarla ilişkiye dayalı mesleklerde daha sık gözlemlenen tükenmişlik, sunulan hizmetin kalitesi ve bireyin iş doyumunu ile doğrudan ilişkilendirilmektedir.

Edelwich'e göre tükenmişlik, çalışma koşulları ile kişisel arzular arasındaki mücadeleden kaynaklanmaktadır. Maslach ve Jackson bu durumun uzun süre devam edebilen bir sendrom olduğunu belirterek, insanlara hizmet veren mesleklerde tükenmişliğin daha özel bir sorun olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte tükenmişlik kavramına üç boyut getirerek (duyarsızlaşma, kişisel başarı, duygusal tükenme) ölçülebilirlik sağlamışlardır (Maslach, 1986). Tükenmişlik, belirli bir dinlenme sonrası ortadan kalkan yorgunluk durumundan farklı olmaktadır. Baines ve diğerleri yorgunluğu, genellikle uzun süre duygusal çaba ve dikkat gerektiren görevleri yerine getirmekten kaynaklanan duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenme durumu olarak tanımlamaktadır. Freudenber hem iç hem de dış etkilerin neden olduğu psikolojik acıdan kaynaklanan yorgunluğu "mesleki tehlike" ve klinik bir durum olarak görmektedir.

Cherniss tükenmişliği, kaynaklar ve gereksinimler arasındaki dengesizlikten kaynaklanan, artan iş stresi nedeniyle başlayan bir etkileşim süreci olarak yorumlamıştır. Yorgunluk ve stres arasındaki ilişkinin önemini vurgularken tükenmeyi bireyin stres tepkisi olarak tanımlamıştır. Yorgunluğu kişinin değerlerinin aşınması olarak da tanımlayabiliriz.

### **2.3.2. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişliğin belirtileri bireysel farklılıklara ve tükenmişliğe neden olan duruma göre değişmektedir. Tükenme ve duyguların ilk belirtileri, ani öfke patlamaları, sürekli öfke, çaresizlik, yalnızlık ve yorgunluk ile ifade edilen en yaygın şikayetlerdir. Ancak bu duygusal ve fiziksel yorgunluk her bireyde farklı düzeylerde görüldüğü için tükenmişlik belirtileri her bireyde farklı ortaya çıkmaktadır. Potter, 1995 tükenmişliğin uyarı sinyallerini şu şekilde sıralamıştır;

Engellenmişlik

Duygusal dinginlik veya patlamalar.

Yabancılaşma duygusu.

Düşük performans.

Çevreden yabancılaşma.

İlaç ve alkol kullanımında artış (Dinçerol, 2013, s. 47).

Tükenmişliği etkileyen cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi vb. gibi bireysel özellikler hem destekleyici hem de olumsuz etkiye sahip olabilmektedir Tükenmişliğin belirti ve bulguların etki özelliği kişiden kişiye değişmekle birlikte genel itibariyle fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak üç ana başlık altında sınıflandırılır (Potter, 2009).

### **2.3.2.1. Fiziksel Belirtiler**

Bu belirtiler: Güçsüzlük, kronik yorgunluk, enerji kaybı, sık ve bazı durumlarda kronik baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları, sık soğuk algınlığı ve sık enfeksiyonlar, bağışıklık sistemi sorunları, mide-bağırsak sorunları, göğüs ağrısı, kas krampları, yaygın ağrı, kilo kaybı veya kilo alımı, yüksek tansiyon ve kolesterol, kalp çarpıntısı olarak görülebilmektedir. (Kaçmaz, 2005).

### **2.3.2.2. Duygusal, Zihinsel ve Davranışsal Belirtiler**

Duygusal/zihinsel belirtiler; engellenmişlik hissi, çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı, anksiyete, depresif duygulanım, duygusal bitkinlik, sorumlulukları erteleme, nedeni olmayan huzursuzluk ve tedirginlik duygusu, bilişsel becerilerde zorlanma, huzursuzluk, özsaygı ve özyeterlilik duygusunda azalma, değersizlik hissi, kendini soyutlanmış hissetme, karar verme problemleri, apati, anhedoni, aile içi sorunlarda artış, tatminsizlik, ilgisizlik, ümitsizlik, çaresizlik vb. şeklindedir (Romani ve Ashker, 2014).

Davranışsal belirtiler: ani tepkilerin artması, eleştiriye tahammülsüzlük, unutkanlık, sık ağlama, konsantre olmada güçlük, sinirlilik, hata yapma, işe ulaşmada gecikme, işe kayıtsızlık, yetkisiz veya hastalık nedeniyle devamsızlık, danışanlarda müdahale hataları, müşteri şikayetlerini artırmak, kasıtlı veya bilinçsiz olarak sunulan hizmetin kalitesini düşürmek, yapılan işle ilgili alaycı tavırlar sergilemek, örgütsel bağlılığı azaltmak, savunma ve suçlama davranışında beklenmedik bir artış, inkar, uyuşturucu alkol tütün vb. kullanma eğilimi artma, izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma, işten uzaklaşma, işe geç gitme vb. içermektedir (Romani ve Ashker, 2014).

### 2.3.3. Tükenmişlik Modelleri

#### 2.3.3.1. Maslach Tükenmişlik Modeli

Çalışan tükenmişliğinin, literatürde en kabul edilebilir alt boyutlarının Maslach (1976) tarafından ileri sürülen üç boyutlu tükenmişlik modeli olduğu belirtilmektedir. Maslach (1976) yorgunluğu, birbirini takip eden üç boyutta incelemekte olup bunlar; duygusal tükenme (fiziksel tükenme), duyarsızlaşma (işten uzaklaşma ve psikolojik hizmet yorgunluğu) ve düşük kişisel başarı (kendinden şüphe- zihinsel yorgunluk).

##### 2.3.3.1.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, yaygın olarak insanlarla yoğun etkileşime ihtiyaç duyan meslek üyelerinde fark edilmekle birlikte tükenmişliğin başlangıcı ve en önemli aşaması olarak kabul edilmektedir (Maslach, 1976). İş stresi ile yakından ilgili olan duygusal tükenme aşaması, bireyin yorgunluğu, enerji kaybı ve duygusal çöküş olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Goldberg, 1998). Tükenmişliğin duygusal / bilişsel boyutu olan duygusal tükenme, çalışma ortamındaki kronik stres ile doğrudan ilişkilendirilmektedir.

Freudenberger (1974) tükenmişlik yaşayan bireylerin özelliklerini tanımladığında, ani öfke, çabuk ağlama, aşırı gerginlik gibi davranışlar duygusal tükenme aşamasını tanımlamaktadır. Duygusal tükenme bireylerin değişikliklere aşırı direnç gösterdikleri evre olarak ifade edilmekle birlikte bu direnç değişime uyum sağlayan enerjinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. (Freudenberger, 1974). Duygusal tükenme aşamasından geçen bir çalışan yeni ve farklı işler istememekte ve bu işleri ek bir iş yükü olarak görme eğilimindedir. Ya da işin sorumlulukları abartılmaktadır. Bu aşırı yük hali, yetersiz enerji kaynağı ve çalışma ortamındaki kişilerarası etkileşimler, duygusal tükenmeyi tükenmişliğin ana stres bileşeni haline getirmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998).

Bu durumda birey, işinde veya çevresiyle kurduğu iletişimde çeşitli başa çıkma davranışları geliştirirken kendilerini yetersiz hissetmektedir. Duygusal olarak stresli çalışanlar başa çıkma davranışı olarak çalışma ortamından ve görevden kaçınma, sorumluluk almama gibi davranışlar sergilemektedir. Duygusal tükenme derecesi arttıkça izolasyon yaşanmakta, temas kurulması beklenen işe ve meslektaşlara kayıtsız

kalmaktadır. Bu boyutta bireyin duygusal kaynakları tükenmiş ve pek çok duyguya karşı ilgisizlik görülmektedir

#### 2.3.3.1.2. *Duyarsızlaşma*

Tükenmenin kişisel boyutunu temsil eden duyarsızlaşma aşaması, duygusal tükenme sonrası gelişen, mesleki ideallerin, çevresindeki kişilere karşı ilginin kaybolduğu ve bireyin işinden uzaklaştığı aşama olarak tanımlanmaktadır (Maslach, 1976). Perelman ve Hartmann (1982), duyarsızlaşma aşamasını davranışsal bir boyut olarak ifade etmekte ve iş veriminde düşüşe neden olduğunu belirtmektedir. Birey kendini koruma davranışı olarak tanımlanabilecek duyarsızlaşma aşamasında, işe ve hizmet ettikleri insanlara karşı duygusal kopma, basmakalıp davranışlar ve katı kurallarla hareket ettiği gözlenmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998). Birey

Yoğun talepler karşısında zorlanan çalışan buna bir tepki olarak işine ve çalışma ortamına duyarsız kalmakta ve kaynakların tükenmesi ile birlikte işin gereklerini yerine getirememektedir (Bakker vd., 2006). Duyarsızlaşma aşamasında birey, işine ve meslektaşlarına karşı olumsuz bir tutum sergileyebilmekte, bu olumsuz durumla baş edebilmek için işe gitmeme, geç işe gitme ve erken/uzun molalar gibi geri çekilme davranışları sergilemektedir (Spector vd., 2006). Bu durum, çalışanı sadece işyerinde değil, özel hayatında da etkilemektedir. Birey, kayıtsız, karşılaştıkları küçük sorunları yönetmekte zorlanmakta ve kaçınma davranışları sergilemektedir. Bu durumda birey birçok fiziksel ve duygusal belirtilerle birlikte çalışma ortamında kötüleşen ilişkilerle de karşı karşıya kalmaktadır. Duyarsızlaşmaya uğrayan çalışanlar daha sonraki aşamalarda işini tamamlamada güçlük çekmekte ve aldığı olumsuz tepkilerle kendini başarısız olarak görmeye başlamaktadır.

#### 2.3.3.1.3. *Düşük Kişisel Başarı Hissi*

Tükenmişliğin kendini değerlendirme boyutu olan bu aşama, yetersizlik ve başarısızlık kişilerarası ilişkilerde bozukluk, performansının düşüklüğü, umutsuzluk ve benlik saygısında gözlemlenen azalma ile karakterize edilmektedir (Maslach, 1976).

İş gereksinimleri ile iş kaynakları arasındaki dengesizliğin çalışanın iş kaynakları karşısında yetersiz kaldığı durumlarda, çalışan işinde başarısızlık hissetmeye başlamaktadır (Bakker vd., 2006). Başarısız hisseden birey odaklanmakta

güçlük çekmekte, daha sık hata yapmakta bu sebeple meslektaşları ve yöneticilerinden uyarı ve olumsuz tepkiler almaktadır. Bu durum ise hissettiği başarısızlık duygusunu pekiştirerek kendisini mesleğinde yararsız bir çalışan olarak görmektedir. Bu öz değerlendirmeye dayalı boyutta kişi kendisini olumsuz değerlendirmektedir (Maslach ve Gldberg, s.64)

### **2.3.3.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli**

Edelwich ve Brodsky tarafından geliştirilen modele göre; çalışma koşulları, müşteri yoğunluğu, düşük ücretler, uzun çalışma saatleri, bürokratik ve politik kısıtlamalar veya idealler ile kişinin bulunduğu durum arasındaki farktan dolayı tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Tükenmişliği bir süreç olarak değerlendiren araştırmacılar, coşku, durgunluk, engelleme ve umarsızlık olarak sıralanan aşamaların tükenmişlik sürecini oluşturduğunu savunmaktadırlar (Dalkılıç, 2014, s. 39). Modele göre tükenmişlik süreci, belirli bir süre içinde birbirini takip eden dört aşamada gerçekleşir:

**İdealist coşku:** Bu aşamada, kişi yüksek mesleki beklentiler içindedir. Kişi, işini en iyi şekilde yapabilmek için yüksek düzeyde performans harcamaktadır. Uykusuzluğa ve çalışma şartlarına her koşulda adapte olmaya çalışmaktadır

**Durgunluk:** Kişi mesleğini uygularken karşılaştığı zorluklardan daha fazla etkilenmekte ve daha önce dikkate almadığı eksiklikleri sorgulamaya başlamaktadır. Bireyin enerjisi düşmektedir. Dolayısıyla durgunluk dönemine girmektedir (İlgün, 2010, s. 25).

**Engellenme:** Kişi karşılaştığı zorluklar karşısında yoğun engellenmişlik duygusu yaşamaktadır. Bu durumda tükenmişliğe yol açabilecek iki baş etme davranışı maladaptif savunmalar ve kaçınmadır (Kaçmaz, 2005, s. 30)

**Duyarsızlaştırma:** Kişi işine devam etmekte güçlük çeker, etrafındakilere ve hizmet ettiği kişilere kayıtsız davranır. Sağlık alanında hasta ve yakınlarına yönelik ilgisizlik ve ihmal davranışları, çalışanın çalışma hayatının her anına yansımaktadır.

### **2.3.3.3. Cherniss Tükenmişlik Modeli**

1980'de tükenmişlik olgusu üzerine Chernis; Organizasyonel, kişisel ve kültürel faktörleri içeren ve konunun karmaşıklığına dikkat çeken bir teori sunmuştur. Bu teori



ile tükenmişlikte rol yapısının önemine işaret etmektedir. Bu bağlamda rol belirsizliği, tükenmişliğe yol açan faktörler ile yöneticilerin karşılaştığı potansiyel stres kaynakları arasındaki karmaşıklığı tanımlamaktadır (Chernis, 1980). Cherniss'in modeli tükenmişliği, zaman içinde yayılan bir sürecin sonucu olarak ortaya çıkan bir durum olarak ele almaktadır. Bu modelde tükenmişlik, stresle ve çalışma ortamında ortaya çıkan stres kaynakları ile olumsuz başa etmenin bir sonucu olarak görülmektedir.

Cary Cherniss, tükenmişliği aşırı bağlanma bozukluğu olarak görmüş ve tükenmişliği “aşırı stres veya doyum eksikliğine tepki olarak işten geri çekilme” olarak tanımlamıştır (Izgar, 2000, s. 21). Bu model Tükenmişliği bir süreç olarak ele almaktadır. Tükenmişlik, işle ilgili stres kaynaklarına yanıt olarak başlayan, işten duygusal kopmayı içeren ve olumsuz başa çıkma davranışıyla biten bir süreçtir. Chernis, işe yönelik tutumlardaki değişikliği, güvende, idealizmde bir düşüş ve geri çekilme olarak ikiye ayırmıştır.

Cherniss'in tükenmişlik modelinde, iş yükü, doğrudan müşteri ilişkisi, belirtilmemiş hedefler, destek ve denetim eksikliği gibi örgütsel değişkenler, çalışan kişiliği, evlilik doyumu ve kariyer planları gibi bireysel değişkenler birbiriyle etkileşim halindedir. Tüm bu stres kaynakları zamanla yorgunluğa neden olmaktadır. Ayrıca bu modele göre çalışanlarda stresin artmasına neden olan etkilerden biri de organizasyon içi çatışma ve olumsuz çalışma koşullarıdır (Yıldırım, 1996).

Stres, çevrenin ve bireyin taleplerinin başa çıkma yeteneğini aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda birey öncelikle stresle başa çıkmak için stres kaynağını kaldırmaya çalışmaktadır. Bu durum gerçekleşemediyse duygusal yükü azaltmak için iş ile ilgili psikolojik ilişkisini kesmektedir. Stres yönetimi teknikleri olumsuz bir durumu iyileştirmede etkili olursa, kişide davranışta olumlu bir değişiklik meydana gelmektedir. Bu yöntemler etkili olmazsa kişide olumsuz tutum değişiklikleri gözlenmektedir (Şanlı, 2006, s. 21).

Bu sürecin sonunda; düşük motivasyon, yöneticilere ve meslektaşlara karşı olumsuz tutumların gelişmesi, iş hayatıyla ilgili hedeflerin azalması ve iş tatminsizliği gibi durumlar gözlemlenmektedir (Sılığ, 2003, s. 13). Cherniss, hem iş yorgunluğu hem de değerler çatışması temelinde tükenmişlik üzerine araştırmalar yapmıştır. Ona göre tükenmişliğin nedeni, hizmet sektöründe çalışan bir profesyonelin rolündeki gizli çelişkilerdir (Burke, 1995).

Chernis'e göre sektördeki çalışanlar, eğitim dönemlerinde profesyonel olmanın ne anlama geldiğine dair gerçekçi olmayan görüşler geliştirmektedirler. Bunun sebeple bireylerin gündelik sorunlarına ve çalışma hayatının gerçekleri ile romantik düşünce arasındaki boşluğa dikkat çekmiştir (Chernis, 1980). Özellikle yeni ve deneyimsiz çalışanlar, işlerinin her zaman heyecan verici olacağına, yeteneklerinin geliştirileceğine, işlerinin takdir edileceğine, meslektaşları ve müşteriler tarafından benzer şekilde destekleneceğine ve müşterilerinin faydalı iş birliğine yöneleceğine dair bazı romantik hayallere sahip olmaktadır. Bu açıklamasıyla Cherniss tükenmişliğin çalışan beklentileri ile iş gerçekliği arasındaki boşluktan kaynaklandığını öne süren ilk kişi olmuştur (Chernis, 1980).

#### **2.3.3.4. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli**

Bu modelde, kişisel özellikler, çalışma yaşamındaki ortam ve özel hayatın paylaşıldığı kişiler ile ilişki tükenmişlikte önemli değişkenler olmaktadır. Kişisel özelliklere, tükenmişliğin mesleki ve sosyal yaşamdaki etkilerini anlamada son derece önem verilmektedir.

Perlman ve Hartmann Bear Out modeline göre yorgunluk fizyolojik, bilişsel-duygusal ve davranışsal açıdan üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar, fizyolojik, duygusal/bilişsel ve davranışsal boyuttur. Fizyolojik boyut, fiziksel semptomları; duygusal boyut, belirtilerin duygusal tükenmesini; davranışsal boyut, duyarsızlaşma vb. gibi davranışlara odaklanmaktadır (Güven ve Sezici, 2016: 114).

Tükenmişlik dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; strese neden olan durumun seviyesi, gözlemlenen stres seviyesi, stres tepkisi ve strese tepkisinin sonucudur. Bu aşamaların her birinin yoğunluğu tükenmişlik ile ilişkilendirilmektedir. Birey bu farkındalığı yönetebildiği sürece tükenmişlikle baş edebilmektedir.

Kişilerin çevresi ve kişisel özelliklerinin ön planda olduğu bu modelde, stres belirtilerine göre tükenmişliğin boyutları geliştirilmiştir. Modele göre tükenmişliğin oluşumunda stres düzeyi, bireyin stresi algısı, stresörlere verilen tepki ve stres tepkilerinin sonuçları tükenmişliğe neden olmaktadır.

### 2.3.3.5. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines'e göre; Tükenmişliğin temel nedeni, bireyi her zaman duygusal stres altında tutan çalışma ortamlarıdır. "Motivasyon seviyesi" kavramının önemli olduğu bir modeldir. Sadece yüksek motivasyona sahip ve idealist bireyler, sürekli duygusal baskı altında hissettikleri bir çalışma ortamında ise tükenmişlik yaşayabilmektedirler (Pines 1996). Nitekim, son derece stresli bir çalışma ortamı ve düşük düzeyde bir destek ve ödül, motivasyonu yüksek olan bireyleri başarılı olabilecekleri çalışma ortamlarından veya fırsatlardan uzak tutmaktadır. Anlamli başarı bulan bireyler için tükenmişliğe neden olan başarısızlıklar, utanç verici ve yıkıcı olarak görülmektedir (Pines 1996). Tükenme, bir bireyin motivasyon seviyesini kademeli olarak azaltabilir, bu da işini ve hatta mesleği tamamen bırakmaya yol açabilmektedir. Bu modelde yorgunluk, "bireyleri duygusal olarak tüketen ortamlar; bireylerin neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk" olarak tanımlanmaktadır (Nazlıoğlu, 2009).

Pines modelinde tükenmişliği, fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk hali olarak tanımlanmaktadır. Bu modelde birey, çalışma hayatında duygusal stres hissetmektedir. Çalışanlarda tükenmişlik, bu tür çalışma ortamında çalışmak için yüksek oranda motivasyon gelişmektedir. Çalışma motivasyonu düşük olan bireyler tükenmişlik yaşamamaktadır. Baynes ve Aronson, tükenmişlik karşısında alınacak tutumu özetleyen dört aşamalı bir öneri geliştirmiştir:

- Tükenmişlik belirtileri tanımlanmalı,
- Tükenmişliğe neden olan faktörlerin çözülmesi için bir plan oluşturulmalı,
- Değişebilecek ve değişmeyecek faktörler ayırt edilmeli,
- Yeni gelişen yeteneklerle eskiler ayrılmalı. Ayrıca tükenmişlik nedenlerini kesin olarak saptamanın zor olduğunu, bireyleri etkileyen nedenlerin dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Pines' a göre tükenmişlik fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmişlik olmak üzere üç temel ögeye sahiptir (Kepekcioglu, 2009);

Fiziksel tükenme: Fiziksel yorgunluk, enerji eksikliği, yorgunluk ve kronik zayıflık olarak tanımlanır. Yorgunluk çeken bireyler, dikkatsiz olduklarını, grip ve soğuk algınlığı gibi hastalıklara daha yatkın olduklarını, daha sık baş ağrıları

yaşadıklarını, midelerinde bulantı, boyun ve omuz kaslarında gerginlik hissettiğini, sırt ağrısı ve psikosomatik sorunlar bildirmişlerdir (Felton 1998). Bu sürece dahil olan bireyler de çok fazla veya çok az yemek yeme gibi yeme alışkanlıklarında değişiklikler yaşamakta olduklarını ek olarak yorgunluk ve uyku sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir (Kafry 1980).

Duygusal tükenme: Tükenmişliğin ikinci bileşeni çaresizlik ve umutsuzluk duygularını içermektedir. Çok ileri vakalarda, bu duygular duygusal bir çöküşe veya tehlikeli intihar düşüncelerine yol açabilmektedir. Bazı kişilerde yorgunluk sürekli ve kontrol edilemeyen ağlamaya neden olabilirken, bazılarında enerjiye zarar veren bir depresyona yol açabilmektedir (Pines 1996). Bitkinlik yaşayan insanlar, günlük yaşamlarına devam etmek için neredeyse tüm duygusal enerjilerine ihtiyaç duyduklarını hissederler. Bu aşamaya ulaşan yöneticiler artık ulaşmaya çalıştıkları hedeflerle veya yürüttükleri işle ilgilenmemektedirler. İnsanlara hizmet veren sektörlerde çalışan çalışanlar çoğu zaman kimseye sunacak hiçbir şeylerinin kalmadığını hissetmekte, duygusal olarak tükenmiş genellikle gergin ve küskün olmaktadır (Kafry 1980). Aile ve arkadaşlar, çok şey isteyen bir başka kaynak olarak görülmektedir. Yararsızlık ve umutsuzluk duyguları artmaktadır. İş ve insan zevki yerini yalnızlık ve hayal kırıklığı duygularına bırakmaktadır.

Zihinsel tükenme: Üçüncü bileşen olan zihinsel tükenme, bireyin kendisine, işine ve yaşamına karşı geliştirdiği olumsuz tutumlar olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlikten muzdarip bireyler, işlerinde ve yaşamlarında tatminsizlik, azalmış benlik duygusu, kendilerini yetersiz hissetme ve aşağısına, olumsuz bir benlik duygusu ve işe karamsar bir bakış açısı geliştirmenin yanı sıra, bireyler başkalarına karşı olumsuz tutumlar geliştirmektedirler (Kafry 1980). Bu bireyler, içlerinde var olduğunu bilmedikleri soğukluk ve huzursuzluk duyguları belirtmektedirler. İnsanlara hizmet veren sektörlerde çalışan bireylerde tükenmişlikle birleşen olumsuz tutum değişikliği, hizmet verilen kişilere karşı duyarsızlaşma gelişimini ortaya koymaktadır (Kepekçioğlu, 2009).

Baynes ve Aranson tarafından tükenmişliğin fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu olarak ifade edilmesine dayalı olarak geliştirilen Tükenmişlik Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanterinden sonra en yaygın ikinci ölçek olarak kabul edilmiştir.

Yüksek motivasyona sahip kişiler, çalışma ortamını destekleyici olarak görmektedirler. Böylece bu bireyler beklentilerini ve dolayısıyla kendilerini gerçekleştirme fırsatı bulmaktadırlar. Ancak çalışma ortamında stres boyutunun yüksek, destek ve ödül boyutunun düşük olduğu durumlarda yaşanan başarısızlık tükenmişliğin en önemli nedenidir. Bitkinlik yaşandığında, motivasyon seviyesi de yavaş yavaş azalmaktadır. Bu durum, bazı kişilerin işini bırakmasına veya iş değiştirmesine neden olmaktadır (Ok, 2002).

Öte yandan, çalışma ortamının stresin yüksek olduğu ve destek ve ödülün az olduğu durumlarda, motivasyonu yüksek olan bireyler başarı için gerekli fırsatlara sahip olamamaktadır. Varoluşunun anlamını başarı ile bulan bireyler için başarısızlık, tükenmişliğin en önemli nedeni olan utanç verici ve yıkıcı deneyim olmaktadır (Pines 2000 s.1-6). Tükenmişlik başladıktan sonra kademeli olarak motivasyon düzeyini düşürebilir, bazı bireylerde işten ayrılma, daha yüksek mevkilere çıkmak için okula dönme ve diğer durumlarda mesleği tamamen bırakmaya yol açmaktadır (Uysal, 2007).

#### **2.3.4. Tükenmişlik ile COVID-19 Salgını Arasındaki İlişki**

Pandemi nedeni ile oluşan yaşam koşullarındaki değişiklikler, artan işyeri stresi, mevcut işin kaybı, ekonomik sorunlar, birden fazla yaşam alanında artan stres ve bununla birlikte tehdit edici pek çok unsurun varlığı insanlar üzerinde çeşitli etkilere sebep olmaktadır. Kısa dönemde hayatta kalma arzusuyla bu kaygı verici durumlardan kaçınan bireyler uzun vadede tükenmişlik belirtileri sergileyebilmektedirler. Sağlık çalışanları başta olmak üzere pek çok çalışanın duygusal kaynakları tükendiğinden, kişiler duygusal anlamda işlerine dahil olamayabilirler. Tükenmişliğin nedenleri arasında demografik nedenler, kişilik, bireysel beklentiler ve ihtiyaçlar, iş tatmini, kişilerin ve başkalarının durumlarının olumsuz değerlendirilmesi, aşırı iş yükü, yöneticilerle ilişkiler, meslektaşlarla ilişkiler ve çatışmalar yer almaktadır (Çağlıyan, 2007, 17). Sağlık mesleği mensupları ile yapılan çalışmalarda yorgunlukla ilgili özellikler farklılık gösterebilmektedir. Yorgunluk belirlenirken cinsiyet, yaş, çalışma tarzı, deneyim ve çocuğun varlığı dikkate alınabilmektedir (Yıldız vd., 2018, 131). SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs) salgını sırasında ve sonrasında yapılan pek çok araştırmada, yüksek riskli bölümlerde çalışan sağlık personelinde diğer alanlarda çalışan personellere göre daha fazla tükenmişlik bulgusu

saptanmıştır (Cortina 2020). Bu dönemde çalışanların iş yükünün artmakta ve toplumlum tarafından stigmatize edilmektedirler. Dünya çapında sağlık yetkilileri tarafından COVID-19 salgınına kontrol etme girişimlerine rağmen, ağır klinik yol ve virüsün hızlı yayılması salgına karşı mücadeleyi zorlamakta ve süreci uzatmaktadır (TPD, 2020). Bu sebeple salgın kontrol altına alınsa bile sağlık çalışanlarının sosyal ve psikolojik yükünün devam edebileceği düşünülmektedir.

## **2.4. FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLER**

### **2.4.1. Kişilik Kavramı**

Kişilik kavramı Latince'den gelen " persona " kelimesinden türetilmiş ve ilk anlamı antik Roma döneminde tiyatro oyuncularının yüzlerine taktıkları "maskeler" dir. Bu maskelerin tiyatro oyuncuları tarafından kullanılmasındaki amaç, belirli bir karakteri temsil etmek ve o kişinin özelliklerini vurgulamaktır. Kişilik kavramı, farklı disiplinler tarafından ayrı ayrı tanımlanmaya çalışılmıştır ve ortak bir tanımla bulunmama ile birlikte, bireyin iç ve dış çevresi ve diğer bireyler arasındaki ilişkinin farklı, tutarlı ve karmaşık şekli olarak tanımlanır (Aytaç, 2000, 153). Kişilik, bir bireyi diğerlerinden farklı kılan benzersiz özellikleridir. Bu özellikler, bireyin iç ve dış uyaranlarla etkileşim sonucunda geliştirdiği duygu, düşünce, tutum ve davranış kalıpları olmakla birlikte kişinin kalıcı özelliklerinin toplamıdır (Sayar ve Dinç, 2009). Kişiliği tanıma üzerine bazı değerlendirmeler öne çıkmaktadır. Bunlar; mizaç ve karakter özellikleri, uyum işlevleri, temel inançlar, kültürel özellikler ve yaşam olaylarına yönelik birtakım bilgileri içermektedir (Taymur ve Türkçapar, 2012).

İnsan karmaşık ve anlaşılması kolay bir canlı olmamakla birlikte herhangi bir durumla başa çıkma yeteneği kişiden kişiye ve hatta toplumdan topluma değişmektedir. Bu, insanların "bireysel", "tek", ve benzersiz organizmalar olduğu anlamına gelmektedir. "Kişilik" bu bireyselliği ifade eden özellikler, bireyi diğerlerinden ayıran ilişkiler bütünü olarak tanımlanabilmektedir.

### **2.4.2. Kişiliği Oluşturan Faktörler**

Kişilik oluşumunu etkileyen faktörler üzerine yapılan araştırmalara baktığımızda, genetik kalıtımın bir faktör olduğunu ve bireylerin ebeveynlerinin kişilik yapılarını taşıyabildiğini görmekteyiz. Ancak tek yumurta ikizleri ile yapılan

çalışmalarda farklılıklar olduğu görülmüştür. Böylelikle kişiliğin yapısını Őekillendirmede kültür ve evre koşullarının değişebileceği gözlenebilmektedir. Kısacası kişiliğimiz, doğuştan edindiğimiz genetik özellikleri barındıran, evre ve kültürel koşullara göre değişiklik gösterebilmekte olan bir yapıdır.

### **2.4.3. Beş Faktör Kuramı: Temel Kavramlar ve İlkeler**

Allport ve Goldberg, kişilik tipini tanımlama çalışmalarında kişilik özellikleri üzerine 18.000 kelime üzerinden bir taslak oluşturmuşlardır. Daha sonra, bu araştırmaya dayanarak, Cattell bunu 4,500 kelimeye indirmiş, belirli özellikleri belirlemiş ve 16 kişilik faktörü ölçüsü ortaya çıkarmıştır. Cattell'in birkaç değişkene indirgediği çalışmanın varlığı, diğer araştırmacıları konu üzerinde çalışmaya teşvik etmiştir. Norman (1967), Allport ve Goldberg'in çalışmasındaki seviyeleri güncellemek ve Cattell'in çalışmasını iyileştirmek için kişiliği 75 kategoriye ayıran bir çalışma yürütmüştür (Cattell vd., 1970, s. 365). Goldberg ise Norman'ın anlattığı sınıfların faktör analizi ile 1.710 kelime kullanarak bir envanter oluşturmuştur. Goldberg, çalışmasında diğerleriyle ilişkili olarak sık sık tekrarlanan beş faktörü belirlemiş ve bunları "big five" (büyük beşli) olarak adlandırmıştır. Bu beş faktör kişilik özelliklerini temsil etmekte ve her seviye aynı zamanda çok farklı kişilik özelliklerini yansıtılmaktadır (zer ve Reise, 1994, 370).

#### **2.4.3.1. Kişilik Tipolojisi (Kişiliğin Boyutları)**

##### *2.4.3.1.1. Dışadönüklük*

Bu faktörün zellikleri, Eysenck'in dışa dönüklük boyutuna çok benzemekte ve esas olarak canlı, değişken, coşkulu, neşeli, konuşkan, girişken ve sosyal olma gibi özellikleri içermektedir (McCrae ve Costa, 1991). Dışadönük bireyler aynı zamanda kendini ortaya koyma davranışlarına eğilimli olmaktadır (McCrae ve Costa, 1985). Dışadönüklük, genellikle insanlarla birlikte olma ve birlikte çalışmaktan hoşnut olma gibi çok sosyal katılım etkinliğini içermektedir. Buna karşılık, ie dönük kişiler, kendilerini daha fazla koruma eğiliminde olan, temkinli, savunma ve sosyalleşmeye daha az ihtiyaç duyan, çekingen bireyleri ifade etmek için kullanılan bir boyut olmaktadır. Royce ve Powell (1983). Dışadnklğ sosyal izolasyonun zıt ucu olarak ifade etmiştirler. Dışadönüklük kendine güvenen, baskın, enerjik, heyecan arayan bir kişilik olarak da ifade edilmektedir. Dışa dönük bireyler, olumlu duygular, daha sık ve

yoğun kişisel etkileşimler, daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyarlar ve genellikle iyimser oldukları için sorunları olumlu olarak değerlendirmeyi tercih etmektedirler (McCrae ve John, 1992). Dışadönük boyutta yüksek puan alan birey enerjik, arkadaş canlısı ve yeni sosyal ilişkilere açıktır (Lounsbury ve Gibson, 2009).

Johnson ve Ostendorf (1993), beş faktör modeli etrafındaki tartışmaları aydınlatmak için yaptıkları çalışmada olumlu duygu ve dışadönüklük arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Beş Faktör Modelinde, sıcaklık ve olumlu duygular dışa dönüklüğün boyutlarıdır. Yazarlar, sevgi, neşe, irade ve samimiyet gibi enerjik pozitif duyguların öncelikle dışa dönüklük faktöründen, cömertlik ve sıcaklık gibi daha ılımlı olumlu duyguların ise ikincil olarak dışa dönüklükten yük aldıklarını bildirmiş dışadönüklük faktöründen liderlik, güç, iddialılık ve hakimiyet gibi özelliklerin de zarar gördüğünü belirtmişlerdir. Son olarak, kayıtsızlık, tepkisellik ve ihmal(dikkatsizlik) gibi özelliklerin de sorumluluk ve dışadönüklük faktöründen olumsuz bir yük aldığını ifade etmektedirler.

#### 2.4.3.1.2. *Nevrotiklik*

Duygusal denge faktörünün diğer ucu olarak görülen nevroitiklik bu boyutun dezavantajlı yönü olarak da değerlendirilebilir. Çeşitli çalışmalarda duygusal dengesizlik, güvensizlik, kendiyle mücadele, öfke, kaygı gibi özelliklerle tanımlanmıştır (Somer vd., 2002). Araştırmacılar tanımlarken daha az anlaşmazlığa düşmekte olup ortak bir referans noktası olarak, nevrotizmin kaygı, depresyon, öfke ve sıkıntı gibi olumsuz duyguları içerdiği üzerine olmuştur (McCrae ve Costa, 1987).

Yapılan envanter ölçümlerinde nevrotizm faktöründen yüksek puan alan bireyler; endişeli, öfkeli, güvensiz ve aşırı öz değerlendirme özellikleri ile ön plana çıkmaktadırlar (McCrae ve Costa, 1987). Aynı zamanda zorluklar karşısında veya stres altındayken zarar görme potansiyelinin yüksek olduğu ve ruhsal rahatsızlıklara yakalanma olasılığının bu faktörde daha fazla olduğu bildirilmektedir. Nevrotizm ve içedönüklük boyutunda yüksek puan alan bireyler depresyona daha eğilimli olmaktadır (Dirik 2008). Bu boyutta düşük puan alan bireyler; aşırı ve uygunsuz tepkiler vermeyen, daha sakin, rahat ve kayıtsız bireyler olmakla birlikte güçlü kalma ve iyi uyum sağlama yetenekleriyle zor olaylar karşısında daha dirençli bireyler olarak ifade edilmektedir (McCrae ve Costa, 2003).



#### 2.4.3.1.3. *Deneyime Açıklık*

Gelişimsel boyuta açıklık, kişisel ilişkilere açıklıktan çok deneyimlere açıklık anlamına gelmektedir (Burger, 2006). Bazı araştırmacılar bu boyutu temsil eden alt boyutlara kültür adını verirken, diğerleri zekâ (Saucier ve ostendorf, 1999) adını vermişlerdir. Literatürde bu faktörle ilgili çelişkili sonuçlar olmasına rağmen en çok tartışılan boyut olarak kabul edilmiştir.

Somer (2002) bu boyutun gelişime açıklık yönü ile ilişkilendirilebileceğini, bu yönleri; analitiksel ilgi, yaratıcı, cesur, entelektüel, araştırmacı, geniş ilgi alanları, yeniliğe ve değişikliğe açık, bağımsız olarak ifade etmektedir (Somer, 2002) Deneyime açıklığın diğer ucu olarak görülebilen gelişmemişlik boyutunun özelliklerini taşıyan birey daha gerçekçi, yaratıcılığı düşük, rutin, muhafazakâr, geleneksel ve ham/kaba olarak tanımlanabilmektedir (McCrae ve Costa, 2003).

#### 2.4.3.1.4. *Yumuşak Başlılık/Uyumluluk*

Bu boyut, insanlığın en insani yönünü temsil eder (Digman, 1990). Uyum boyutunda bireyler sevecenlik ile düşmanlık arasında bir noktaya yerleştirilmektedir. Bu boyutta yüksek puan alan bireyler; itaatkâr, güvenilir, cömert, esneklik, ılımlı, hoşgörülü davranışları vardır. Uyumlu bireyler rekabetten çok iş birliğini tercih etmektedirler. Bu boyutun diğer ucunda yer alan antagonist bireyler; daha intikamcı, güvensiz, çıkarıcı, eleştirel, sinirli, düşmancıl olarak ifade edilmektedir (McCrae ve Costa, 2003). Araştırmalar, bu boyutun bireylerin ahlaki değerleriyle güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir (Somer, 1998). Bu boyutun yumuşak başlılık ucunun olumlu kişilerarası etkileşime kaynaklık ettiği özellikleri nedeniyle istenen bir boyut olduğu aynı zamanda cinsiyet ile ilgili farklılıkların görüldüğü bildirilmiştir (Johnson ve Ostendof, 1993)

#### 2.4.3.1.5. *Özdisiplin/Sorumluluk*

Sorumluluk boyutu, bireylerin kontrol ve disiplin derecesi ile ilgilidir. Bu boyutta yüksek puan alan bireyler; iyi organize olmuş, çalışkan, planına göre hareket eden, işine bağlı, titiz, hırslı ve kararlıdır. Boyutun diğer ucunda; özensizlik, dikkati yönlendirmede güçlük, amaçsızlık, düzene karşı zorluk ve hazzı erteleyememe olarak ifade edilmektedir (McCrae ve Costa, 2003). Bazı araştırmacılar bu boyuta “yerine getirme arzusu” veya “iş” adını verir çünkü sorumluluk genellikle iş hayatında ve

başarı durumlarında ortaya çıkmaktadır (Burger, 2006). Araştırmalar, sorumluluk boyutu ile araba kazası arasında ters bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yani sorumluluk boyutunda düşük puan alan bireylerin kayıtsız kaldıkları için sık sık kaza yaşamaları kaçınılmaz olmaktadır (Arthur ve Graziano, 1996).

#### **2.4.4. Kişilik Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar**

##### **2.4.4.1. Erikson'un Benlik Kavramı ve Kişilik Gelişimi**

Erikson'a göre kişilik, doğumla gelen kapasitenin, beraberinde sosyal ve çevresel etkileşimi ile yaşamın yalnızca ilk dönemleriyle sınırlı kalmayarak yaşam boyu devam etmektedir. Erikson'a göre insan gelişimi art arda gelen psikososyal evreler ile sürdürülmektedir. Psikososyal gelişim kuramı epigenetik ilkeye göre ilerlemektedir.

Erikson'a göre anne, baba ve çocuk arasındaki ilişki, çocuğun yaşantılarının çoğunun inşasının temellerinden biridir. Aşamalı oluşum ilkesine göre; insan vücudu nasıl anne karnında aşamalardan geçiyorsa, doğumdan sonra yavaş yavaş davranış, duygu ve sosyal iletişim aşamalarından geçerek, kişilik gelişimi yaşam boyu devam etmektedir. Gelişim süreci evrensel özellikler taşısa da bireyin bulunduğu toplum değişiklikler oluşturabilmektedir. Her dönemde aşılması gereken bir kriz vardır. Bir krizin üstesinden gelinemediğinde felaket olmadığını Freud'un aksine sonraki yıllarda/aşamalarda çözülebileceğini, kişinin hayatında hassas bir dönüm noktası olduğunu ve bir bireyin krizlerle başa çıkarak sonraki aşama için sağlıklı yapı oluşturduğunu belirtilmiştir. Erikson'a göre cinsel gelişim ve içgüdüsel gelişim, kişilik gelişiminde önemli bir yere sahiptir ve sosyal etki ile insan gelişiminin sekiz aşamasını oluşturmaktadır (Erikson, 1984, s. 10).

Temel Güvene Karşı Güvensizlik: kazanılan değer: Umut (Oral Evre)

Özerkliğe Karşı Utanç ve Kuşku: kazanılan değer: İrade (Anal Evre)

Girişime Karşı Suçluluk: kazanılan değer: Amaç (Fallik Evre)

Çalışkanlığa Karşı Suçluluk: kazanılan değer: Yeterlilik (Latens (Gizil) Evre)

Kimliğe Karşı Rol Karmaşası: kazanılan değer: Bağlılık ( Genital Evre)

Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık: kazanılan değer: Sevgi

Üretkenliğe Karşı Durgunluk: kazanılan değer: ilgi

Yaşlılığa Karşı Umutsuzluk: kazanılan değer Bilgelik (Morris, 2002).

#### **2.4.4.2. Freud'un Kişilik Kuramı: Topografik Model ve Yapısal Model**

Literatürde bilinen ilk kişilik teorisyeni Sigmund Freud'dur, ancak karakter ve oluşum aşamaları hakkında uzun yıllardır görüşler ifade edilmektedir. Freud, yazdığı sayısız makale ve yürüttüğü araştırmayla önemli bir zihinsel hareketin öncülerindendir. Yıllar içinde psikologların, araştırmacıların ve hatta sıradan bireylerin fikirlerini etkilemiştir. Günümüzde bazı çevreler modern psikolojinin kurucusu olarak ondan bahsetmektedir (Burger, 2006, s. 71).

Freud kişiliği yapısal ve topografik model adını verdiği iki yaklaşım ile açıklamaktadır. Yapısal kuramın zihinsel yapıları; id, ego ve süperegodur. Freud id'i kişiliğin ulaşılmaz ve karanlık kısmı olarak ifade etmiştir. Haz ilkesine göre hareket eden id'in amacı dürtülerin tatminini sağlamaktır. Bu bölüm ilkel dürtüler, arzu, korku, fantezileri içeren bilinçdışı bir süreç olarak ifade edilmektedir. Ego id'in aksine gerçeklik ilkesine göre hareket etmektedir. İd'in talepleri ile süperegonun sınırlamaları arasında aracı rol oynamaktadır. Ego'nun "kendilik" olarak ifade edilen bilinçli ve savunma süreçlerine dayanan bilinçdışı olmak üzere iki yanı vardır. Ego gibi süperegonun da bilinç ve bilinçdışı düzeyleri vardır. Süperego ahlaki yargılayıcı olarak da nitelendirilebilecek takdir eden ya da eleştiren kısımdır. Bir kısım analiste göre ödipal dönemde oluşmaya başlamakta ve kaynağını ebeveyn kalıplarından almaktadır.

Freud kişiliği üç düzeyde incelemektir (İnanç ve Yerlikaya, 2008, s.19). Topografik model adını verdiği bu yapı bilinç, bilinç öncesi ve bilindışı olarak kişiliğin farklı seviyelerini oluşturmaktadır. Bilinç, farkındalığın yanı sıra kişinin dış dünyadan veya kendisinden gelen duyuları algılamayabildiği tek düzey olarak ifade edilmektedir. İnsan davranışını yönlendiren bastırılmış bilince ulaşamayan süreçlerdir. Bilinçöncesi düzey bireyin, anımsayabileceği, bilinç düzeyine ulaşması mümkün olan, algılayabileceği, yaşanmış olgu ya da bilgi düzeyini ifade etmektedir. Sigmund Freud'a göre bilindışı, insanların yaşamlarında yaptığı seçimlerde ve sonucunda ortaya çıkan davranışlarda en fazla etkiye sahip olan düzey olarak ifade edilmektedir. Bastırılan ve dolayısıyla bilinmeyen, istek, dürtü ve güdülerden oluşan, davranışları yönlendiren süreçleri içermektedir. Bilinçdışı düzeyi, insanların farkında olmadığı ve aynı

zamanda herhangi bir bağlantı kuramadığı ruhsal olayların kaynağıdır (Aytaç, 2000, s. 163).

#### **2.4.4.3. Carl Gustav Jung'ın Psikolojik Tipler Kuramı**

Analitik psikolojinin öncüsü olan Jung kuramını Freud'un Psikanaliz kuramı temel alarak oluşturmuş, uzun süre birlikte çalıştığı Freud'dan ayrılarak psikoloji alanına yeni bir bakış açısı getirmiştir (Yanbastı, 1996, s. 45). Jung, Freud'un, kaynağını cinsel güdülerden alan libido tanımını eleştirmiş ve "yaşam enerjisi/psişik enerji" olarak adlandırarak yeni bir tanım getirmiştir.

Jung kişiliğin yorumlanmasında diğer motivasyonların da önemli olduğunu ifade etmektedir. Analitik teori; bilinç, bilinçdışı ve kişisel bilinçdışı süreçleri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Jung çalışmalarında da bu süreçleri incelemektedir (Frager ve Fadiman, 2005, s. 56). Bilinci, kişinin çevreye dönük kısmı olarak açıklayarak, bu bölümün öznesinin ego olduğunu ifade etmektedir. Jung, bilinçdışını kişisel ve kolektif bilinçdışı olarak iki bölümde incelemektedir. Kişisel bilinçdışı, bilince getirilip sonrasında unutulmuş anılar, bastırılmış arzular, bilinç düzeyine gidemeyen içerikleri kapsamakta ve bu düzeyin temelde komplekslerden oluştuğu ifade edilmektedir. Kişisel bilinçdışı bireylere özgün özellikleri ifade ederken kolektif bilinçdışı ortak anı kalıpları olarak ifade edilmekle birlikte kültüre özgü davranışları, imgeleri, irksal özellikler gibi kalıtsal kalıpları kapsamaktadır. Jung, bireyi hedefleri ve idealleri olduğu kadar belirli arzu ve düşünceleri olan bir varlık olarak tanımlamaktadır. Bu amaçla Jung, bir bireyin ideallerine ve hedeflerine ulaşma çabalarının kişiliğini şekillendirdiğini belirtmiştir (Dal 2009, s. 57).

Jung, bir bireyin yaşamının çelişkilerden oluştuğunu iddia etmiş bu çelişkilerin ruhsal (psişik) enerji ürettiğini ifade etmiştir (Cocknell, 1997, s. 146). Ruh, insanların kendi içlerinde sahip oldukları tüm bilinçli, bilinçsiz duygu ve düşünceleri içerir. Jung, kişiliğin birbirinden bağımsız çalışan bilinçli ve bilinçsiz sistemlerden oluştuğunu iddia ederek bir bütün olarak ele almıştır (Eroğlu, 2000, s. 156).

#### **2.4.4.4. Alfred Adler'in Üstünlük Kuramı**

Adler, araştırmasını ilk günlerde psikanalitik bakış açısı ile yürütmesine ve Freud'un izinden gitmesine rağmen, sonrasında Freud'un teorisinde ele aldığı libido, gelişim dönemleri gibi kavramları eleştirmiş ve bireysel psikoloji kuramını formüle

etmiştir (Eroğlu, 2000, s. 154). Adler'in kuramı, bireyi sosyal ve bireysel varlık olarak görmekte, bireyi çevresi ile etkileşim kurduğu diğer bireylerle birlikte “sosyal bir varlık” olarak incelemektedir (Yörükán, 2006, s. 16). Adler, kişiliğin ilk beş yılının önemine vurgu yapmakta fakat Freud'un gelişim evrelerine katılmayarak erken yaş deneyimlerinin gelecek yıllara karakteristik bir yansıması olduğunu söylemektedir (Yazgan inanç, 2012 s.51)

Adler'in savunduğu "bireysel psikoloji" teorisi, Freud tarafından tanımlanan bireylerin davranışlarının evrenselliğinden ziyade bireyin benzersizliğine vurgu yapmaktadır (Frager ve Fadiman, 2005, s. 91). Teorinin adının bireysel psikoloji olması, Adler'in sosyo-çevresel faktörleri ihmal ettiği anlamına gelmemekte, aksine bireylerin toplumla etkileşim yoluyla nitelikler kazandığını savunmaktadır (İnanç ve Yerlikaya, 2008, s. 36).

#### **2.4.4.5. Horney'in Kişilik Kuramı**

İnsanların iyi ya da kötü doğmadığını varsayan Horney, doğuştan gelen özelliklere daha az atıfta bulunarak kişinin başkalarıyla ve çevresiyle olan etkileşimi davranışını etkilemekte olduğunu ifade ederek (İyigün, 2011, s. 82) sosyal faktörlere dayalı bir kişilik modeli sunmuştur (Yazgan-İnanç ve Yerlikaya, 2008, s. 108).

Horney, insan davranışının fizyolojik fenomenlerden (içgüdü) kaynaklandığı şeklindeki Freudyen görüşe karşı çıkmıştır. Horney, aile sorunlarının davranış bozukluklarına neden olduğunu ve sosyokültürel nedenlerin de bu öğrenme sürecini etkilediğini savunmuştur. Buna göre davranışlar, bireylerin çevreleriyle ilişkilerinde geliştirdikleri tepkilerdir. Bu tepkiler yaşamın ilk günlerinde sınırlı kalırken, yavaş yavaş karmaşık tepkilere dönüşmektedir. Dolayısıyla insan davranışının belirleyicileri; algılar, duyular, düşünceler, değer yargıları, hedefler ve karşılıklı etkileşimleri içermektedir (Kavut, 2018, s. 514).

#### **2.4.5. Beş Faktör Kişilik Özelliklerini Ölçmek İçin Geliştirilen Araçlar**

Beş Faktörlü Kişilik Modeli ile belirlenen kişilik özelliklerini ölçmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçlarının öncüsü, 1978 yılında Costa ve McCrae tarafından geliştirilen NEO-I (Neuroticism-Extraversion-Openness Inventory)'dır. Yazarlar, 1985 yılında yaptıkları çalışmalarla envantere Uyumluluk

(Agreeableness ) ve Sorumluluk (Conscientiousness) boyutlarını da ekleyerek NEO-PI envanterini oluşturmuşlardır (Costa ve McCrae, 1985).

Zamanla, NEO-PI birçok araştırmacı tarafından yaygın olarak kullanılan bir ölçek haline gelmiştir. Taylor ve Mac Donald'a (1999) göre, NEO-PI sadece iyi psikometrik özellikler göstermekle kalmamakta, aynı zamanda ölçtüğü özellikleri yapılandırmada da önemli özellikler barındırmaktadır. NEO-PI, yaratıcılık, farklı düşünme ve başarı dürtüsü dahil olmak üzere kişilikteki diğer önemli değişkenlerle ilgili araştırmalarda başarıyla kullanılmaktadır (Costa ve McCrae, 1987).

Costa ve McCrae, 1992'de gözden geçirilmiş 240 maddelik bir NEO Kişilik Envanteri (NEO-PI-R) yayınlamış olup nevrozizm, dayanıklılık, gelişime açıklık, sorumluluk ve dışa dönüklük olarak bilinen beş faktörde kişilik özelliklerinin ölçümü hedeflenmiştir (Bitlisli vd., 2013). Her bir boyutu beş kişilik özelliğiyle ölçen NEO-PI-R kişilik envanterinin keşfedilmesinden bu yana, bu envanter, kapsamlı ampirik destekle en yaygın olarak kullanılan kişilik ölçüm aracı olmuş (McCrae vd., 2002) ve envanter düzeyi doğrulama ile en yaygın kullanılan kişilik ölçüm aracı haline gelmiştir. Birçok çalışmada güvenilirlik gösterdiği bulunmuştur (Furnham, 1996, s. 303-307). Beş Faktör kişilik modelinin farklı kültür ve dillerde etkinliği gösterilmiş aynı zamanda Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu verileri destekleyici sonuçlar içermektedir (Somer, 1998). Literatürden anlaşıldığı üzere, ülkemizde de beş faktör kişiliği veya artırılmış bir ölçeğin temsiline güvenilir veriler ortaya çıkardığı görülmektedir.

#### **2.4.6. Beş Faktör Kişilik Özelliklerini Ölçmek İçin Kısa Ölçek**

##### **Gereksinimi**

Ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olmasının yanı sıra kullanışlı, başka bir deyişle ekonomik, kısa sürede uygulanabilir ve sonuçları yorumlaması kolay olmalıdır. Gosling, Rentfrow ve Swann'a (2003) göre, profesyonel araştırmacıların ideal koşullar altında yeterli zamanları olmasına rağmen, çoğu durumda araştırmacılar çok kısa ve öznel ölçütler kullanmak zorundadır. Birçok farklı çalışmada kişilik özelliklerini ölçen önlemlerin anlaşılmasının kolay olduğu ve çok kısa sürede uygulanması gerektiği vurgulanmıştır.

Örneğin; Burisch (1984), kısa ölçeklerin sadece zamandan tasarruf etmekle kalmayıp aynı zamanda katılımcıyı aşırı can sıkıntısı ve yorgunluktan koruduğunu belirtmekte ve ölçek çok uzunsa hiçbir bireyin gereken doğru cevapları alamayacağını öne sürmektedir. Tatar vd., (2014), kısa model geliştirmenin nedenleri arasında sınırlı süre, ağır vaka yükleri, tarama amaçlı kullanım, testlerin daha büyük çok değişkenli çalışmalarda tanıtılması, güncel testleri çocuklara uygulama becerisi ve kısaltılmış gözlem süresi ve uygulama süresi yer almaktadır.

Patolojik olmayan kişilik araştırmalarında en çok kullanılan ölçeklerden biri olan ve Costa ve McCrae tarafından geliştirilen NEO Kişilik Envanteri (NEO-PI) ile 240 maddelik revize edilmiş NEO Kişilik Envanteri (NEO-PI-R) yaklaşık 45 dakikada tamamlanmaktadır. Türkiye’de Somer, Korkmaz ve Tatar tarafından geliştirilen 220 maddelik Beş Faktör Kişilik Envanteri (5FKE) de benzer şekilde yaklaşık 40-45 dakikada cevaplanabilmektedir. Her iki ölçek de geniş boyutlara inen alt boyutları ölçmek için ideal olsa da sadece kişilik boyutlarını araştırmak isteyen araştırmacılar için gerekli pratikliği sağlayamamakta ve katılımcılar bir süre sonra verdikleri cevaplarda kendilerini daha az ciddiyetle ifade etmektedirler (Bacanlı vd., 2009).

Rammstedt ve John (2006), orijinali John, Donahue ve Kentle (1994) tarafından geliştirilen 44 maddelik Büyük Beşli Envanterinin (Big Five Inventory-BFI) 10 maddelik versiyonunu oluşturmuş, 10 maddelik bu versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Tatar vd., (2014), orijinali Tatar vd., (2001) tarafından geliştirilen 220 maddelik Beş Faktör Kişilik Envanterinin (5FKE) 85 maddelik kısa versiyonunun beş faktör modeline uyduğunu, iki form arasında çok sayıdaki güçlü bağlantının kısa formun uzun formu iyi temsil ettiğini tespit etmiştir.

#### **2.4.7. Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi**

Bacanlı ve Diğerleri (2009), kişilik araştırmalarında kullanılmak üzere pratik, ekonomik ve katılımcılar tarafından kısa sürede cevaplanabilecek bir araç geliştirmek amacıyla, Beş Faktör kuramından yola çıkarak ve bu faktörlere uygun birbirine zıt sıfat çiftlerine dayalı 40 maddeli bir ölçek geliştirmişlerdir. Bir önceki bölümde Türkiye’de gerçekleştirildiği ifade edilen çalışmalar (Gülgöz, 2002) Türkçe sıfatların seçilerek bunların beş faktörlü bir yapıya uygun olup olmadıklarının analiz edilmesine dayanmaktadır. Bacanlı ve Diğerleri (2009) ise doğrudan Beş Faktör modelindeki

faktörlere uygun sıfat çiftleri kullanarak az maddeli ve iki uçlu bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu bağlamda, Bacanlı vd., (2009) tarafından geliştirilen Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (SDKT) Türkiye’de patolojik olmayan bireylerin kişilik yapılarını temel boyutta ölçecek kısa, ekonomik ve pratik bir araç olmasının yanı sıra Türk örnekleme üzerine eğilmesi bakımından önem arz etmektedir.

## **2.5. COVID-19 VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA PSİKOLOJİK ETKİLERİ**

### **2.5.1. Pandemi Nedir?**

Endemi, epidemi ve pandemi terimleri genellikle enfeksiyon hastalıkları ile ilgili kullanılmakla beraber; hipertansiyon, kanser, şiddet ve olumlu birtakım alışkanlıklar için de kullanılabilir. Endemi, belirli bir bölgede beklenen sayıda vaka artışı ile seyreden istikrarlı durum olarak tanımlanır. Vaka sayısında beklenenden daha fazla sayıda artış, beklenmeyen bir bölgede vaka görülmesi durumu, salgın olarak değerlendirilir. Birden fazla bölgede görülen salgın epidemi olarak isimlendirilir. Bir epideminin küresel olarak yayılması ise pandemi olarak tanımlanmaktadır (Grennan, 2019, s. 911).

Pandemi olarak tanımlanan hastalıkların belli ortak özellikleri vardır. Yaygın coğrafi dağılım pandemi tanımının ilk kriteridir. Hastalığın coğrafi hareketi birçok yol ile olabilmektedir. İnfluenza pandemisindeki gibi respitaruvar yolla kişiden kişiye bulaş ile veya kolera pandemisindeki gibi enterik bulaş ile meydana gelebilmektedir. Pandemi olarak tanımlanan hastalıkların birçoğu bulaşıcı hastalıklardır. Yüksek bulaş hızına sahiptir ve kısa zamanda fazla sayıda vaka artışına sebep olmaktadır (Morens vd., 2009)

Dünya tarihinde 14. yüzyılda görülen veba, kolera, 1918 İspanyol gribi, 2009 H1N1 gribi, HIV/AIDS gibi birçok hastalık pandemi olarak nitelendirilmiştir (WHO, 2020). Etkeni SARS-CoV-2 olan Covid-19 hastalığı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından Mart 2020’de pandemi olarak kabul edilmiştir (WHO, 2020).

### **2.5.2. Tarih Boyunca Küresel Salgınlar**

Salgınlar, insanlık tarihi boyunca büyük değişikliklere ve tarihsel süreçte büyük zorluklara yol açmıştır. Salgınlar meydana geldikleri zamanda insanların yaşama biçimlerinde dramatik değişikliklere yol açmış ve bazen devletlerin çökmesine neden



olmuş ve hatta tarihteki dönemlerin kapanmasına ve yenilerinin başlamasına sebebiyet vermiştir. Örneğin, antik çağdan Orta Çağ'a geçiş bu şekilde yaşanmıştır. (Özden ve Özmat, 2014 s.61-62). Salgın hastalık sürecini, özellikle de COVID-19 koronavirüs salgını sürecini değerlendirme ve yönetime süreci çok yönlü bir perspektiften incelemek uygun olacaktır. Epidemiyolojik süreçlerin ortaya çıkması için koşulların ortaya çıkması, oluşum süreci, yerelden bölgeleşme ve küresel boyutlara ulaşması ve hatta mevcut tepkisiyle pandemi ilan edilmesine yol açan süreçlerin gözlemlenmesi önemlidir. Bununla birlikte, tarihsel bağlamdaki değişikliklerin ve kaymaların daha iyi anlaşılması ve gelecekteki potansiyel süreçlerin daha iyi tahmin edilmesi açısından önemlidir.

İnsanlık tarihi boyunca insanoğlunun yaşadığı salgın hastalıklar arasında "veba" salgını, psikososyal etki, bulaş risk ve ölüm oranları açısından en açık olanıdır. Bu dönemler, toplumların hafızalarında başta kıta Avrupa'sı olmak üzere dünya toplumlarını terk eden korku ve endişe atmosferinin hâkim olduğu kargaşa dönemleri olarak hatırlanmaktadır. Veba salgınlarının ortaya çıktığı dönemlerde, yaygın oldukları bölgelerde psikolojik, sosyal, ekonomik ve politik alanlarda çok yönlü etkilere ve değişikliklere neden oldukları bilinmektedir. Neredeyse tüm veba salgınlarının pandemi gibi geniş bir ölçüğe ulaştığı bildirilmektedir. Roma İmparatorluğu'nun çöküşüne neden olan başlıca etkiler arasında veba salgını ve etkilerinin olduğu ileri sürülmektedir (Lewis 1998, s. 61-64).

Aynı gruptaki bakteri ve virüsler tarih boyunca tekrarlayan epidemiyolojik süreçlere neden olmuştur. Ölümcül bir bakteri olduğu bilinen *Yersinia Pestis*, 6. ve 8. yüzyıllar arasında defalarca tekrarlanan Justinian Veba sürecinde dünya nüfusunun dörtte birinin ölümüne neden olmuştur. Bu nedenle artan bir eğilim içinde olan dünya nüfusu Justinian Vebası sırasında aynı seviyelerde kalmıştır. Sonraki altı yüzyılda herhangi bir salgın olmamasına rağmen *Yersinia pestis*, veba salgını sırasında on dördüncü yüzyılda ve yirminci yüzyılın ortalarına kadar tekrar tekrar ortaya çıkmış ve yaklaşık 200 milyon insanın ölümüne neden olmuştur. Öte yandan influenza A virüsü mutasyonunun farklı alt kopyaları olarak tarih boyunca beş kez tekrarlayarak salgınlara neden olmuştur. Buradan yola çıkarak bakteri ve virüslerin de aynı şekilde mutasyona uğrayarak yeni salgınlara neden olma ihtimalinin yüksek olduğu söylenebilmektedir. SARS ve MERS virüslerinin salgını ardından ortaya çıkan

koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinin devam etmesi de bu olasılığın bir başka göstergesi olarak görülebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu konuda test edilmiş ve tekrarlayan salgınlar nedeniyle doğrulanmamış tüm virüs ve bakterilerin yeniden salgın süreçleri oluşturabileceği olasılığına dikkat çekmektedir (Şeker vd., 2020, s. 25).

Tarihten günümüze gelen etkileri tahmin edilemeyen bu salgınlar bireyleri endişe ve korku duygusuyla karşı karşıya getirmekle birlikte alınan tedbirler, yaşanan finansal zorluklar, damgalanma, sağlık kaygısı gibi yaşamlar zorluklara maruz bırakmıştır. Salgın, fiziksel bir tehdit unsuru olarak görülse de psikolojik, sosyal ve finansal zorlukları da beraberinde getirmektedir. Biyopsikososyal bir bütün olan insan, tüm yönü ile bu süreçlerden etkilenmektedir.

### **2.5.3. COVID-19 Pandemisi**

Koronavirüsler (CoV), soğuk algınlığı gibi toplumda yaygın olarak görülen kendi kendini sınırlayan hafif bir enfeksiyondan daha ciddi enfeksiyonlara (MERS ve SARS gibi) neden olabilen bir virüs ailesidir. (Şenol ve Bilsel, 2020, s.535-546). SARS-CoV, daha önce bilinmeyen bir virüs olarak 2003 yılında Çin’de ortaya çıkarak 21. yüzyılın ilk acil durumuna sebep olmuş ve çok sayıda insanın ölümüne sebebiyet vermiştir (Şenol ve Bilsel, 2020 s. 535-546).

Yine koronavirüs ailesinden MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome corona virus) 10 yıl önce Nisan 2012’de ilk olarak Suudi Arabistan’da insanlarda ve bazı hayvanlarda tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Çin’in Hubei Eyaleti, Wuhan’da ilk pnömöni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020’de, daha önce insanlarda görülmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCoV)’ün adı COVID-19 olarak kabul edilmiş ve SARS CoV’ye çok benzeyen virüse SARSCoV-2 adı verilmiştir.

Virüs kısa sürede dünyaya yayılmış olup pek çok ülkede zorunlu kısıtlama önlemleri alınmıştır. Ülkeler kendi içinde farklı farklı önlemler almakla birlikte genel itibariyle, ülkelerarası ve şehirlerarası uçuşlarda tedbirler arttırılmış ya da kısıtlanmış, toplu etkinlikler iptal edilmiş, okullara ara verilmiş ve dönem dönem seyreden sokağa çıkma yasakları getirilmiştir.

## 2.5.4. COVID-19 ve Psikolojik Etkiler

### 2.5.4.1. Toplumsal Açıdan Etkileri

Covid-19 pandemisi tıbbi bir sağlık problemi olmanın yanı sıra birey ve toplum üzerinde pek çok etkilere sebep olan sosyal bir olgu olarak tanımlanabilmektedir. Alışık olmadık, değişikliklerin olduğu durumlarda birey yeni duruma adapte olamayabilmektedir.

SARS COV-2, insan yaşamının her alanında gözlemlenen etkisi ile küresel sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. İnsan yaşamının yanı sıra küresel kriz kamu ekonomilerini ve özel sektörü de büyük ölçüde etkilemiştir. COVID-19 salgını nedeniyle ekonomi, turizm, havacılık, tarım ve finans endüstrisindeki düşüşlerin yanı sıra arz ve talep açısından önemli düşüşler görmüştür. Salgını kontrol altına almak için dünyanın dört bir yanındaki ülkelerde uygulanan sosyal mesafe, izolasyon ve seyahat kısıtlamaları, tüm sektörlerde iş gücünün azalmasına ve iş kayıplarına yol açmış, okullar kapanmış ve tüketici talebi azalmıştır. Örneğin, otel ve restoranların tarımsal ürünlere olan talebinin azalması, tarım ürünlerinin fiyatlarının düşmesine neden olmuştur (Nicola vd., 2020).

İnsanlık tarihinde kaydedilen salgın hastalıkların ve bunlarla bağlantılı krizlerin birçoğunun sağlık, ekonomi ve hatta ulusal güvenlik üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Salgın hastalıklar milyonlarca insanı etkilemiş ve nüfusun ağır hastalığına ve ölümüne neden olmuştur. Toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra ekonomik istikrarsızlığa neden olmaktadır. Salgının küresel ekonomi üzerindeki etkilerini ele alan raporda Fernandes (2020), COVID-19 salgınının neden olduğu ekonomik krizin diğer krizlerle kıyaslanamayacak kadar tamamen yeni bir kriz türü olduğunu belirtmiştir (2008 ekonomik krizi). Artan eşitsizlik, kadınlar, genç işçiler, yaşlı, yerli olmayan işçiler ve düşük eğitimli çalışanlar gibi savunmasız işgücü grupları arasındaki eşitsizliği ve ayrıca fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde ciddi etkileri gözlenmektedir (Sim, 2020). Bununla birlikte seyahat kısıtlamaları, okul ve pazarın kapanması gibi salgın hastalıkların sonuçları ciddi sosyal ve ekonomik etkiler arasındadır.

Salgını sırasında, yüksek riskli alanlarda çalışan, izolasyon önlemi alınan bireyler damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Ayrıca bir dönem 20 yaş altı ve 65 yaş

üstü bireylere getirilen sokağa çıkma yasakları, bu kesimi bulaşın yayılmasında hedef göstererek ayrımcılığa maruz bırakmıştır. Dolayısıyla bu kişiler pandemiden daha fazla etkilenmiş olabilmektedir. Bununla birlikte damgalanma ve ayrımcılık sonucunda sosyal dışlanmanın artmasına bu durumun şiddet ve tacize varan sonuçlara yol açabileceği gözlenmiştir (ILO, 2020). Ek olarak, COVID-19'u önlemeye yönelik uygulamaların girişimleri (örneğin, zorunlu maske kullanımı, sosyal uzaklaşma ve sayıların sınırlandırılması) işyerinde çalışanlar, müşteriler, diğer çalışanlar veya işverenler arasında şiddet / tehdit sonuçları doğurabilmektedir (ILO, 2020).

#### **2.5.4.2. Sağlık Çalışanları Açısından Etkileri**

COVID-19 salgınının çalışanların sağlığı üzerinde çok yönlü bir etkisi olmaktadır. Çalışanlar üzerindeki doğrudan sağlık etkilerinin yanı sıra kısa ve uzun vadede etkisi olacak birçok dolaylı etkinin olduğu belirtilmektedir (Sim, 2020).

Enfeksiyon: Genellikle çalışma ortamları, birden fazla kişinin birlikte çalıştığı veya büyük müşteri gruplarıyla birlikte çalışmayı gerektirebilecek ortamlardır. Yapılan iş, çalışanların kalabalık ortamlarda bir arada olmasını, yakın mesafede çalışmasını, ortak öğeleri kullanmasını, potansiyel COVID-19 hastaları / şüphelileri veya bulguları ile iletişim kurmasını ve toplumla yüz yüze hizmet sunmasını gerektirebilir. Bu koşullar, çalışanlarda meslekleri enfeksiyon riskini artırabilmektedir. Hastalık ilk başladığında, çoğu vaka mesleki maruziyetle ilgili yaşanmış, vakaların çoğalması ve sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte sağlık çalışanları bu enfeksiyon için başka bir yüksek riskli grup olarak kabul edilmiş ve çalışmalarda sağlık çalışanlarına çok yüksek enfeksiyon bulaşma oranları bildirilmiştir (Burdorf, 2020, s. 230).

Psikolojik ve fiziksel riskler incelendiğinde Covid-19 salgını, çalışanları birçok yönden psikolojik ve zihinsel risklere maruz bırakmaktadır (Xiang vd., 2020). Bu etkilerin en göze çarpanları şunlardır:

Özellikle çocuklar / yaşlılar / bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler / bakımlarından veya onlarla birlikte yaşamaktan sorumlu risk altındaki kişiler için enfeksiyon ve hastalığın yayılmasına ilişkin endişe (OSHA, 2020).

Çalışma koşullarına ilişkin mevcut ve gelecekteki belirsizlik, iş operasyonları ve düzenlemelerindeki değişiklikler,

Bazı mesleki sahalar (Acil müdahale ekipleri, sağlık çalışanları ve topluma temel hizmetleri sağlayanlar) normalden daha uzun ve sıklıkla daha fazla çalışıyor ve sonuç olarak yetersiz uyku ve aşırı yorgunluk yaşamakla birlikte kişisel koruyucu ekipman eksikliği tehdit unsurlarını arttırabilmektedir (ILO, 2020).

Egzersiz, iyi beslenme alışkanlıkları ve yeterli dinlenme gibi kişisel bakım faaliyetlerini sürdürmede güçlük (ILO, 2020).

Ayrıca uzun süreli uzaktan çalışma nedeniyle yalnızlık hissi, sosyal etkileşimden uzaklaşma, ara vermeden veya daha uzun saatler çalışma gibi etkiler, iş ve aile yaşamı arasındaki izolasyon kişilerin yaşamında ciddi değişiklikler meydana getirmektedir (Sim, 2020).

Artan çalışma saatlerinin neden olduğu psikolojik etkiler, yorgunluk ve uykusuzluk, rutin iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarındaki gecikmeler, kişisel koruyucu ekipman kullanımına bağlı uyum güçlükleri, değişen çalışma koşulları ve iş organizasyonu gibi birçok faktör, iş kazalarında artışa neden olmaktadır (ILO, 2020).

Uzun süreli kişisel koruyucu ekipman kullanımını gerektiren meslek grupları (sağlık çalışanları, kalabalık ortamlarda yüz yüze çalışma, yakın mesafeden hizmet verme vb.) oldukça yüksek oranlarda, maske kullanımına bağlı yanağı ve alını, maskelerin oluşturduğu bası nedeniyle burun köprüsünü, sık el hijyeni ve lateks eldiven kullanımına bağlı elleri etkileyen dermatit lezyonlar bildirilmiştir (ILO, 2020).

Önceki salgınlar yaşanan deneyimler, salgın sırasında sosyal damgalama ve ayrımcılığa ek olarak şiddet ve tacizin (fiziksel ve psikolojik) artabileceğini göstermiştir.

COVID-19 salgını sırasında, yüksek riskli alanlarda ve işlerde çalışan kişiler damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalabilir. Damgalanma ve ayrımcılık sonucunda bunun sosyal dışlanmanın artmasına, şiddet ve tacize maruz kalmaya yol açtığı gözlemlenmiştir (ILO, 2020). Buna ek olarak, COVID-19'u önlemeye yönelik uygulamaları uygulama çabaları (örneğin, zorunlu maske kullanımı, sosyal uzaklaşma ve sayıların sınırlandırılması) işyerinde çalışanlar, müşterilerden, diğer çalışanlardan veya işverenlerden şiddet / tehditle karşılaşılabilir (ILO, 2020).

### 2.5.4.3. Anksiyete, Depresyon ve Diğer Ruhsal Sorunların COVID-19 ile İlişkisi

Salgın yalnızca tıbbi bir sağlık sorunu olarak değil ruh sağlığı acil durumu olarak da nitelendirilmektedir. Beklenmeyen durumlarda kısa dönemli ve düşük stres etkenleri durumunda canlı, yeni duruma adaptif davranış sergileyebilmekte ve yeni baş etme stratejileri geliştirebilmektedir (Yapıcı Eser, 2020). Stres etkenlerinin süresi, tekrarı ve şiddeti arttığında adaptif beceriler işleme konulamamaktadır. İşlemlenemeyen stres etkenleri kronik hale gelmekte ve organizmanın maruz kaldığı yıpranma allostatik yük oluşturmaktadır (Eser Yapıcı, 2020 s.18-22). Birey yeni karşılaştığı deneyimleri değerlendirirken geçmiş yaşam olaylarına yönelik tahminler yürütmektedir. İnsan doğası gereği içinde bulunduğu koşulları anlamlandırabilmek ve kontrol etmek ister. Ancak bu durum salgın döneminde yeterince mümkün olmamakla birlikte ön görülemezlik artan tehdit unsurları birey ve toplum üzerinde endişeye sebep olmaktadır. Var olan tehdit unsurları beraberinde bireylere, toplumlara ve devletlere belirli sorumluluklar yüklemektedir. Sorumlulukların büyük bir çoğunluğunu üstenen sağlık çalışanları yüksek riskli gruplarla çalışıyor olmanın yanı sıra pek çok risk faktörü ile diğer çalışma alanlarına kıyasla daha fazla stres etmenine maruz kalmaktadırlar. Salgının başlangıcından birkaç ay sonra Wuhan'da sağlık çalışanları %63 gibi yüksek bir oranla enfekte olan hasta grubunun büyük çoğunluğunu oluşturmuştur. (Wu, 2020). Bildirilen fiziksel riskin yanında gözlemlenen depresyon, anksiyete ve uykusuzluk belirtilerinin hemşirelerin %30'undan fazla bir çoğunluğunda gözlemlendiği bildirilmiştir (Cai, 2020). 1257 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %50,4'ü depresyon, %44,6'sı anksiyete bozukluğu, %34'ü uyku bozukluklarının varlığını bildirmiş, bu durumun hemşireleri ve kadınları daha fazla etkilediği gözlemlenmiştir (Lai, 2020). Bir başka çalışmada sağlık çalışanlarında %30,2 depresyon, %20,7 anksiyete bulguları bildirilmiş aynı zamanda düşün eğitim seviyesi, bekar olmak ve kadın cinsiyeti risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Xiaoming, 2020). Ek olarak çalışmalar, COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında kadın cinsiyeti ve hemşirelik mesleğini ruh sağlığı bozukluklarının gelişmesinde yüksek risk faktörü olarak belirlemiştir (Gorini, 2020).

Pandemi dönemi var olan kişisel kaynaklar ile talepler arasındaki dengesizliğe yönelik bir tehdit unsuru olarak görülebilmektedir. Bununla birlikte algılanan tehdit

düzeyinin hemşirelerin maruz kaldığı tükenmişlik ile ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur (Garcia, 2020). Sağlık çalışanlarının kendi içinde yüksek risk grubuna göre ayrıldığı ve aynı zamanda sağlık personeli olmayan hastane çalışanlarının da dahil edildiği bir çalışmada doğrudan COVID-19 tanılı bireylerle çalışan personelin daha fazla tükenmişlik bildirdiği kaydedilmiştir (Arpacıoğlu, 2020). Bir başka çalışmada hemşirelerin %60'6sı duygusal tükenme, %42,3 duyarsızlaşma ile katılımcıların yarısı tükenmişlik bulguları bildirmiştir (Hu, 2020).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Öncelikle çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızda ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama, betimleme ve yordama gibi bilimsel amaçlara ulaşmak için kullanılan bir tarama yaklaşımıdır (Zechmeister, 2016).

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni İstanbul'da çalışan hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi Mayıs 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul ilinde çeşitli hastanelerde çalışan 161 hemşireden oluşmaktadır. Araştırma verileri çevrimiçi anket yolu ile elde edilmiştir. Google docs. alt yapısı ile oluşturulan formlar URL uzantısı hemşirelere ve çeşitli hastanelerin sorumlu hemşirelerine iletilmiştir. Hemşireler araştırmaya elektronik onay sonrası katılmış ve her katılımcının cevaplama hakkı bir kez olarak sınırlandırılmıştır.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Google docs. üzerinden elde edilecek olup katılımcılardan sosyodemografik veri formu ve Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği, beş faktör kişilik envanterinden oluşan 4 ölçeği doldurmaları istenmiştir.

### **3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği**

Bu ölçek 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. 0-3 arası puanlanan, 4 seçeneği olan 21 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, 0-63 arasında değişen puanlarla birlikte “0=minimal, 1=hafif, 2=orta, 3=ağır” şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .74 belirlenmiştir.

### **3.3.2. Beck Anksiyete Ölçeği**

Bu ölçek 1988 yılında Beck vd. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin yaşadığını anksiyete belirtilerinin şiddetini göstermektedir. 0-3 arası puanlanan, 4 seçeneği olan 21 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Kişilerden “0=minimal, 1=hafif, 2=orta, 3=ağır” şeklinde belirtilen seçenekleri işaretlemeleri istenir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .93 belirlenmiştir.

### **3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Bu ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Ergin tarafında 1993 yılında yapılmıştır. 0-4 arası puanlanan, 5’li likert tipi olan ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0-88 arasında değişen puanlarla birlikte “0=hiçbir zaman, 1=çok nadir, 2=bazen, 3=çoğu zaman, 4=her zaman” şeklinde değerlendirilmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyuttan alınan yüksek puanlar yüksek tükenmişliğe işaret etmektedir. Ölçeğin alt boyutları için elde edilen Cronbach Alfa değerleri; duygusal tükenme için .81, duyarsızlaşma için .73, düşük kişisel başarı için .62 olarak belirlenmiştir.

### **3.3.4. Beş Faktör Kişilik Envanteri**

Ölçek 1998 yılında Benet-Martinez ve John tarafından geliştirilmiştir. Türkiye ayağı kapsamında Türkçe’ye çevrilmiştir. Ulusal yazında beş faktör kişiliğin ölçülmesinde pek çok araştırma olmasına rağmen uluslararası çalışmalarda geçerliliğinin kanıtlanması ve kısa ölçek formunun daha kullanışlı olması bu çalışma açısından tercih edilmesini sağlamıştır. 1-5 arası puanlanan, 5’li likert tipi olan envanter 44 maddeden oluşmaktadır. Kişilerden “1=kesinlikle katılmıyorum,



2=katılıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde belirtilen seçenekleri işaretlemeleri istenir. Ölçeğin nevroitiklik, dışadönüklük, uyumluluk, öz disiplin/sorumluluk ve deneyime açıklık olarak 5 alt boyutu bulunmaktadır. Her bir boyuttan alınan yüksek puanlar o kişilik özelliğinin yüksek derecede mevcut olduğuna işaret etmektedir. Beş faktör kişilik envanterinin alt boyutları için elde edilen Cronbach Alfa değerleri .76 ile .79 arasında değişmektedir. Bu ölçeğin güvenilirliği için alt boyutları Cronbach Alfa değerleri; gelişime açıklık .69, öz disiplin .70, dışadönüklük .75, uyumluluk faktörü .65 ve nevroitiklik .70 olarak hesaplanmıştır.

### **3.4. Analiz Yöntemi**

Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (George ve Mallery, 2003).

Değerler incelendiğinde her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -2 ile +2 arasında olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ( $k > 2$ ) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki etki ise regresyon testi ile analiz edilmiştir.

#### **3.4.1. Parametrik Testler**

**Bağımsız Gruplar T Testi:** Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için her iki grubun normal dağılım varsayımını sağlaması gerekir.

**One –Way ANOVA:** Bağımsız k grubun ( $k > 2$ ) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için her iki grubun normal dağılım varsayımını sağlaması gerekir.

Pearson korelasyon (r) testi: Bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir.

Regresyon testi: Bağımlı nicel bir değişkenin bağımsız bir veya birden fazla nicel değişken tarafından etkilenmesinde kullanılan test tekniğidir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

**Tablo 2.** Normallik Testi

	n	Çarpıklık	Basıklık
Beck Depresyon Ölçeği	161	,995	1,575
Dışa Dönüklük	161	-,940	,889
Nevrotiklik	161	-,701	,965
Sorumluluk	161	-1,259	1,669
Uyumluluk	161	-1,152	1,586
Deneyime Açıklık	161	-1,061	,561
Beck Anksiyete Ölçeği	161	1,033	,593
Duygusal Tükenme	161	,076	-,886
Düşük Kişisel Başarı	161	1,254	1,764
Duyarsızlaşma	161	,583	-,221
Tükenmişlik Ölçeği	161	,152	-,424

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinden elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +2 ile -2 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

**Tablo 3.** Demografik Değişkenler

		n	%
1- Cinsiyetiniz?	Kadın	133	82,6
	Erkek	28	17,4
2- Yaşınız?	25 yaş ve altı	57	35,4
	26-30 yaş	58	36,0
	31 yaş ve üstü	46	28,6
3- Medeni durumunuz?	Bekar	99	61,5

	Evli	59	36,6
	Boşanmış	3	1,9
4- Çocuğunuz var mı?	Var	43	26,7
	Yok	118	73,3
5- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	27	16,8
	Ailemle beraber (eş-partner ve/veya çocuk)	67	41,6
	Ailemle beraber (anne ve/veya baba ve/veya kardeşler)	44	27,3
	Arkadaşlar	23	14,3
6- Eğitim durumunuz?	Lise	33	20,5
	Ön lisans	24	14,9
	Lisans	81	50,3
	Yüksek lisans	23	14,3
7- Aylık ortalama gelir düzeyinizi aşağıdaki ölçek üzerinden değerlendiriniz	2500 TL ve altı	4	2,5
	2500-5000	33	20,5
	5000-10000	102	63,4
	10000 TL üstü	22	13,7
9- Alışkanlıklarınız?	Sigara	57	35,4
	Alkol	9	5,6
	Madde	0	0,0
	Çoklu alışkanlık	3	1,9
	Yok	92	57,1
10- Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda (bağışıklık sorunu, kanser, obezite, diyabet, kalp damar hastalıkları vb. kronik hastalıklar) yer alıyor musunuz?	Evet	21	13,0
	Hayır	140	87,0
11- Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu bir serviste mi görev yapıyorsunuz?	Evet	122	75,8
	Hayır	39	24,2
12- Çalışma sisteminiz nedir?	Nöbet sistemi	117	72,7
	Vardiya sistemi	44	27,3
13- Çalıştığınız hastanede koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	105	65,2
	Hayır	56	34,8
14- Kendinizde, ailenizde veya arkadaş çevrenizde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler var mı?	Hayır	38	23,6
	Evet	123	76,4

**Tablo 4.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi

1- Cinsiyetiniz?		n	Ortalama	ss	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	133	13,86	8,89	1,435	,153
	Erkek	28	11,32	6,22		
Dışa Dönüklük	Kadın	133	23,67	6,50	0,718	,474
	Erkek	28	22,71	5,86		
Nevrotiklik	Kadın	133	21,38	5,84	-0,687	,493
	Erkek	28	22,21	5,71		
Sorumluluk	Kadın	133	28,35	7,38	-1,264	,208
	Erkek	28	30,32	7,99		
Uyumluluk	Kadın	133	26,67	6,97	0,393	,695
	Erkek	28	26,11	6,40		
Deneyime Açıklık	Kadın	133	31,08	8,86	0,218	,827
	Erkek	28	30,68	9,12		
Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	133	14,15	11,43	1,143	,255
	Erkek	28	11,54	8,61		
Duygusal Tükenme	Kadın	133	15,42	8,16	-0,468	,640
	Erkek	28	16,25	10,06		
Düşük Kişisel Başarı	Kadın	133	9,73	5,56	-3,290	,001*
	Erkek	28	14,11	9,50		
Duyarsızlaşma	Kadın	133	8,51	4,81	-1,444	,151
	Erkek	28	10,11	7,29		
Tükenmişlik Ölçeği	Kadın	133	33,66	12,44	-2,695	,008*
	Erkek	28	40,46	10,57		

\* $p < 0,05$

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi İçin Yapılan T Testi Sonuçları Aşağıda Verilmiştir

Kadın ile erkekler arasında Düşük Kişisel Başarı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür

Kadın ile erkekler arasında Tükenmişlik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

**Tablo 5.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Alışkanlıklar Açısından İncelenmesi

Alışkanlıklarımız		n	Ortalama	ss	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Sigara	57	14,72	10,13	2,046	,133
	Alkol	9	16,67	8,05		
	Yok	92	12,34	7,45		
Dışa Dönüklük	Sigara	57	22,53	7,39	1,599	,205
	Alkol	9	26,33	7,65		
	Yok	92	23,74	5,58		
Nevrotiklik	Sigara	57	20,81	6,37	2,258	,108
	Alkol	9	25,22	7,12		
	Yok	92	21,57	5,30		
Sorumluluk	Sigara	57	27,53	8,38	1,123	,328
	Alkol	9	30,56	9,08		
	Yok	92	29,15	6,82		
Uyumluluk	Sigara	57	25,86	7,90	1,217	,299
	Alkol	9	29,67	8,57		
	Yok	92	26,66	6,01		
Deneyime Açıklık	Sigara	57	29,79	9,85	0,806	,449
	Alkol	9	32,67	9,53		
	Yok	92	31,48	8,28		
Beck Anksiyete Ölçeği	Sigara	57	13,88	11,47	4,835	,009*
	Alkol	9	24,44	15,76		
	Yok	92	12,70	9,83		
Duygusal Tükenme	Sigara	57	17,02	9,19	1,460	,235
	Alkol	9	16,11	9,62		
	Yok	92	14,58	8,01		
Düşük Kişisel Başarı	Sigara	57	9,60	6,04	1,151	,319
	Alkol	9	9,78	8,41		
	Yok	92	11,24	6,78		
Duyarsızlaşma	Sigara	57	9,65	5,60	2,255	,108
	Alkol	9	10,89	6,29		
	Yok	92	8,08	5,08		
Tükenmişlik Ölçeği	Sigara	57	36,26	14,66	0,742	,478
	Alkol	9	36,78	11,60		
	Yok	92	33,89	11,02		

\*p<0,05

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Alışkanlıklar Açısından İncelenmesi İçin Yapılan ANOVA Testi Sonuçları Aşağıda Verilmiştir

Alışkanlıkları farklı olan gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde alkol kullananların puan ortalaması en büyük iken alışkanlığı olmayanların ortalaması en küçüktür.

**Tablo 6.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Sağlık Bakanlığının Belirlediği COVID-19 Risk Grubunda Yer Alma Durumu Açısından İncelenmesi

10- Sağlık Bakanlığının belirlediği COVID-19 risk grubunda (bağışıklık sorunu, kanser, obezite, diabet, kalp damar hastalıkları vb. kronik hastalıklar) yer alıyor musunuz?		n	Ortalama	ss	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	21	14,90	7,18	,857	,392
	Hayır	140	13,19	8,71		
Dışa Dönüklük	Evet	21	25,00	4,14	1,154	,250
	Hayır	140	23,28	6,64		
Nevrotiklik	Evet	21	23,29	3,86	1,493	,137
	Hayır	140	21,26	6,01		
Sorumluluk	Evet	21	32,24	5,25	2,353	,020*
	Hayır	140	28,16	7,66		
Uyumluluk	Evet	21	28,43	3,40	2,226	,030*
	Hayır	140	26,29	7,20		
Deneyime Açıklık	Evet	21	31,05	6,11	,019	,985
	Hayır	140	31,01	9,24		
Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	21	17,48	12,14	1,696	,092
	Hayır	140	13,13	10,77		
Duygusal Tükenme	Evet	21	17,24	9,07	,968	,335
	Hayır	140	15,31	8,41		
Düşük Kişisel Başarı	Evet	21	6,76	3,40	-4,571	,000*
	Hayır	140	11,05	6,78		
Duyarsızlaşma	Evet	21	11,62	5,40	2,657	,009*
	Hayır	140	8,36	5,21		
Tükenmişlik Ölçeği	Evet	21	35,62	13,68	,307	,760
	Hayır	140	34,73	12,22		

\* $p<0,05$

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Sağlık Bakanlığının Belirlediği Covid-19 Risk Grubunda Yer Alma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer alma durumu farklı olan gruplar arasında Sorumluluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde bu grupta yer alanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer alma durumu farklı olan gruplar arasında Uyumluluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde bu grupta yer alanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer alma durumu farklı olan gruplar arasında Düşük Kişisel Başarı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde bu grupta yer almayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer alma durumu farklı olan gruplar arasında Duyarsızlaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde bu grupta yer alanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

**Tablo 7.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin COVID-19 Tanılı Hastaların Bulunduğu Bir Serviste Görev Yapma Durumu Açısından İncelenmesi

11- Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu bir serviste mi görev yapıyorsunuz?	n	Ortalama	ss	t	p	
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	122	13,42	8,48	,005	,996
	Hayır	39	13,41	8,77		
Dışa Dönüklük	Evet	122	23,58	6,42	,276	,783
	Hayır	39	23,26	6,34		
Nevrotiklik	Evet	122	21,88	5,82	1,353	,178
	Hayır	39	20,44	5,69		
Sorumluluk	Evet	122	29,02	7,62	,959	,339
	Hayır	39	27,69	7,14		
Uyumluluk	Evet	122	26,81	6,92	,785	,434

	Hayır	39	25,82	6,70		
Deneyime Açıklık	Evet	122	30,91	8,86	-,259	,796
	Hayır	39	31,33	9,04		
BeckAnksiyete Ölçeği	Evet	122	13,66	11,03	-,081	,935
	Hayır	39	13,82	11,11		
Duygusal Tükenme	Evet	122	15,89	8,16	,845	,399
	Hayır	39	14,56	9,49		
Düşük Kişisel Başarı	Evet	122	10,53	6,11	,143	,887
	Hayır	39	10,36	8,00		
Duyarsızlaşma	Evet	122	9,11	5,48	1,340	,182
	Hayır	39	7,79	4,79		
Tükenmişlik Ölçeği	Evet	122	35,52	12,40	1,235	,219
	Hayır	39	32,72	12,22		

**\*p<0,05**

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Covid-19 Tanılı Hastaların Bulunduğu Bir Serviste Görev Yapma Durumu Açısından İncelenmesi İçin Yapılan t Testi Sonuçları Aşağıda Verilmiştir

Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu bir serviste görev yapma durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalışma Sistemi Açısından İncelenmesi

12- Çalışma sisteminiz nedir?		n	Ortalama	ss	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Nöbet sistemi	117	13,46	8,49	,110	,913
	Vardiya sistemi	44	13,30	8,71		
Dışa Dönüklük	Nöbet sistemi	117	23,86	6,21	1,169	,244
	Vardiya sistemi	44	22,55	6,80		
Nevrotiklik	Nöbet sistemi	117	21,79	5,67	,951	,343
	Vardiya sistemi	44	20,82	6,15		
Sorumluluk	Nöbet sistemi	117	29,51	7,19	2,283	,024*
	Vardiya sistemi	44	26,52	7,95		
Uyumluluk	Nöbet sistemi	117	27,08	6,53	1,531	,128
	Vardiya sistemi	44	25,23	7,59		
Deneyime Açıklık	Nöbet sistemi	117	31,31	8,42	,687	,493
	Vardiya sistemi	44	30,23	10,05		



BeckAnksiyete Ölçeği	Nöbet sistemi	117	13,58	10,79	-,214	,831
	Vardiya sistemi	44	14,00	11,72		
Duygusal Tükenme	Nöbet sistemi	117	16,44	8,46	2,145	,033*
	Vardiya sistemi	44	13,25	8,22		
Düşük Kişisel Başarı	Nöbet sistemi	117	10,25	5,80	-,761	,448
	Vardiya sistemi	44	11,14	8,40		
Duyarsızlaşma	Nöbet sistemi	117	9,05	5,43	1,018	,310
	Vardiya sistemi	44	8,09	5,05		
Tükenmişlik Ölçeği	Nöbet sistemi	117	35,74	12,63	1,494	,137
	Vardiya sistemi	44	32,48	11,48		

\* $p<0,05$

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalışma Sistemi Açısından İncelenmesi için yapılan t testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Çalışma sistemi farklı olan gruplar arasında Sorumluluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde nöbet sistemi ile çalışanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çalışma sistemi farklı olan gruplar arasında Duygusal Tükenme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde nöbet sistemi ile çalışanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

**Tablo 9.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalıştığı Hastanede Koruyucu Ekipmanların Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu Açısından İncelenmesi

13-Çalıştığınız hastanede koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	n	Ortalama	ss	t	p	
Beck Depresyon Ölçeği	Evet	105	12,65	8,15	-1,574	,118
	Hayır	56	14,86	9,08		
Dışa Dönüklük	Evet	105	23,88	6,31	1,016	,311
	Hayır	56	22,80	6,52		
Nevrotiklik	Evet	105	21,62	5,70	0,272	,786
	Hayır	56	21,36	6,05		
Sorumluluk	Evet	105	28,49	6,92	-0,485	,628
	Hayır	56	29,09	8,55		
Uyumluluk	Evet	105	26,80	6,66	0,578	,564
	Hayır	56	26,14	7,25		

Deneyime Açıklık	Evet	105	31,15	8,42	0,273	,785
	Hayır	56	30,75	9,74		
BeckAnksiyete Ölçeği	Evet	105	14,25	11,79	0,870	,386
	Hayır	56	12,66	9,41		
Duygusal Tükenme	Evet	105	14,53	7,61	-2,134	,034*
	Hayır	56	17,50	9,71		
Düşük Kişisel Başarı	Evet	105	11,12	6,63	1,678	,095
	Hayır	56	9,30	6,41		
Duyarsızlaşma	Evet	105	8,19	5,02	-1,967	,051
	Hayır	56	9,91	5,76		
Tükenmişlik Ölçeği	Evet	105	33,85	11,90	-1,404	,162
	Hayır	56	36,71	13,12		

\*p<0,05

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Çalıştığı Hastanede Koruyucu Ekipmanların Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çalıştığı hastanedeki koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu düşünme durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tükenme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlar incelendiğinde yeterli olmadığını düşünenlerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

**Tablo 10.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Kendisinde, Ailesinde veya Arkadaş Çevresinde COVID-19 Tanısı Almış Kişi ya da Kişiler Olma Durumu Açısından İncelenmesi

14- Kendinizde, ailenizde veya arkadaş çevrenizde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler var mı?		n	Ortalama	ss	t	p
Beck Depresyon Ölçeği	Hayır	38	11,50	8,92	-1,593	,113
	Evet	123	14,01	8,35		
Dışa Dönüklük	Hayır	38	22,11	7,89	-1,551	,123
	Evet	123	23,93	5,81		
Nevrotiklik	Hayır	38	19,13	6,27	-2,982	,003*
	Evet	123	22,27	5,47		
Sorumluluk	Hayır	38	24,95	8,51	-3,657	,000*
	Evet	123	29,85	6,79		
Uyumluluk	Hayır	38	24,03	7,96	-2,667	,008*

	Evet	123	27,36	6,31		
Deneyime Açıklık	Hayır	38	29,18	10,77	-1,458	,147
	Evet	123	31,58	8,17		
BeckAnksiyete Ölçeği	Hayır	38	10,45	10,26	-2,102	,037*
	Evet	123	14,70	11,09		
Duygusal Tükenme	Hayır	38	12,37	9,62	-2,707	,008*
	Evet	123	16,55	7,90		
Düşük Kişisel Başarı	Hayır	38	12,32	8,46	1,970	,051
	Evet	123	9,93	5,83		
Duyarsızlaşma	Hayır	38	7,26	5,30	-2,037	,043*
	Evet	123	9,26	5,28		
Tükenmişlik Ölçeği	Hayır	38	31,95	13,27	-1,660	,099
	Evet	123	35,74	12,00		

**\*p<0,05**

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerinin Kendisinde, Ailesinde veya Arkadaş Çevresinde Covid-19 Tanısı Almış Kişi ya da Kişiler Olma Durumu Açısından İncelenmesi İçin Yapılan T Testi Sonuçları Aşağıda Verilmiştir

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Nevrotiklik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Sorumluluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Uyumluluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Beck Anksiyete Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tükenme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında Duyarsızlaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde tanı almış kişi ya da kişiler olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

**Tablo 11.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ve Kişilik Özelliklerine Ait Betimsel İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Beck Depresyon Ölçeği	161	0,00	50,00	13,42	8,52
Dışa Dönüklük	161	8,00	39,00	23,50	6,38
Nevrotiklik	161	8,00	38,00	21,53	5,81
Sorumluluk	161	9,00	45,00	28,70	7,50
Uyumluluk	161	9,00	41,00	26,57	6,86
Deneyime Açıklık	161	10,00	47,00	31,01	8,88
Beck Anksiyete Ölçeği	161	0,00	51,00	13,70	11,02
Duygusal Tükenme	161	0,00	32,00	15,57	8,49
Düşük Kişisel Başarı	161	0,00	32,00	10,49	6,59
Duyarsızlaşma	161	0,00	22,00	8,79	5,33
Tükenmişlik Toplam	161	5,00	72,00	34,84	12,37

**Tablo 12.** Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Dışa Dönüklük	Nevrotiklik	Sorumluluk	Uyumluluk	Deneyime Açıklık
Beck Depresyon Ölçeği	r	,004	,205**	,061	,143	,007
	p	,958	,009	,444	,070	,925
Beck Anksiyete Ölçeği	r	-,028	,159*	,042	,074	-,084
	p	,727	,044	,596	,351	,289
Duygusal Tükenme	r	-,021	,197*	,183*	,126	-,025
	p	,792	,012	,020	,110	,750
	r	-,343**	-,272**	-,328**	-,292**	-,359**

Düşük Kişisel Başarı	p	,000	,000	,000	,000	,000
Duyarsızlaşma	r	,000	,288**	,208**	,101	,001
	p	1,000	,000	,008	,201	,994
Tükenmişlik Ölçeği	r	-,197*	,114	,040	-,025	-,208**
	p	,012	,149	,610	,752	,008

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

Depresyon, Anksiyete, Tükenmişlik ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Beck Depresyon Ölçeği ile Nevrotiklik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,205$ ) bulunmaktadır.

Beck Anksiyete Ölçeği ile Nevrotiklik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,159$ ) bulunmaktadır.

Duygusal Tükenme ile Nevrotiklik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,197$ ); Sorumluluk arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,183$ ) bulunmaktadır.

Düşük Kişisel Başarı ile Dışa Dönüklük arasında negatif yönlü orta bir ilişki ( $r=-0,343$ ); Nevrotiklik arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=-0,272$ ); Sorumluluk arasında negatif yönlü orta bir ilişki ( $r=-0,328$ ); Uyumluluk arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=-0,292$ ); Deneyime Açıklık arasında negatif yönlü orta bir ilişki ( $r=-0,359$ ) bulunmaktadır.

Duyarsızlaşma ile Nevrotiklik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,288$ ); Sorumluluk arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0,208$ ) bulunmaktadır.

Tükenmişlik Ölçeği ile Dışa Dönüklük arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=-0,197$ ); Deneyime Açıklık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ( $r=-0,208$ ) bulunmaktadır.

**Tablo 13.** Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik Alt Boyutunun, Beck Depresyon Ölçeğine Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standar dize Katsayılar	t	p	R <sup>2</sup>
		B	Standart Hata	Beta			
	Sabit	6,924	2,540		2,726	,007	,042

Beck Depresyon Ölçeği	Nevrotiklik	,302	,114	,205	2,646	,009
-----------------------------	-------------	------	------	------	-------	------

Model:  
F=7,003  
p=0,009

Kişilik özelliklerinden nevroitiklik alt boyutunun, Beck Depresyon Ölçeğine etkisinin incelemek için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=7,003, p<0,05).

Analiz sonucuna göre nevroitikliğin Beck Depresyon Ölçeğini pozitif yönde etkilediği ( $\beta = 0,302$ ) belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeğindeki değişimin %4'ü nevroitiklik tarafından açıklanmaktadır.

**Tablo 14.** Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik Alt Boyutunun, Beck Anksiyete Ölçeğine Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar		t	p	R <sup>2</sup>
		B	Standart Hata	Beta	Beta			
Beck Anksiyete Ölçeği	Sabit	7,199	3,312			2,174	,031	,025
	Nevrotiklik	,302	,149	,159	,159	2,032	,044	

Model:  
F=4,127  
p=0,044

Kişisel özelliklerinden nevroitiklik alt boyutunun, Beck Anksiyete Ölçeğine etkisinin incelemek için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,127, p<0,05).

Analiz sonucuna göre nevroitikliğin Beck Anksiyete Ölçeğini pozitif yönde etkilediği ( $\beta = 0,302$ ) belirlenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeğindeki değişimin %2'si nevroitiklik tarafından açıklanmaktadır.

**Tablo 15.** Kişilik Özelliklerinden Nevrotiklik ve Sorumluluk Alt Boyutlarının Duygusal Tükenmeye Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize	t	p	R <sup>2</sup>
		B	Standart Hata	Beta			
Duygusal Tükenme	Sabit	8,858	2,709		3,269	,001	
	Nevrotiklik	,206	,191	,141	1,075	,284	,041
	Sorumluluk	,079	,148	,070	,537	,592	

Model:  
F=3,338  
p=0,038

Kişisel özelliklerinden nevroitiklik ve sorumluluk alt boyutlarının, Duygusal Tükenme üzerindeki etkisinin incelemek için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,338, p<0,05).

Sonuçlar incelendiğinde kişilik özelliklerinden nevroitiklik ve sorumluluk alt boyutlarının, Duygusal Tükenmeyi etkilemediği sonucuna varılmaktadır (p>0,05).

**Tablo 16.** Kişisel Özelliklerden Nevrotiklik ve Sorumluluk Alt Boyutlarının, Duyarsızlaşmaya Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize	t	p	R <sup>2</sup>
		B	Standart Hata	Beta			
Duyarsızlaşma	Sabit	3,392	1,662		2,041	,043	
	Nevrotiklik	,313	,117	,341	2,670	,008	,084
	Sorumluluk	-,047	,091	-,066	-,517	,606	

Model:  
F=7,292  
p=0,001

Kişilik özelliklerinden nevroitiklik ve sorumluluk alt boyutlarının, duyarsızlaşma üzerindeki etkisinin incelemek için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=7,292, p<0,05).

Analiz sonucuna göre nevroitikliğin duyarsızlaşmayı pozitif yönde etkilediği ( $\beta=0,313$ ) belirlenmiştir. Sorumluluk alt boyutunun duyarsızlaşmayı etkilemediği sonucuna varılmaktadır (p>0,05). Duyarsızlaşmadaki değişimin %8'i nevroitiklik tarafından açıklanmaktadır.

**Tablo 17.** Kişilik Özelliklerinin, Düşük Kişisel Başarıya Etkisinin İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize	t	p	R <sup>2</sup>
		B	Standart Hata	Beta			
Düşük Kişisel Başarı	Sabit	20,003	2,101		9,522	,000*	,144
	Dışa Dönüklük	-,119	,162	-,115	-,734	,464	
	Nevrotiklik	,029	,159	,025	,181	,857	
	Sorumluluk	-,157	,125	-,179	-1,262	,209	
	Uyumluluk	,078	,144	,082	,543	,588	
	Deneyime Açıklık	-,158	,113	-,213	-1,405	,162	

Model: F=5,210  
p=,000

Kişilik Özelliklerinin, Düşük Kişisel Başarıya Etkisinin İncelenmesi için yapılan Regresyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir

Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan model anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Sonuçlar incelendiğinde Kişilik Özellikleri, Düşük Kişisel Başarıyı etkilememektedir ( $p > 0,05$ ).



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde Covid-19 salgını sırasında hemşirelerde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin 5 faktör kişilik özellikleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla araştırma verilerinden elde edilen bulguların literatürde yer alan diğer araştırma bulguları doğrultusunda tartışmasına ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya dâhil olan katılımcıların %82,6'sı kadın %17,4' ü erkektir. Katılımcıların yaş değişkenine göre dağılımına bakıldığında %36'nın 26-30 yaş aralığında, %35,4'ünün 25 yaş ve altında %28,6'sının ise 31 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%61,5) bekâr, %36,6'sı evli %1,9'u ise evlenip boşanmıştır. Katılımcıların %73,3'ü hiç çocuk sahibi olmamıştır. Araştırmaya katılanların %41,6'sı eş-partner ve/veya çocukları ile, %27,3'ü anne ve/veya baba ve/veya kardeşleri ile, %16,8'i yalnız, %14,3'ü ise arkadaşları ile birlikte yaşamaktadır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların %50,3'ü lisans, %20,5'i lise, %14,9'u ön lisans ve %14,3'ü yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %63,4'ünün gelir düzeyi 5000-10000 TL aralığındadır, %57,1'inin hiçbir alışkanlığı yokken %35,4'ü sigara, %5,6'sı alkol kullanmaktadır.

Katılımcıların %87'si Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer almamakta, %75,8'i Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu bir serviste görev yapmakta, %72,7'si nöbet sistemine tabi çalışmakta, %65,2'si çalıştığı hastanede koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu düşünmekte ve %76,4'ünün ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler bulunmaktadır.

Çalışma bulgularında cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar saptanmış olup erkeklerde düşük kişisel başarı ve tükenmişlik toplam puan ortalaması anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada düşük kişisel başarı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek gözlenmiştir (Fuente Solana E, 2017), (Fadalelmula, 2014), (Gün ve Baskan, 2017). Maslach ve Jackson (1981)

çalışmalarında düşük kişisel başarı boyutunun cinsiyete göre farklılık göstererek erkeklerin skorlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Okray ve Bilgi (2015) çalışmalarında bu bulguları destekler nitelikte olup, Şahin (2020), Yakut (2013), Erol (2012) anlamlı bir farklılığın bulunmadığını bildirmişlerdir. Cinsiyet rolleri açısından bakıldığında erkeğe verilen ekonomik sorumluluklar, pandemi ile gelişen olumsuz koşullar ile birlikte artmış olup kadınlara kıyasla olumsuz yönde etkilendikleri düşünülmektedir.

Alışkanlıkları farklı olan gruplar arasında anksiyete puan ortalaması en büyük olan, alkol kullanan kişiler iken alışkanlığı olmayan kişilerin puan ortalaması en küçüktür. Pek çok çalışma alkol vb. kullanımların anksiyete ile birlikte ilişkilendirilebileceğini bildirmiştir. Covid-19 döneminin bireylerin davranış değişikliklerinin inceleyen bir çalışmada alkol kullanımındaki değişikliklerin daha yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir (Stanton, 2020). Hemşirelerde başa çıkma yöntemlerinin anksiyeteyi etkileyen faktör olduğu söylenmektedir (Huang, 2020). Bu durum alkol kullanımının yaşanan semptomlara karşın etkin olmayan bir baş etme yöntemi olarak kullanılmış olabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık Bakanlığının belirlediği Covid-19 risk grubunda yer alan hemşirelerin kişilik boyutlarından, sorumluluk ve uyumluluk, tükenmişlik boyutlarından, düşük kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanları diğer gruba göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu serviste görev yapma durumu farklı olan gruplar arasında depresyon, anksiyete, tükenmişlik ve kişilik boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde bulguların aksine doğrudan Covid-19 tanılı bireylerle ön saflarda çalışıyor olmak ile depresyon, tükenmişlik ve anksiyete arasında anlamlı sonuçların kaydedildiği görülmektedir (Lai, 2020), (Arpacıoğlu, 2021). Buna karşılık verilerin toplandığı aylarda tüm hastanelerin pandemi hastanesi ilan edilmesi servis koşulları arasındaki farkı azaltmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sistemi farklı olan gruplar arasında duygusal tükenme ile sorumluluk açısından nöbet sistemi ile çalışan hemşirelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmalar sonucu destekler nitelikte olup nöbet sistemi ile çalışan

hemşirelerin vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerden daha fazla duygusal tükenme bildirdikleri ifade edilmektedir (Lasebikan, 2012). Bununla birlikte çoğunlukla gece çalışan hemşirelerde diğer çalışma sistemlerine karşın daha fazla duygusal tükenme gözlenmiştir (Demir, 2003). Hemşireler nöbetlerde daha az personelle çalışmakta pandemiyle birlikte daha da artan hizmet talebini karşılamak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum bireyleri kısa vadede yorgunluk, isteksizlik gibi sorunlarla karşı karşıya bırakmakta ve duygusal tükenmeye sebep olabilmektedir.

Çalıştığı hastanedeki koruyucu ekipmanların yeterli olmadığını düşünen hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çalışma koşullarından memnuniyetsiz olan çalışanların memnun olan çalışanlara göre daha yüksek duygusal tükenme puanı bildirdikleri bilinmektedir (Oğuzberk, 2008). Covid-19 döneminde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %39'unda koruyucu ekipman eksikliğinin oluşturduğu kaygının ruh sağlığı açısından risk oluşturduğu vurgulanmıştır (Dai vd., 2020).

Kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler olma durumu farklı olan gruplar arasında nevroitiklik, sorumluluk, uyumluluk, anksiyete, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından farklılıklar gözlenmiş olup tanı almış kişilerin puan ortalaması anlamlı şekilde büyüktür. Yapılan bir çalışmada Covid-19 öyküsü olan sağlık çalışanlarının anksiyete semptomlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Motahedi, 2021). Bu sebeple kişinin kendisinin, ailesinin ya da çevresindeki yakınlarının enfekte olması anksiyete semptomlarının gelişmesi ile ilgili risk faktörü olarak görülebilmektedir. Hemşirelerin, riskli çalışma koşulları itibariyle çevresindeki kişilere yönelik bulaş riskleri sebebiyle damgalanmaya daha fazla maruz kalmaktadır. Bu durumun da anksiyete semptomlarının gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Sosyal desteğin yetersizliği hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinin artmasına ve tükenmişliğe sebep olabileceği bildirilmiştir (Öztürk, 2014). Tükenmişliğin yordayıcıları olarak görebileceğimiz mesleki talepler ve kaynaklar arasındaki dengesizliğin etkileri pandemi döneminde daha fazla karşımıza çıkmıştır. Hemşireler Covid-19 döneminde enfekte kişilerle yakın temas kurmuş olmaları sebebiyle daha fazla enfeksiyon riski taşımaktadırlar. Bu durum hemşirelerin çevresindeki kişilerle sosyal temasın kesilmesine sebep olmuştur.

Yetersiz kaynaklardan biri olan sosyal desteğin sağlanamaması duygusal tükenme düzeyini arttırabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda depresyon, anksiyete, tükenmişlik ile kişilik özellikleri arasındaki korelasyon sonuçları incelendiğinde depresyon ile nevroitiklik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Literatür bulguları destekler niteliktedir. Yapılan bir çalışmada depresyon düzeyi ile nevroitiklik arasında orta düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir (Sarıcı Bulut, 2017). Çalışmamızda duygusal tükenme ile nevroitiklik ve sorumluluk arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Duygusal tükenme ile nevroitiklik arasındaki ilişki literatürde de benzer sonuçlar içermektedir (Brown, 2019). Onkoloji hemşireleriyle yapılan bir çalışmada duygusal tükenme ile nevroitiklik arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir (Fuente Solana E, 2017).

Düşük kişisel başarı ile dışadönüklük arasında negatif yönlü orta, nevroitiklik arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki gözlenmiştir. Dışadönüklük ile düşük kişisel başarının ilişkili olduğu çalışmalar mevcut olup bulgularımızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (Bakker, 2006). Çalışmalar bulgularımızın aksine nevroitiklik ile düşük kişisel başarı arasında pozitif ilişki bildirmiştir. Yine düşük kişisel başarı ile sorumluluk arasında negatif yönlü orta, uyumluluk arasında negatif yönlü zayıf, deneyime açıklık arasında negatif yönlü orta bir ilişki gözlenmiştir. Yapılan bir çalışma bulgularında düşük kişisel başarı ile sorumluluk, uyumluluk, deneyime açıklık arasındaki negatif yönlü ilişki desteklenmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Dinç, 2013). Çalışmamızda duyarsızlaşma ile nevroitiklik ve sorumluluk arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çalışmalar bulguları desteklemekte ve yapılan bir çalışmada nevroitiklik ile duyarsızlaşma boyutları arasında pozitif yönlü bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir (Muzika, 2019). Sorumluluk boyutu yüksek bireyler, organize dakik, kararlı, kurallara saygılı bireylerdir. Çalışmamızda dışa dönük bireyler daha düşük tükenmişlik bildirmişlerdir. Tükenmişlik ölçeği ile dışa dönüklük ve deneyime açıklık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Çalışmalar tükenmişlik ile dışa dönüklük arasındaki ilişkiyi bildiren bulgularımızı desteklemektedir (Süren, 2015), (Anvari vd., 2011), (Kim, Shin ve Umbreit, 2009).

Bulgularımız kişilik özelliklerinin depresyona etkisi açısından incelendiğinde, nevroitiklik depresyonu pozitif yönde etkilemekte ve depresyondaki değişimin %4'ünü açıklamaktadır. Çalışmalar bulguları destekler niteliktedir (Mazza, 2020). Bir

çalışmada nevrotikliğin depresyonu pozitif yöne etkilediği bulguları çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olup depresyonun başlangıcına ve seyrine etki ettiğini bildirilmektedir (Klein, 2011). Ek olarak ölçümlerde nevrotiklikte gözlenen bir puanlık artışın depresyon olasılığında %4,5 artışa sebep olabileceği belirtilmiştir (Weiss, 2009). Bulguların aksine yapılan bir çalışmada yüksek nevrotiklik düzeyi yüksek nevrotiklik puanı bir çalışmada nevrotiklik boyutundan yüksek puan alan bireyler, karamsar, endişeli, çaresiz (Bardavit, 2007), işlevsel olmayan, pasif stresle başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanmakta (Sarıcı, 2017), olumsuz uyarınları diğer bireylere kıyasla daha tehditkâr algılamaktadırlar (Carver, 2010), (Roelofs, 2008). Pandemi döneminde artan belirsizlik, tehdit edici unsurlar ve hemşirelerin bu unsurlara maruz kalma düzeyleri depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla gözlenmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda kişilik özelliklerinin anksiyeteye etkisinin incelendiği regresyon analizi sonuçları anlamlı bir model sunmuş ve nevrotikliğin, anksiyeteyi pozitif yönde etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte anksiyetedeği değişimin %2'si nevrotiklik tarafından açıklanabilmektedir. Bir başka çalışmada bu etki %11 olarak görülmekle birlikte (Sorengaard, 2019) çalışmalar bulguları destekler nitelikte olup aynı zamanda nevrotikliğin güçlü bir anksiyete aracı olabileceği belirtilmiştir (Murray, 2020). Ek olarak nevrotikliğin, anksiyete bozuklukları açısından yerleşik bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Griffith 2010). Bununla birlikte hemşirelerin bildirdiği yüksek nevrotiklik skorları anksiyete oluşumunda savunmasızlık faktörü olarak ele alınabilmektedir.

Çalışmamızda kişilik özelliklerinden nevrotiklik ve sorumluluk alt boyutlarının duygusal tükenmeye etkisi incelendiğinde bu boyutların duygusal tükenmeyi etkilemediği sonucu bulunmuştur. Bununla birlikte kişilik özelliklerinden nevrotiklik duyarsızlaşmayı pozitif yönde etkilemekte duyarsızlaşmadaki değişimin %8'i nevrotiklik tarafından açıklanmaktadır. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda nevrotiklik ve duyarsızlaşmanın pozitif yönde bir ilişki gösterdiği (Bühler, 2004) duyarsızlaşmadaki varyansın %17'sini pozitif yönde nevrotiklik ile açıklandığını görülmektedir (Bakker, 2002). Yapılan bir çalışmalarda duyarsızlaşma boyutu ile nevrotiklik boyutunun ile pozitif ilişki bildirmiştir (Brown, 2019) (Bakker, 2006). Çalışmamızda sorumluluk alt boyutunun duyarsızlaşmayı etkilemediği sonucuna

ulaşılmıştır. Bununla birlikte kişilik özelliklerinin düşük kişisel başarıyı etkilemediği görülmektedir. Çalışmamızda nevrozluğun, salgın sırasında gözlemlenen risk faktörlerinden biri olan duyarsızlaşma faktörüne aracılık ettiği söylenebilmektedir.

#### **4.1. Kısıtlılıklar**

Çalışmanın örnekleminin 161 kişi ile sınırlı olması çalışmanın genellenebilirliğini azaltmaktadır. Bu sebeple çalışmanın evrenini ve örneklemini genişletmek faydalı olacaktır. Çalışma verilerimiz pandemi sürecinin başlangıcında toplanmıştır. Bu süreç içerisinde pek çok varyant ortaya çıkmış ve bu durum hemşireleri daha fazla etkilemiş olabilir. Bu sebeple daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Çalışmamızda cinsiyetler arası ve bazı demografik özellikler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Depresyon, anksiyete, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ile nevrotiliklik arasında pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir. Düşük kişisel başarı ile dışa dönüklük, sorumluluk, uyumluluk, deneyime açıklık arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda nevrotilikliğin, depresyon ve anksiyete üzerinde pozitif yönde etki gösterdiği bulunmuştur. Bununla birlikte kişilik boyutları duygusal tükenmeyi etkilememektedir. Nevrotiklik duyarsızlaşmayı pozitif yönde etkilemekte dışa dönüklük ise negatif yönde etki göstermektedir. Bununla birlikte kişilik boyutları düşük kişisel başarıyı etkilememektedir.

Çalışmamızda kişilik özellikleri ile depresyon anksiyete ve tükenmişlik ile ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte erkek cinsiyetine sahip olma, alışkanlıkların varlığı, kendisinde, ailesinde veya arkadaş çevresinde COVID-19 tanısı almış kişilerle çalışıyor olma, çalıştığı hastanedeki koruyucu ekipmanların yeterli olmadığını düşünme, nöbet sistemi ile çalışma, Sağlık Bakanlığının belirlediği COVID-19 risk grubunda yer alma gibi faktörler de çalışmamız çerçevesinde hemşireler için risk faktörü olarak ele alınabilmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerde her ne kadar kişilik özellikleri ile depresyon, anksiyete ve tükenmişlik arasında ilişki bulunsa da bu belirtilerle ilişkili pek çok kaynağın var olabileceği unutulmamalıdır. Çalışmamızın sonucunda elde edilen bulgular, hemşirelerin şimdi ve daha sonra karşılaşabilecekleri pandemilerde yaşayabilecekleri psikolojik bozuklukları öngörmeye ve önleyici müdahalelere yönelik bir bakış açısı kazandırabilir.





## KAYNAKÇA

- Abramson L.Y., Metalsky G.I., Alloy L.B. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- Adhanom Ghebreyesus T. (2020). Addressing Mental Health Needs: An İntegral Part of COVID-19 Response. *World Psychiatry*. 19(2),129-30.
- Ak. M., Özmenler K.N., Bozkurt A. (2006). Depresyon Hastalarında Belirti Şiddeti ve Umutsuzluğun İntihar Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kriz Dergisi*. 14(3), 1-7
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). (E. Köroğlu Çev.,). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 91-105
- Ang SY, Dhaliwal SS, Ayre TC, Uthaman T, Fong KY, Tien CE, Zhou H, Della P (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *Biomed Res Int*.
- Anvari, M. R. A., Kalali, N., Gholipour, A. (2011). How Does Personality Affect on Job Burnout?. *International Journal of Trade, Economics and Finance*, 2(2), 115-119.
- Arpacioğlu, M.S. Baltacı, Z. Ünübaol, B. (2021). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Çukurova Medical Journal*. 46(1), 88-100.
- Arthur, W. ve Graziano, W. G. (1996). The Five-Factor Model, Conscientiousness, And Driving Accident İnvolveıment. *Journal of Personality*. 64(3), 593-618.
- Aytaç, S., (2000) İnsanı Anlama Çabası, Bursa, Ezgi Kitapevi Yayınları.
- Bacanlı, H., İlhan,T. ve Aslan S. (2009). Beş Faktör Kuramına Dayalı Bir Kişilik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (SDKT). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 7(2). 261-279.
- Badahdah A, Khamis F, Al Mahyijari N, Al Balushi M, Al Hatmi H, Al Salmi I, Albulushi Z, Al Noomani J. (2021). The Mental Health Care Workers in Oman During The COVID-19 Pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry*. 67(1), 90-95.
- Bakker, A.B, Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., ve Dollard, M. F. (2006). The Relationship Between The Big Five Personality Factors And Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31–50.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York. A Meridian Book.
- Beck, A. T. (2008). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar* (Öztürk ve A. Türkcan, Çev., 2. baskı). İstanbul, Litera Yayıncılık.
- Beck, A.T. (1963). Thinking A Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324-333
- Bhowmik, D. Kumar, S. Srivastava, S. Paswan, S. Dutta, A.S. (2012). Depression-Symptoms, Causes, Medications and Therapies. *The Pharma Journal*, 1, 37-51.
- Bitlisli, F., Dinç, M. Çetinceli, E. ve Kaygısız, Ü. (2013). Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Akademik Güdülenme İlişkisi: Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*. 18(2), 459-480.
- Blackburn I.M., Jones S., Lewin R.J. (1986). Cognitive Style İn Depression. *Br J Clin Psychol*, 25(4), 241-51.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*.
- Burdorf A, Porru F, Rugulies R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) Pandemic: Consequences for Occupational Health. *Scand J Work Env Heal*. 46(3),229–230.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. Erguvan Sarioğlu, İ. D. (Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (1. basım).
- Burke, R.J. Greenglass E.R. (1995). A Longitudinal Examination of The Cherniss Model of Psychological Burnout. *Social Science & Medicine*, 40(10), 1357-1363.
- Bühler, K.E. ve Land, T. (2004). “Burnout and Personality in Extreme Nursing: An Emprical Study”. *Schweizer Archive Für Neurologie und Psychiatrie*, 155, 35-42.
- Cai, Z., Cui, Q., Liu, Z., Li, J., Gong, X., Liu, J., Wan, Z., Yuan, X., Li, X., Chen, C., ve Wang, G. (2020). Nurses Endured High Risks of Psychological Problems Under The Epidemic of COVID-19 İn A Longitudinal Study in Wuhan China. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.007>
- Cao J, Wei J, Zhu H, Duan Y, Geng W, Hong X, Jiang J, Zhao X, Zhu B. (2020). A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in The Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing During The COVID-19 Outbreak. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4), 252-254. doi: 10.1159/000507453.

- Cattel, R. B., Eber, H. W. ve Tatsuoka, M. (1970). Handbook for The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF), Champaign Il, IPAT.
- Chatterjee, S.S. Malathesh, B.C. Mukherjee, A. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic On Pre-Existing Mental Health Problems. Asian Journal of Psychiatry, 51, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102071>
- Cherniss, C. (1980). Professional Burnout İn Human Service Organizations. Praeger, New York.
- Chung J.P.Y., Yeung W.S. (2020). Staff Mental Health Self-Assessment During the COVID-19 Outbreak. East Asian Arch Psychiatry. 30(1), 34. doi: 10.12809/eaap2014.
- Clark, A.D, Beck A. T. (2010). Cognitive Therapy Of Anxiety Disorders: Science And Practice. New York, Guilford Press.
- Cortina Rodriguez, G., Afanador, Y. (2020). Burnout İn The Clinical Personnel Of Puerto Rico During The COVID-19. (doi: 10.20944 / preprints202007.0451.v1).
- Costa, P. T. Jr. McCrae, R. R. (1985). The NEO Personality Inventory. Odessa, FL: Psychol Assess. Resources.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Smits N. (2008). Characteristics of Effective Psychological Treatments of Depression; a Meta-Regression Analysis. *Psychother Res*.
- Çağlıyan, Y., (2007). “Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumuna Etkisi” (Devlet ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademisyenlere Yönelik Alan Araştırması), (Yüksek Lisans Tezi). Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Çalıyurt, O. Ceviz, H., Tutuğ K. C. (2012). Depresyonda Klinik Tedaviler. Türkiye Klinikleri. 5(2), 87-96.
- Dai, Y. Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., Yuan, X., (2020). Psychological İmpact Of The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak On Healthcare Workers in China. MedRxiv.
- Dalkılıç, O. S. (2014). Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu: Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Nobel Yayıncılık.
- Daniel N. Klein, Roman Kotov, ve Sara J. Bufferd (2011) Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. Annu Rev Clin Psychol. 7, 269–295.
- De la Fuente-Solana E.I., Gomez-Urquiza J.L., Canadas G.R., Albendín-Garcia L., Ortega-Campos E., Canadas-De la Fuente G.A. (2017). Burnout And İts Relationship With Personality Factors In Oncology Nurses. European Journal Of Oncology Nursing. 30, 91-96. doi: 10.1016/j.ejon.2017.08.004.

- Demir, A., Ulusoy, M. ve Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of Factors Influencing Burnout Levels in The Professional And Private Lives Of Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807–827. [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00077-4](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00077-4)
- Demir, N. (2009). Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemlik Dergisi*. İstanbul. 8(32).
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417-440. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>
- Dinçerol C. (2013). Tükenmişlik Sendromunun Mesleki Tükenmişlik ve İş Tükenmişliği Açısından İncelenmesi: Öğretmenler Üzerine Bir Uygulama, Ankara.
- Dirik G. ve Şahin G. (2008). Kişilik Özellikleri, Hostalite (düşmanlık, öfke) ve Sosyal Desteğin Miyokard İnfaktüsü (kalp krizi) Geçiren Hastaların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi. *U.Ü. Fen ve Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(15), 249-266.
- Doğan, O., Gülmez, H., Ketenoğlu, C., Kılıçkap, Z., Özbek, H., Akyüz, G., (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas, Dilek Matbaası
- Ebmeier, K.P., Donaghey, C. ve Steele, J.D. (2006). Recent Developments and Current Controversies in Depression. *Lancet*. 14, 153-67. doi: 10.1016/S0140-6736(06)67964-6
- Erikson E., (1984). *İnsanın Sekiz Çağı*. Bedirhan, Ü. ve Vedat, Ş. (çev.). Ankara, Birey ve Toplum Yay.
- Erol, A., Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, D. ve Mete, L. (2012). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15,103-10.
- Erol, A., Ersoy, B. ve Mete, L. (2013). Majör Depresyonda Özkıym Girişimi ile Çocukluk Çağı Örselenmeleri Arasındaki İlişki. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24(1)-6.
- Ertürk, E. ve Keçioğlu, T. (2012). Çalışanların İş Doyumları ile Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiler: Öğretmenler Üzerine Örnek Bir Uygulama, *Ege Akademik Bakış*, 12(1), 39-52.
- Even, C. Schroder, C.M. Friedman, S. Rouillon, F. (2018). Efficacy Of Light Therapy In Nonseasonal Depression: A Systematic Review. *J Affect Disord*. 108(1-2), 11-23. doi: 10.1016/j.jad.2007.09.008.
- Fadlemula, F.K. (2014). Academicians' Burnout Levels, *OMÜ Eğt. Fak. Derg*, 33(2),422-438. doi:10.7822/omuefd.33.2.7

- Felton J. (1998). Burnout as a Clinical Entity-Its Importance in Health Care Workers. *Occupational Medicine*, 48(4), 237-250.
- Fernandes, N. (2020). Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on The World Economy. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3557504>
- Fox, S., Spector, P. E. ve Miles, D. (2001). Counterproductive Work Behavior (CWB) in Response to Job Stressors and Organizational Justice: Some Mediator and Moderator Tests for Autonomy and Emotions. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 291–309.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Furman, E. (1982). Mothers Have to be There to be Left. *Psychoanalytic Study of te Child*. 37, 15-28.
- Furnham, A. (1996). The Big Five Versus The Big Four: The Relationship Between the Myers- Briggs Type Indicator and the NEO-PI Five Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*. 21, 303-307
- Ganjeh, S. J., Arjenaki, N. O., Nori, A., ve Oreyzi, H. R., (2009) The Relationship Of Personality Characteristics and Burnout Among Nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 14 (4), 190–194.
- Garcia, G. M. ve Calvo, J.C.A. (2020). The Threat Of COVID-19 And Its Influence On Nursing Staff Burnout. *JAN Leading Global Nursing Research*. <https://doi.org/10.1111/jan.14642>
- Ge, X. J., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., ve Simons, R. L. (1994). Trajectories Of Stressful Life Events And Depressive Symptoms During Adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467-483.
- George, D., ve Mallery, P. (2003). *SPSS For Windows, Step By Step, A Simple Guide And Reference*. Boston. Allyn And Bacon. 4
- Gopinath, S., Katon W.J., Russo, J.E., Ludman ve E.J. (2007). Clinical Factors Associated With Relapse In Primary Care Patients With Chronic Or Recurrent Depression. *J Affect Disord*, 101(1-3), 57-63. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.023.
- Gorini, A., Fiabane, E., Sommaruga, M., Barbieri, S., Sottotetti, F., La Rovere, M.T., Tremoli, E. ve Gabanelli, P. (2020). Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs*, 34(6), 537-544. doi: 10.1016/j.apnu.2020.10.007.
- Gosling, S.D., Rentfrow, P.J. ve Swann, W.B. (2003). A Very Brief Measure of The Big Five Personality Domains. *J Res in Pers*, 37, 504-528.
- Grant, B.F. Hasin, D.S. Stinson, F.S. Dawson, D.A. Goldstein, R.B. Smith, S. (2006) The Epidemiology of DSM-IV Panic Disorder and Agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67(3), 363-74.

- Grennan, D. (2019). What Is a Pandemic? *Jama*, 321(9), 910-915
- Griffith, J.W., Zinbarg, R. E., Craske, M.G., Mineka, S., Rose, R.D., Waters, A.M., Sutton. J.M., (2010). Neuroticism As A Common Dimension In The Internalizing Disorders. *Psychol Med*, 40(7), 1125-1136. doi: 10.1017/S0033291709991449.
- Güleç, R. (2013). Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin Tükenmişliğe Etkisi ve Bir Araştırma, İstanbul.
- Gülgöz, S. 2002. "Five Factor Model and NEO-PI-R in Turkey". in A.J. Marsella, R.R.
- Gün, F., ve Baskan, Atanur, G. (2017). Öğretim Elemanlarının Algılarına Göre Örgütsel Sinizm ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(2):361-379.
- Günüşen, N. ve Üstün, B. (2009). Turkish Nurses Perspectives On a Programme to Reduce Burnout. *International Nursing Review*, 56, 237-242.
- Güven, Ö. Z. ve Sezici, E. (2016). "Otel İşletmelerinde İş Görenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Maslach Tükenmişlik Modeline Göre İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14 (2), 111-132.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L.X., Wan, S.W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.G. ve Zhu, J., (2020). Frontline Nurses Burnout, Anxiety, Depression, and Fear Statuses and Their Associated Factors During The COVID-19 Outbreak In Wuhan, China: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *Eclinicalmedicine*, 27(24),100424. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100424.
- Huang, J., Liu, Q., Li, J., Li, X., You, J., Zhang, L., Tian, C., ve Luan, R. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder Status In A Rescue Group After The Wenchuan Earthquake Relief. *Neural Regeneration Research*, 8(20), 1898–1906. <https://doi.org/10.3969/j.issn.>
- Huang, Y., Zhao, N., (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality During COVID-19 Outbreak in China. A Web- Based Cross- Sectional Survey. *Psychiatry Research*. 288,
- Huten, M. Atalay, H. Kalyoncu, A. Yılmaz, S. (1997). Elektrokonvülsif Terapiye Toplumun Bakışı ve Bir Özel Psikiyatri Kliniğindeki Yaklaşımlar. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı. İstanbul, 251-5.
- Inchausti, F. MacBeth, A. Hasson-Ohayon, I. Dimaggio, G. (2020). Psychological Interventions and The Covid-19 Pandemic. <https://www.researchgate.net/publication/340377032>.
- International Labor Organization (ILO). In the Face of A Pandemic: Ensuring Safety and Health at Work. Geneva; 2020

- İlgün, E., (2010). İnfaz Koruma Memurlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi, SBE, YYLT, Konya.
- İyigün, N. Ö. (2011). Psikolojik Kontratın Örgütsel Sapma Üzerindeki Etkisinde Kişilik Özelliklerinin Rolü ve Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1-306.
- Johnson, J.A. ve Ostendorf, F. (1993). Clarification Of The Five-Factor Model With The Abridged Big Five Dimensional Circumplex. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 3(63),563-576.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68(1), 29-32.
- Kafry, D. ve Pines, A.M. (1980). The Experience of Tedium in Life and Work. *Human Relations*, 33, 477-503.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C. ve Liu, Z. (2020). Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care Among Medical and Nursing Staff in Wuhan During The 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study Brain, Behavior, and Immunity. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
- Karakuş, G. ve Tamam, L. (2010). Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler. *Temel Psikofarmakoloji*. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 710-719
- Kavut, S. (2018). Karen Horney ve Nevrotik Kişilik Üzerine Bir Araştırma: Blue Jasmine Örneği, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(5), 512- 524
- Kaya, B. (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri*. 23, 123-124.
- Kepekcioglu, E. S. (2009). Öğretim Elemanlarında Tükenmişlik. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu*.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Sing L., Heeringa, S., Pennel, E., Berglund, P., Petukhova, M., Chatterji, S. ve Üstün, T.B. (2007). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-76
- Kessler, R.C. McGonagle, K.A. Zhao, S. Nelson, C.B. Hughes, M. Eshleman, S. Wittchen, H.U. ve Kendler, K.S. (1994) Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 151,8-19.

- Kim, H.J., Shin, K.H. ve Swanger, N. (2009). "Burn Out And Engagement: A Comparative Analysis Using The Big Five Personality Dimensions", *International Journal Of Hospitality Management*, Sayı. 28, No. 1, Ss. 96–104.
- Kupfer, D.J., Frank, E. ve Phillips, M.L. (2012). Major Depressive Disorder: New Clinical, Neurobiological, And Treatment Perspectives. *Lancet*. 379(9820), 1045-1055. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60602-8.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., ve Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Lasebikan, V. O., Oyetunde, M. O. (2012). Burnout Among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *ISRN Nursing*, 1–6. <http://doi.org/10.5402/2012/402157>
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., Xu, M. (2020) Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by Versus Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemik in Southwestern China. *Med Sci Monit*, 26, doi: 10.12659/MSM.924609.
- Lewis, P. (1998), *Tip Tarihi*. N. Güdücü (Çev.), İstanbul: Roche- Khalkedon Yayınları, 61-64.
- Lindsay E.M. LindaO'Neill. (2019). Neuroticism And Extraversion Mediate The Relationship Between Having A Sibling With Developmental Disabilities And Anxiety And Depression Symptoms. *Journal Of Affective Disorders*. 232-240
- Lounsbury, J. W. ve Gibson, L. W. (2009). *Personal Style Inventory: A Personality Measurement System For Work And School Settings*. Knoxville, TN: Resource Associates Inc.
- Maslach C. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press Palo Alto. 21
- Maslach, C. (1976). Burned-Out. *Human Behavior*, 5(9), 16–22
- Maslach, C. ve Goldberg, J. (1998). Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The easurement of Experienced Burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- 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. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>



- McCrae, R. R. Costa, P. T. Jr. Terracciano, A. Parker, W. D. Mills, C. J., De Fruyt, F. ve Mervielde, I. (2002). Personality Trait Development From 12 to 18: Longitudinal, Cross-Sectional, and Cross-Cultural analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1456–1468
- McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (1987). Validation of The Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81.
- McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (2003). *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory perspective* (2. baskı). New York: Guilford Press.
- McCrae, R.R. ve Costa, P.T. (1985). Updating Norman's "Adequacy Taxonomy": Intelligence and Personality Dimensions in Natural Language and in Questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 710-721
- McCrae, R.R. ve Costa, P.T. (1991). Adding Leibe und Arbeit: The Full Five Factor Modal and Well-Being. *Personality and Social Psychology*, 17, 227-232
- McCrae, R.R. ve John, O.P. (1992). An Introduction to the Five Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McGrath, L. M., Weill, S., Robinson, E. B., Macrae, R., ve Smoller, J. W. (2012). Bringing A Developmental Perspective to Anxiety Genetics. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1179–1193. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000636>
- McWilliams, N. (1994). *Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. Erkan K. (çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Üçüncü Baskı. 291.
- Mehmet, D., Ferhat, B., Esra Ç., Sonay, Z. A. (2013). Öğretim Elemanlarının Tükenmişliğinde Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Etkisi: Süleyman Demirel Üniversitesi Meslek Yüksekokulları Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*
- Mohammed A, Sheikh TL, Gidado S, Poggensee G, Nguku P, Olayinka A, Ohuabunwo C, Waziri N, Shuaib F, Adeyemi J, Uzoma O, Ahmed A, Doherty F, Nyanti SB, Nzuki CK, Nasidi A, Oyemakinde A, Oguntimehin O, Abdus-Salam IA, Obiako RO. An Evaluation Of Psychological Distress And Social Support of Survivors And Contacts of Ebola Virus Disease İnfection And Their Relatives In Lagos, Nigeria: A Cross Sectional Study 2014. *BMC Public Health*, 15(1), 1-8. doi:10.1186/s12889-015-2167-6
- Mollaoğlu, M., Yılmaz, M. ve Kars, T. (2003). Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Toplum ve Hekim*, 18 (4), 288-292.
- Morens, D. M., Folkers, G.K. ve Fauci, A.S. (2009). *What is A Pandemic?: The University of Chicago Press*.

- Morris, G. C., (2002). Psikolojiyi Anlamak. Belgin A. ve Melike S. (çev.). Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Murat, M., Köse, S. ve Savaşer, S. (2021). Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs.* 30(2), 533-543. doi: 10.1111/inm.12818
- Nazlıoğlu, E.H. (2009). Muhasebe Meslek Mensuplarında Tükenmişlik Sendromu Üzerine Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi).
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., ve Agha, R. (2020). The Socio-Economic Implications of The Coronavirus Pandemic (COVID-19): A Review. *International Journal of Surgery*, 78, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.04.018>
- Nikcevic, A.V ve Spada, M. M. (2020). The COVID-19 Anxiety Syndrome Scale: Development and Psychometric Properties. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 292, 1-10.
- Nikocevic A.V. (2021). Modelling The Contribution Of The Big Five Personality Traits, Health Anxiety, And COVID-19 Psychological Distress To Generalised Anxiety And Depressive Symptoms During The COVID-19 Pandemic. *J Affect Disord.* 279, 578–584.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). COVID-19 için İşyeri Hazırlama Rehberi. 2020.
- Ok, S. (2004). Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Ankara, 3(21).
- Okray, Z., ve Bilgi Abatay, G. (2015). Birinci Basamak Temel Sağlık ve Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumlarının Karşılaştırılması. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counseling*, 4(2), 49-56.
- Özden, K. ve Özmat, M. (2014). Salgın ve Kent: 1347 Veba Salgınının Avrupa’da Sosyal, Politik ve Ekonomik Sonuçları, *İdeal Kent Dergisi*, (12), 61- 85.
- Özer, D. J. ve Reise, S. P. (1994). Personality Assessment, *Annual Review of Psychology*, 45(1): 357-388.
- Öztürk, S., (2014). Bir Üniversite Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi. *Cukurova Medical Journal.* 39(4),752-764.
- Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N. ve Kasper S. (2011). Bright-Light Therapy in The Treatment of Mood Disorders. *Neuropsychobiology*, 64(3), 152-62.

- Paul A Brown, Morgan Slater ve Aisha Lofters, (2019). Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychology Researchior Behav Managment*. 18(12), 169-177. doi: 10.2147/PRBM.S195633.
- Pelit E. ve Türkmen F. (2008). Otel İşletmeleri İş Görenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri: Yerli ve Yabancı Zincir Otel İşletmeleri İş Görenleri Üzerinde Bir Araştırma, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10 (1), 117-139.
- Pines, A.M. (1996). *Couple Burnout*. New York/London: Routledge.
- Pines, A.M. (2000). Treating Career Burnout: An Existential Perspective. *Journal Of Clinical Psychology*, 56, 1-10.
- Pradas-Hernandez, L., Ariza, T., Gomez-Urquiza, J.L., Albendin-Garcia, L., De la Fuente, E.I. ve Canadas-De la Fuente, G.A., Prevalence of Burnout in Paediatric Nurses: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos One*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Rammstedt, B. Ve John, O. P. (2006). Die Groben Fünf: Nomological Net And Cultural Differences İn The U.S. And Germany.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F. ve Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 576-586.
- Romani, M. ve Ashkar, K. (2014). Burnout Among Physicians. *Libyan Journal Of Medicine*, 9(1).
- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A. ve Wehr, T.A. (1984). Seasonal Affective Disorder. A Description Of The Syndrome and Preliminary Findings with Light Therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41(1), 72-80.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. ve Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic And Lockdown Measures İmpact On Mental Health Among The General Population İn Italy. An N= 18147 Web-Based Survey. *Medrxiv*.
- Royce, J. R. ve Powel, A. (1983). *Theory of Personality and Individuai Differences: Factor Systems and Process*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hail.
- Samadi Bilehsavar, S., Nohesara, S., Najarzagagan M.R., Molaei O., Alavi K., Jalali Nadoushan A.H. (2017). Investigation of Personality Traits in Attending of Iran University of Medical Sciences and Its Relation with General Health, Quality of Life and Job Burden. *Med Sci* 2017, 17(1), 90-103
- Sarıcı Bulut, S. (2017). Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon Arasındaki ilişkiler: Gazi Eğitim Fakültesi Örneği. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*, 6(2), 1205- 1221.

- Saucier, G. ve Ostendorf, F. (1999). Hierarchical Subcomponents of the Big-Five Personality Factors. *Journal of Personality and Social Psychology*. 76 (4), 613-627.
- Sayar, K. ve Dinç, M. (2009) *Psikolojiye Giriş, Nesi Matbaacılık, İstanbul*
- Scheenen, M. E., Spikman, J. M., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., Roks, G., Hageman, G., ve van der Naalt, J. (2017). Patients “At Risk” Of Suffering From Persistent Complaints After Mild Traumatic Brain Injury: The Role Of Coping, Mood Disorders, And Posttraumatic Stress. *Journal Of Neurotrauma*. 34(1), 31-37. <https://doi.org/10.1089/neu.2015.4381>
- Schumacher, J., Kristensen, A.S., Wendland, J.R., Nöthen, M.M., Mors, O., ve McMahon, F.J. (2011). The Genetic Genetics Of Panic Disorder. *J Med Genet*, 48(6), 361-368.
- Sezgin A., (2010). Üniversite Hastanelerinde Çalışan Başmüdür ve Müdürlerin İş Doyumu ile Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/45872.pdf>
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye N L., Solite W., Satele, D., Bati C.P. ve Sloan, j., (2012). Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance Among US Physicians Relative to The General US Population. *Archive of Internal Medicine* 172(18). 1377-1385.
- Sılığ, A. (2003). Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Sim M.R. (2020). The COVID-19 Pandemic: Major Risks to Healthcare and Other Workers on the Front Line. *Occup Env Med*. 77, 281–282
- Somer, O. (1998). Türkçede Kişilik Özelliği Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*. 13(42), 17–32.
- Somer, O. Korkmaz, M. ve Tatar, A. (2002). Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin Geliştirilmesi-I: Ölçek ve Alt Ölçeklerin Oluşturulması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17(49), 21-33.
- Somer, O., Korkmaz M. ve Tatar, A. (2001). Kuramdan Uygulamaya Beş Faktör Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Envanteri (5FKE). İzmir. Ege Üniversitesi Yay.
- Sorengaard, T.A., Karlsen, H.R., Langvik, E., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Waage, S., Moen, B.E. ve Saksvik-Lehouillier, I. (2019). Insomnia as a Partial Mediator of the Relationship Between Personality and Future Symptoms of Anxiety and Depression Among Nurses. *Front Psychol*. 10, 901.

- Spector, P. E., Fox, S., Penney, L. M., Bruursema, K., Goh, A., ve Kessler, S. (2006). The Dimensionality of Counterproductivity: Are All Counterproductive Behaviors Created Equal? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 446–460.
- Sprock, J.I. ve Yoder, C.Y. (1997). Women and Depression: An Update On The Report Of The APA Task Force. *Sex Roles*. 36, 269-303
- Stanton, R., (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. (17)11.
- Şahin, Ö. (2020). Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana
- Şanlı, S. (2006). Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.
- Şeker, M. Özer, A. Tosun, Z. Korkut, C. ve Doğrul, M. (2020). TÜBA COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu, Ankara: TÜBA – Türkiye Bilimler Akademisi, 20-26.
- Şenol C, Bilsel A (2020). Türkiye'de Covid-19 Pandemisinin Durumu ve Algoritmik Hesaplamaya Göre Gelecekteki Durum Analizi, *Int. Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*. 6(25), 535-546
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). Hastalık Yüğü Çalışması. Erişim adresi: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200704061339590\\_NBDtr.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200704061339590_NBDtr.pdf)
- Tatar, A. Bildik, T. Saltukoğlu, G. ve Dinçel, M. G. (2014). Klinik Olmayan Örneklemde Beş Faktör Kişilik Envanteri Belirti Tarama Amaçlı Kullanılabilir Mi? Ön Çalışma. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. (4). 181-199.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 7, 100-108.
- Taymur İ. Ve Türkçapar H. (2012). Kişilik Tanımı: Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2):154-177. doi:10.5455/Cap.20120410
- Terman, M, (1999). Bright Light Therapy: Side Effects And Benefits Across The Symptom Spectrum. *J Clin Psychiatry*. 60(11), 799- 808.
- TPD. Erişim tarihi:10.02.2021, <https://www.psikiyatri.org.tr/menu/161/cov%C4%B1d-19-ve-ruh-sagligi,2020>

- Uysal, M. B. (2007). Müşteri İlişkileri Departmanında Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Banka Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Uzbay, T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *J Clin Psy.* 5(1), 5-13.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L. ve Ho, C.S. (2020). Immediate Psychological Responses And Associated Factors During The İnitial Stage Of The 2019 Coronavirus Disease (Covid-19) Epidemic Among The General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 6, 17(5).
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J. ve Wei, W. (2020). Study On The Public Psychological States And İts Related Factors During The Outbreak Of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) İn Some Regions Of China. *Psychol Health Med.* <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Weiss A, Sutin AR, Duberstein PR, Friedman B, Bagby RM, Costa PT Jr. The Personality Domains and Styles of the Five-Factor Model are Related to Incident Depression in Medicare Recipients Aged 65 to 100. *Am J Geriatric Psychiatry*, 17(7), 591-601.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's Opening Remarks at The Media Briefing on COVID-19.
- World Health Organization. (2020). WHO Statement on Novel Coronavirus in Thailand.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., ve Litvak, I. J. (2008). Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed To A Sars Outbreak. *Alcohol And Alcoholism*, 43(6), 706-712. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>
- Wu, Z. ve Mc Googan ve J. M. (2020). Characteristics of and İmportant Lessons From The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak İn China: Summary Of A Report Of 72 314 Cases From The Chinese Center For Disease Control And Prevention. *JAMA*, 323, 1239-42. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
- 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 İs Urgently Needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiaoming, X., Ming, A., Su, H., Wo, W., Jianmei, C., Qi, Z., Hua, H., Xuemei, L., Lixia, W., Jun, C., Lei, S., Zhen, L., Lian, D., Jing, L., Handan, Y., Haitang, Q., Xiaoting, H., Xiaorong, C., Ran, C., Qinghua, L., Xinyu, Z., Jian, T., Jing, T., Guanghua, J., Zhigin H., Nkundimana, B. Ve Li, K. (2020). The Psychological Status Of 8817 Hospital Workers During COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study İn Chongqing. *Journal of Affectice Disorders*, 276, 555-561. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.092>



Yapıcı Eser, H. (2020). Bilgi Notu: Covid-19 Pandemisinde İnsan ve Toplum Psikolojisi. [Http://Gif.Org.Tr/Files/Covidtoplumpsikolojisi.Pdf](http://Gif.Org.Tr/Files/Covidtoplumpsikolojisi.Pdf)

Yazgan İnanç, B. ve Yerlikaya, E. E. (2008). Kişilik Kuramları, Pegem Akademi.

Yıldırım, F, (1996). Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

Yıldız, A.. Çiçek, İ. ve Şanlı, M.E. (2018). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(3), 126-132.

Zengin, Eroğlu M. Kiraz, S. Yasar, A.B. Doğan, T. (2017). Practices in a Psychiatry Clinic at a Training and Research Hospital. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 30, 325-330.  
<https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300406>

**EK-A****SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

1)Cinsiyet:	1) Kadın 2) Erkek 3) Diğer
2) Yaş	
3)Medeni Durumu:	1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış
4) Çocuk	1) Var..... 2) Yok
5) Kiminle yaşadığı	1) Yalnız 2) Ailemle beraber (eş-partner ve/veya çocuk) 3) Ailemle beraber (anne ve/veya baba ve/veya kardeşler) 4) Arkadaşlar
6)Eğitim Durumu	1) Lise 2) Ön Lisans 3) Lisans 4) Yüksek Lisans
7)Ailenizin aylık geliri?	1)2500 ve altı 2)2500-5000 3)5000-10000 4)10.000tl ve üstü
8)Çalıştığımız ilçe:	
9)Alışkanlık	1)sigara 2)alkol 3)madde 4)çoklu alışkanlık 5)yok
11) Covid-19 tanılı hastaların bulunduğu bir serviste mi görev yapıyorsunuz	1)Evet 2)Hayır
12) Çalışma sisteminiz nedir?	1)Nöbet sistemi 2) Vardiya sistemi
13) Çalıştığımız hastanede koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	1)Evet 2)Hayır
14) Kendinizde, ailenizde veya arkadaş çevrenizde Covid-19 tanısı almış kişi ya da kişiler var mı?	1)Evet 2)Hayır



## EK-B

Aşağıda kişilik özellikleri ve kişisel davranışlarla ilgili 44 madde bulunmaktadır. Her maddeyi dikkatlice okuyunuz. Maddelerde yazan ifadelerin size ne derece uyduğunu, uygun bulduğunuz kutucuğa (x) ile işaretleyiniz. Lütfen maddeleri boş bırakmayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Konuşkanlık					
2. Başkalarının kusurlarını bulmaya eğilimli olma					
3. Bir işi eksiksiz yapmak					
4. Depresif ve hüzünlü olmak					
5. Orijinal, yeni fikirler üretmek					
6. Mesafeli olmak					
7. Yardımsever, bencil olmayan					
8. Özensiz olmak					
9. Rahat, streste iyi bas eden					
10. Birçok farklı konuya meraklı olmak					
11. Enerji dolu					
12. Başkalarıyla ağız dalası başlatma					
13. Güvenilir bir çalışma					
14. Gergin olma					
15. Yaratıcı zekâsı olan, derin düşünen					
16. Heyecan ve coşku yaratan olma					
17. Bağışlayıcı bir yapıya sahip olma					
18. Düzensiz olmaya eğilimli					
19. Çok endişeli olma					

20. Hayal gücü zenginliği					
21. Sessiz kalmaya eğilimi olma					
22. İnsanlara genellikle güvenmek					
23. Tembelliğe meyilli olma					
24. Duygusal açıdan dengeli, kolay kolay üzülme					
25. Yaratıcı					
26. Girişken bir kişiliğe sahip					
27. Soğuk ve kayıtsız olabilme					
28. Bir işi bitirmeden bırakmama					
29. Duygusal iniş ve çıkışlar yaşayan					
30. Sanatsal ve estetik deneyimlere değer verme					
31. Bazen utangaç ve tutuk					
32. Hemen hemen herkese karşı nazik ve düşünceli					
33. İşleri etkin, verimli yapma					
34. Gergin durumlarda sakin kalma					
35. Rutin işler yapmayı tercih etme					
36. Dışadönük, sosyal					
37. Zaman zaman başkalarına karşı kabalaşan					
38. Plan yapan ve onları uygulayan					
39. Kolayca heyecanlanan					
40. Düşünmekten ve fikirlerle oynamaktan hoşlanan					
41. Sanatsal ilgileri az olan					
42. Başkaları ile işbirliği yapmaktan hoşlanan					
43. Dikkati kolay dağılan					
44. Sanat, müzik ve edebiyat konusunda çok bilgili					

## EK-C

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

## Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.<br/>(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.<br/>(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.<br/>(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p><b>2</b> (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.<br/>(1) Gelecek için karamsam.<br/>(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.<br/>(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.</p> <p><b>3</b> (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.<br/>(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.<br/>(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.<br/>(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p><b>4</b> (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.<br/>(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.<br/>(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.<br/>(3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> <p><b>5</b> (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.<br/>(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.<br/>(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.<br/>(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p><b>6</b> (0) Kendimden memnunum.<br/>(1) Kendimden pek memnun değilim.<br/>(2) Kendime kızgınım.<br/>(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p><b>7</b> (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.<br/>(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.<br/>(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.<br/>(3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> <p><b>8</b> (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.<br/>(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.<br/>(2) Kendimi öldürmek isterdim.<br/>(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p><b>9</b> (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.<br/>(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.<br/>(2) Çoğu zaman ağlıyorum.<br/>(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p><b>10</b> (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkan ve sinirli değilim.<br/>(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.<br/>(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.<br/>(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p><b>11</b> (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.<br/>(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.<br/>(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.<br/>(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p><b>12</b> (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.<br/>(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.<br/>(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.<br/>(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p><b>13</b> (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.<br/>(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.<br/>(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.<br/>(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p><b>14</b> (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.<br/>(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.<br/>(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.<br/>(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p><b>15</b> (0) Uykum her zamanki gibi.<br/>(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.<br/>(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.<br/>(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p><b>16</b> (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.<br/>(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.<br/>(2) Her şey beni yoruyor.<br/>(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p><b>17</b> (0) İştahım her zamanki gibi.<br/>(1) Eskisinden daha iştahsızım.<br/>(2) İştahım çok azaldı.<br/>(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p><b>18</b> (0) Son zamanlarda zayıflamadım.<br/>(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.<br/>(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.<br/>(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p><b>19</b> (0) Sağlığım la ilgili kaygılarım yok.<br/>(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.<br/>(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.<br/>(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p><b>20</b> (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.<br/>(1) Eskisine oranla seksel ilgim az.<br/>(2) Cinsel isteğim çok azaldı.<br/>(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p><b>21</b> (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.<br/>(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.<br/>(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.<br/>(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|---|--|

**Toplam BECK-D skoru:.....**

**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**  
(Maslach burnout inventory manual)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5