T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

COVID-19 PANDEMİSİNDE GÖREV ALAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR DURUMU VE SEKONDER TRAVMATİK STRES DÜZEYLERİ: İSTANBUL'DA 3. BASAMAK BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice GEGİN

Referans no:10392019

EDİRNE -2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

COVID-19 PANDEMİSİNDE GÖREV ALAN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR DURUMU VE SEKONDER TRAVMATİK STRES DÜZEYLERİ: İSTANBUL'DA 3. BASAMAK BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice GEGİN

EDİRNE -2023

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yürümeye çalıştığım yolda ışık tutup önümü aydınlatan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, her zaman motive ederek büyük emek ve desteğini sunan tez danışmanım Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya, saygıdeğer emekli Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a ve Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP'e, veri analizlerime yardımcı olan Dr. Didem HAN YEKDES'E

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM…

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 2

TRAVMA 2

İKİNCİL TRAVMATİK STRES 5

İKİNCİL TRAVMATİK STRES BELİRTİLERİ 7

TRAVMA SONRASI BÜYÜME 10

TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİNİ AÇIKLAMAYA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR 11

DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR KURAMI 13

AFET 15

TRAVMA VE DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR KONUSUNDA ULUSLARARASI LİTERATÜR 16

TRAVMA VE DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR ÜZERİNE TÜRKİYEDE YAPILMIŞ BİLİMSEL ÇALIŞMALAR 18

GEREÇ VE YÖNTEMLER 19

BULGULAR 23

TARTIŞMA 44

SONUÇLAR **54**

ÖZET **59**

SUMMARY **61**

KAYNAKLAR **63**

ÖZGEÇMİŞ **74**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AFAD : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

ASB : Akut Stres Bozukluğu

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

CET : Central European Time

COVID-19 : Corona Virüs Hastalığı

DİVÖ : Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği

İTSÖ : İkincil Travmatik Stres Ölçeği

ICD : International Classification of Diseases

PTSD : Post Travmatic Stress Disorder

TUEK : Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu

WHO : World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

COVID-19 salgını Mart 2020 yılında pandemi olarak kabul edilmiştir (1). Dünya basını pandemi döneminde ölen ve hastalanan insanların yanı sıra, pandemide mücadele eden sağlık çalışanlarına ve onların yaşadıkları sorunlara sıkça değinmiştir. Sağlık çalışanları yaptıkları işleri gereği travma mağduru kişilerle sıkça karşılaşmakta, onlara yardımcı olmakta ve sağlık hizmeti vermektedir. Pandemi Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) terimler sözlüğünde de açıklanırken, afet olarak kabul edilmektedir (2). Bu olağan dışı durumda sağlık çalışanları hem ruhsal hem de fiziksel yönden olumsuz etkilenimler yaşamış ve ikincil travmatik strese maruz kalmışlardır.

Bu çalışmanın amacı; COVID-19 pandemisinde farklı görevler üstlenen sağlık çalışanlarının bu süreçte yaşadıkları travma ve olumsuz duygu durumlarını, dünyaya ilişkin varsayımlarını belirleyerek bu alandaki çalışmalara katkı sağlamaktır. Çalışma İstanbul'un kapasitesi büyük, hasta potansiyelinin en yüksek hastanelerinden biri olan eski adı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, yeni adı COVID-19 pandemisinde vefat eden tıp profesörü Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu'nun adı verilen Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nde yürütülmüştür.

GENEL BİLGİLER

TRAVMA

İnsan psikolojisinde travmatik bir olayı neyin oluşturduğuna dair tartışmalar uzun süredir devam etmektedir. Sıkıntılı yaşam olaylarının yıkıcı sonuçlarının insan 'travması' olarak tanımlanması ilk olarak DSM-III'te tanımlanmıştır (3). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanısal sınıflandırması olan DSM'deki bu değişiklik dikkat çekicidir. "Travma sonrası stres bozukluğu" literatürde ilk kez DSM-III "A kriteri sorunu" olarak geçmektedir. PTSD (Post Travmatic Stress Disorder) ve "travma" terimleri buna göre tanımlanmıştır (4). Daha sonra her yeni DSM tanımı, sürüme bağlı olarak değişmiştir**.** DSM-III (1980), travmatik olayları "normal insanın ötesinde, travmatik olaylar arasında yakın bir yok olma deneyiminin baskın olması" biçiminde tanımlamaya başlamıştır. Vietnam savaşı sonrası cepheden dönen askerlerdeki psikolojik tepkilerin ''Travma sonrası stres bozukluğu'' tanımlaması tanısal sınıflandırmada yer edinişinin nedeni olmuştur. Bu gelişmelerle birlikte DSM-III, TSSB'yi (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) anksiyete bozukluklarının ana kategorisi olarak sınıflandırmıştır. DSM-III, travma kriterlerini "hemen hemen herkeste önemli bir sıkıntıya neden olan bariz olaylar" olarak tanımlamaktadır (4). Bu tanım ve travmatik olayların eşiği belirsizdir**.** Bu nedenle zaman içinde revizyon ihtiyacı hissedilmiştir. Bu revizyonla travmatik olayın insan hayatını ne ölçüde tehdit ettiğini, travmatik olayın ciddiyeti ile ilgili kavramlar hakkında daha açıklayıcı olunmaya çalışılmıştır (3)**.**

Travma, kişinin ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalma, fiziksel bütünlüğün bozulması veya bozulma tehdidi, ağır yaralanma veya böyle bir duruma tanıklık etme olarak belirtilerek; kişinin korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak deneyimlemesi durumu olarak

tanımlanmıştır. Bu tanımlamalarda travma kavramının maruz kalan kişilerle sınırlı olamayacağı da belirtilmiştir (5). Bu nedenle, 'birincil travma', bireyde doğrudan acı verici travmatik deneyimlere maruz kalma durumu oluştururken, "ikincil travma" ise acı verici, örseleyici yaşantıları bilmek ve tanıklık ederek dolaylı olarak travmayı deneyimlemek olarak ifade edilmektedir. İkincil travmatik stres kişinin travmaya maruz kaldığı bir süreci bilmesi veya tanık olması nedeniyle oluşan travmatik stres deneyimidir (6). İkincil travmanın olumsuz etkileriyle travmaya birincil maruz kalan kişilerin bulguları çok benzer doğrultuda olduğu düşünülmektedir (7). Travmatik olayın hemen ardından arama kurtarma çalışmalarına katılan mağdurların aileleri ve yakınlarına, profesyoneller ve gönüllüler, olayın psikolojik etkisini önleyen ilk müdahaleciler gerekli psikolojik desteği sağlamak için devreye giren ruh sağlığı uzmanları bir afet sonrasında olayın etkisini medya aracılığıyla takip eden kişiler dolaylı olarak travmaya maruz kalmaktadır (8).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hastalık tanı sınıflandırma sistemi olan ICD travma tanımlamasını ICD-10 da hemen her insanda önemli bir sıkıntıya neden olabilecek ciddi nitelik taşımalı olarak belirtmektedir. Örneğin; savaşlar, insan hayatını tehdit eden ciddi kazalar, insan veya doğa nedeniyle olan afetler, terör saldırıları, tecavüz, işkence vb. saldırılara tanık olmak veya mağduru olmak (9). ICD-11, bunu "son derece tehdit edici veya korkutucu bir olaya maruz kalma" olarak tanımlamaktadır (10).

Bir olayın travmatik olarak tanımlanabilmesi için birkaç faktör gereklidir. Her şeyden önce, kişisel günlük deneyimin dışında kalan bir durumdur. Başka bir deyişle, olay bilgisi ve deneyiminin bireyin yerleşik bilişsel şemasına uymaması, olayların anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (11). Travma sonrası dönemde doğan ruhsal tepkiler tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1. Travma sonrası dönemde doğan ruhsal tepkiler (12)

Fiziksel tepkiler	Yerinde duramama, sinirlilik, tahammülde azalma, acıkma ve tatlı, kahve, sigara ya da alkol kullanma isteği, çarpıntı, nefes darlığı, hızlı ve yüzeysel solunum, baş dönmesi gibi belirtiler, hazımsızlık, bulantı, kabızlık, ishal mide bağırsak sorunları, uyku bozukluğu, yorgunluk, bitkinlik, kas gerginliği veya ağrı, baş ağrısı gibi genel bedensel belirtiler ve kronik sağlık durumlarının kötüleşmesi.
Emosyonel / duygusal tepkiler	Çökkünlük, mutsuzluk, ağlamaklı olma, kaygı, korku, suçluluk, utanç, kendini suçlama, apati, duygusal donukluk, aniden aşırı endişeli olma, umutsuzluk, kontrolü kaybettiğini hissetme, panik, tahammülsüzlük, sabırsızlık, öfke, düşmanlık, kızgınlık duygudurumda oynaklık
Bilişsel tepkiler	Yanlış inanışlar, gerçekliğin kaybı, tekrarlayıcı düşünceler, endişe, durumla ilgili sürekli uğraş, bellek ve konsantrasyonda bozulma, odaklanamama, karar ve sorun çözme becerisinde azalma, konfüzyon, düşünmenin yavaşlaması, bilişşsel değerlendirmede bozukluklar (ya hep ya hiç şeklinde düşünme, kendini ya da başkalarını tutarsız ve aşırı şekilde suçlama)
Davranışsal tepkiler	Felaketin hatırlatıcılarından kaçınmak, kendini ve başkalarını anlamsız ve tutarsız şekilde suçlamak, uyku alışkanlıklarında değişiklikler, yeme alışkanlığında değişiklik(çok az, çok fazla ya da sağlıksız yiyecekler), alkol ve sakinleştirici ilaçlarla kendini uyuşuklaştırmak, pürdikkat halinde bulunmak, gevşeyememe, sosyal içe çekilme, kendini diğer insanlardan soyutlama, bir odaya kapatma, aile, arkadaşlar ve iş arkadaşları ile sürekli çatışmalar yaşama, öfke patlamaları, olayı hatırladığı anda o sırada yaptığı işi durdurma, çabucak ağlama, ilişkilerde aşırı kontrollü olmaya çalışma, diğer insanlara kötü davranma, dalga geçme, cinsel dürtüde değişiklikler

Travma sonrası en sık görülen psikolojik hastalıklar majör depresyon ve TSSB' dir. Majör depresyon; en az 2 hafta süren ve kendini iyi hissetmeme, ilgi kaybı, uyku, iştahta değişiklik, suçluluk duygusu, pişmanlık, umutsuzluk ve bazen intihar düşüncesi ile karakterize psikolojik hastalıktır. Ağır vakalarda, tedavi için ilaç tedavisi gerektiği düşünülmektedir. Hafif ila orta derecede depresyon için psikoterapide etkili olacağı düşüncesi yaygındır. Travma sonrası stres bozukluğunda, olaydan bir ay sonra devam eden dört grup yeti yitimine yol açan belirti vardır (13).

- Duyusal aşırı yüklenme; irkilme, sürekli uyuyamama
- Yeniden deneyimleme
- Biliş ve ruh halinde olumsuz değişiklikler
- Kaçınma, körelme Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (13).

Esas olarak uzun süreli ağır travmalardan sonra gelişir. Duyguları ve dürtüleri düzenlemede zorluk, dikkat ve farkındalıkta değişiklikler, olumsuz benlik algıları, başkalarıyla ilişki kurma veya sürdürmede zorluk ve kişinin somatik ve semantik sistemlerinde rahatsızlıklarla ilerler. Devamlılık olan travmalarda en sık gözlemlenen davranış bozukluk belirtileri özellikle uzun alkol ve madde kullanım sorunlarıdır. Kişilerde bağımlılık gelişme riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Kalıcı/patolojik yas da travmaya bağlı kayıplarda ortaya çıkar. Ayrıca travma sonrası fiziksel belirtiler, fiziksel/psikosomatik hastalıklar ortaya çıkabilir veya şiddetlenebilir ve travmanın ve psikozun birbiriyle ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (13).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için tanı ölçütleri ilk kez tanıtıldığında (4), doğrudan ölüm veya yaralanma tehdidine ek olarak, ölçüt kümesinin semptomları böyle bir duruma tanık olma veya böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma olarak belirtilmektedir**.** Sarsıcı yaşantılar travma mağduru bireyin ailesi veya yakın çevresini, mağdura yardım eden ya da müdahalede bulunan meslekten kişileri de etkileyebilmektedir (14).

İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Travmatik olaylar, ciddi yaralanmalar, kişinin bedeninin bütününe yönelik tehdit edici durumlar, ölüm ya da ölüm tehdidi kişinin yaşadığı veya tanık olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (15). Psikolojik travma oluşturan yaşantılar, benliğin gelişimini yavaşlatabilir, durdurabilir veya geriletebilir, bireyin yaşamı ve bedensel bütünlüğünün yanında dünyadaki yerini ve kendisi ile ilgili değerine yönelik tehdit edici unsur olarak düşünülür.

Kişinin kendine ve dünyaya duyduğu güven duygusunu olumsuz yönde etkileyebilir (16). Kişinin temel güven duygusu sarsıldığında; dünyayı tehlikeli, kendisini de yetersiz algılayarak kontrol kaybı duygusu yaşayacağı düşünülmektedir. Kontrol kaybı, çaresizlik, korku ve umutsuzluk duygulanımları, depresyon ve anksiyete ile karakterize olan semptomlara neden olabilmektedir (11).

İkincil travmatik stres, bir kişinin stresli bir duruma ya da trajik bir olaya şahit olması, yaptığı işi gereği dolaylı olarak travmaya maruziyetinin olması, tanık olduğu travmatik olaylar ile ilgili bilgi sahibi olması ve tüm bunların sonucunda duygu durumunda değişim yaşaması ve stres tepkisi ortaya çıkmasıdır (17). İkincil travmatik stres dolaylı olarak bireyin çevresine ve kendisine dair algı durumunda değişime işaret etmektedir. Başka bir tanımda, travmatik stres kişinin kendisi tarafından deneyimlenmiş stres verici olaylara tanık olmanın tecrübesinden kaynaklanan davranış ve duygular denilmektedir (18).

İkincil travmatik stres kavramı, değer verilen kişi veya kişiler tarafından deneyimlenmiş sarsıcı yaşantıların bilgisinden kaynaklanan duygu ve doğal davranışlar olarak tanımlanmıştır (19).

APA ikincil travmatik stres kavramını, Bir kişinin yaşamını, fiziksel ve zihinsel sağlığını tehdit eden travmatik bir deneyim, o kişinin yaşadığı veya tanık olduğu, gerçek bir ölüm, kayıp, ciddi yaralanma veya fiziksel sağlığa tehdit oluşturan bir olay olarak tanımlamaktadır (5). Savaş deneyimleri, terör saldırıları, depremler, yangınlar, tecavüzler ve araba kazaları bu tür yaşam olaylarına örnektir (5). Bu deneyimlerden sonra bazı kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları bozulabilir ve yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bu yardım ilişkisi çerçevesinde araya giren yardımcılar da mağdurun travmatik yaşantısından dolaylı olarak etkilenebilir. Travmatik bir olaydan sonra arama kurtarma ve her türlü yardım çabasına katılmanın, ölüm veya yaralanma riski gibi travma sonrası stres belirtileri riski taşıdığını gösteren bilimsel araştırmalar vardır (20-22).

Travmatik olaya doğrudan maruz kalanların yanı sıra;

- ✓ Mağdurların aileleri ve yakınları
- ✓ Arama-kurtarma çalışmalarında görev yapan profesyoneller ve gönüllüler
- ✓ İlk tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanları
- ✓ Ruh sağlığı çalışanları
- ✓ Olayın etkilerini medyadan izleyen bireyler de travmadan dolaylı olarak etkilenebileceği belirtilmiştir (23).

İnsanlar, yaptıkları iş nedeniyle yaşadıkları strese psikososyal ve fiziksel tepkiler verebilmekte ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı alarak ruhsal bir tedaviye ihtiyaç duyabilmektedir. İnsanlara doğrudan hizmet vererek çalışan grupların tanıklık ettiği yaşantılar, travmatik olaya doğrudan maruz kalmadıkları için, ikincil travmatik stres ya da dolaylı travma olarak ifade edilmektedir (23).

DSM V'te Post Travmatik Stres Bozukluğu başlığı altında ikincil travmadan bahsedilmiş, ikincil travma tanı kriteri olarak kabul edilmiştir. DSM V'e göre travmatik bir olaya doğrudan maruz kalmanın dışında, travmatik bir olaya tanık olmak ya da travmatik olay hakkında bilgi sahibi olmak gibi dolaylı yollarla da kişiler travmatik stresi deneyimleyebilmektedir. (5). İkincil travmatik stres kişinin travmayı doğrudan yaşayana yardımcı olma davranışı sonucunda ortaya çıktığı için "şefkat/merhamet yorgunluğu" olarak da isimlendiren kaynaklar mevcuttur (6). Travma mağdurlarına yardımcı olan, insanla doğrudan çalışan mesleklerde mağdurla özdeş ve empatik ilişki kurmanın sonucu olarak yardım eden bireyler de ikincil travma yaşayabilmektedir (6).

İKİNCİL TRAVMATİK STRES BELİRTİLERİ

İkincil travmatik stres belirtileri, belirli bir olaydan hemen sonra ortaya çıkma eğilimindedir. Bu nedenle ikincil travma belirtileri kısa sürelidir ancak uzun sürede de etkileri ortaya çıkmaya devam edebilmektedir (24). Akut stres belirtileri kısa sürede benzer özellik göstererek ortaya çıkmakta, ancak travma sonrası stres belirtileri maruziyetin üzerinden belli bir zaman geçtikten sonra görülmektedir. Semptomlar en az 3 gün en fazla 3 ay yaşanıyorsa akut stres bozukluğu, 1 aydan daha uzun bir süre yaşanıyorsa travma sonrası stres bozukluğu denilmektedir (25). Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (6)

Birincil	**İkincil**
A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek	**A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek**
1. Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması	1. TOB'nin* ciddi bir tehdit yaşaması
2. Kişinin hayatında ani bir yıkım	2. TOB'nin hayatında ani bir yıkım

*TOB. Travmatize olmuş birey

Tablo 2. (Devam) Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (6)

B. Travmatik olayın yeniden yaşanması	**B. Travmatik olayın yeniden yaşanması**
1. Olayın tekrar tekrar hatırlanması	1. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın tekrar tekrar hatırlanması
2. Olayın rüyalarda görülmesi	2. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın rüyalarda görülmesi
3. Olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi	3. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi
4. Olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı	4. TOB veya TOB'nin yaşadığı olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı
C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk	**C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk**
1. Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları	1. Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları
2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları	2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları
3. Psikojenik amnezi	3. Psikojenik amnezi
4. Etkinliklere ilgide azalma	4. Etkinliklere ilgide azalma
5. Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma	5. Diğerlerinden yabancılaşma/uzaklaşma
6. Duygulanımda azalma	6. Duygulanımda azalma
7. Geleceği görememe duygusu	7. Geleceği görememe duygusu
D. Uyarılmışlık	**D. Uyarılmışlık**
1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama	1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama
2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları	2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları
3. Dikkati yoğunlaştırmada zorluk	3. Dikkati yoğunlaştırmada zorluk
4. Artmış uyarılma hali	4. TOB'ye karşı artmış uyarılma hali

*TOB. Travmatize olmuş birey

Tablo 2. (Devam) Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (6)

5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme	5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme
6. Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme	6. Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme
Bir aydan az süren belirtiler normal, akut ve kriz-ilişkili belirtilerdir. Belirtilerin, olayı takip eden altı ay veya sonrasında başlaması, geç başlangıçlı TSSB ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğudur	

İkincil travmatik stres, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu (ASB) benzer belirtiler gösterir (14). Birincil ve ikincil travmatik stres belirtilerinin birbiriyle çok benzer olduğu belirtilmektedir. (7). Hangi stres türü olursa olsun travma sonrası stres belirtileri ileri dönemlerde farklı ruhsal rahatsızlıkların oluşmasına zemin hazırlayabileceği, bu nedenle önemsenmesi gerektiği savunulmaktadır (25).

İkincil travmatik stresin 3 belirtisi olduğu ifade edilmektedir

- Yeniden yaşantılanma
- Artmış uyarılmışlık
- Kaçınma

Yeniden Yaşantılanma

Travma mağdurlarıyla çalışanlarda, kişilerin öykülerini deneyimledikçe empati kurma ve olayları kendi deneyimlemiş gibi mağdurla aynı duygulanımı yaşama durumudur (26). Bu durumda travmatik olayı tekrar tekrar hatırlama ve olaya ilişkin rüyalar görme de görülür (27). Bu durumu yaşamamaları için profesyonellerin ikincil travmatik stres ve bu stresten korunma yolları ile ilgili eğitim almaları önerilmektedir (28).

Kaçınma

Kişiler travmatik olayı anımsatıcı durumlardan, ortamlardan uzak kalmak isteyebilirler. Sosyalleşmeleri olumsuz yönde etkilenmeye başlayabilir ve daha önce keyif aldıkları ortamlarda kaçınmak isteyebilirler (29).

Yapılan bir araştırmada acil durumlarda görev yapan meslek elemanlarından travmatik olaylara yoğun bir şekilde maruz kalan kişilerin kaçınma belirtisini daha fazla gösterdikleri saptanmıştır (30).

Artmış Uyarılmışlık

Maruziyet yaşamış profesyonellerde anksiyete olarak tanımlanamayan; artmış huzursuzluk, sinirlilik hali, rahatsızlık durumları ortaya çıkabilir. Kendini güvende hissetmeme, dünyayı güvenli bir yer olarak algılamama, yeme sorunları, çevresindeki kişilerin güvende olmayacaklarını düşünme ve isteksizlik gibi durumlar gözlemlenebilir (31). Bunların yanı sıra bireyde fizyolojik olarak üşüme, vücudun çeşitli yerlerinde ağrı gibi somatik belirtiler de ortaya çıkabilir (29).

TRAVMA SONRASI BÜYÜME

Travma sonrası büyüme kavramı, ciddi mücadele gerektiren durumlardan sonra meydana gelen olumlu psikolojik değişiklikleri tanımlamak için kullanılmaktadır (32). Varoluşçu psikologlar, travmanın büyümeyi teşvik eden yönlerini vurgular ve travmayı, anlamın ve cesaretin bulunduğu bir an olarak tanımlarlar. Bu görüşler, acı çekmenin kişisel gelişimdeki rolüne ilişkin Kierkegaard ve Nietzsche'nin fikirlerini savunmaktadırlar (33). Bazı bilim insanları 20. yüzyılda kişinin yaşadığı güçlükleri olumlu kişisel değişimin bir aracı olarak görmeye başlamışlardır (35). Olumlu psikolojik değişim sürecinin travmayla başa çıkma yöntemlerinden biri olduğu düşünülmüştür (33).

Travma sonrası büyümenin beş değişim boyutunu kapsadığı bildirilmiştir. Bu boyutlar, kişilerarası ilişkilerde olumlu değişim, benlik algısında olumlu değişim, yaşam değerlerini anlama, yeni seçenekleri tanıma, inanç sistemleri geliştirme (33). Travma sonrası gelişime yol açan bu olumlu değişiklikler, travmatik olayı takip eden süreçte zaman içinde gelişebilir veya olaydan sonra bu yönlerden bazılarında aniden değişiklikler olabilir. Travma sonrası büyüme, zaman içinde olabileceği gibi travmanın hemen sonrasında da ortaya çıkabilmektedir. Travma maruziyetinin ardından temel varsayımların sorgulanması ve kişinin kendini inşası zamanla ortaya çıkacağından bu durumun bir süreç olarak ele alınması daha doğrudur. Ancak bazı boyutlardaki değişimin hemen olabileceği de düşünülmektedir (35).

Psikososyal yaklaşımlarla araştırılan çalışmalarda, travmadan etkilenirken kişinin hem aldığı sosyal destek kaynaklarından hem de bireysel özelliklerinden (özerklik, ilişkide olma vb.) kaynaklı yaşadığı örseleyici olayların üzerinde düşünmesi, anlaması, bu duruma göre yeni düzenlemeler yapması, kişinin yaşadığı travmatik olaydan büyüyerek çıkmasını sağladığı belirtilmektedir (32,36,37).

TRAVMA SONRASI STRES BELİRTİLERİNİ AÇIKLAMAYA YÖNELİK KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Klasik Koşullanma Kuramı

Mower'ın iki bileşenli öğrenme modeline göre, birçok nötr uyaran, travmatik bir deneyim sırasında koşulsuz uyaranlarla eşleştirilir ve onları kaygıyı ortaya çıkaran koşullu uyaranlara dönüştürür. Genelleme ve üst düzey koşullandırma, daha nötr uyaranların korku tepkilerini uyandırmasına izin verir. Koşullu uyarıcı, koşulsuz uyarıcı olmadan sürekli olarak tekrarlandığında, genellikle yok olması beklenir. Travmatik olaylara maruz kalan kişiler koşullu uyaranlardan genellikle kaçınmaktadır. Bu durum, zihinsel ve davranışsal düzeyde olabilir. Kaçınma durumunun korkuyu ortadan kaldıracağı için travmanın pekişmesine neden olabileceği, böylelikle de travma sonrası stres belirtilerinin devamlılığına neden olabileceği düşünülmektedir. (38).

Klasik koşullanma teorileri, travmatik deneyimi çağrıştıran olayla doğrudan ilişkili olmayan uyaranların varlığını, bu ipuçlarının ortaya çıkardığı fizyolojik ve duygusal uyarılma durumlarını ve kaçınmanın Travma Sonrası Stres Bozukluğundaki önemli rolünü içerir. Olayın yeniden hatırlanması uyaran ile açıklansa da bu durumun incelenmesinde bellek mekanizmalarının da dikkate alınması önerilmektedir (39). Sonuç olarak klasik koşullanma kuramının travma sonrası stres belirtilerinde bilişsel yönü ele alabilmesi farklı çalışmalara ve katkılara ihtiyaç duyulmaktadır (40).

Bilişsel Model

Bellek süreçleriyle ilgili olarak, TSSB'de açık ve örtük bellek arasında bir çatışma (ayrışma) olduğu varsayılır. Açık bellek, bir kişinin daha önce öğrendiği şeyleri hatırlaması gereken durumlarda kendiliğinden kullanılır. Örtük bellek kullanılıyorsa, önceki olayların bilinçli ve kendiliğinden hatırlanması gerekli olmayabilir (40). TSSB'si olan kişilerin olayı

bilinçli olarak hatırlamakta zorlandıkları bilinmektedir. Ancak travmatik olayı hatırlamada yaşanılan güçlüğe rağmen, olayı bilinçsizce yeniden yaşarlar. Bu durum da, açık belleğin düzgün çalışmadığı, ancak örtük belleğin 'aşırı derecede' çalıştığını düşündürmektedir. Bazı kişiler travmatik olayı hatırlamamasına rağmen farklı bir uyarana maruz kaldıklarında olumsuz duygulanım içinde olduklarını, hatta niçin bu duygulanım içinde olduklarını da anlayamadıklarını belirtmişlerdir. Eğer kişi travmatik bir olaya karşı verdiği tepkileri doğal değerlendirdiğini fark ederse, bilinç üzerinde kontrollü bir değişim sağlayabileceği düşünülmüştür (40).

Kaygı bozukluklarının, olayları ve içsel uyaranları çarpıtılmış inançlar sonucunda tehlikeli olarak algılamasından kaynaklandığını savunan görüşler bulunmaktadır (41). Clark'a (41) göre, bu inançların yaşamda doğrulanmamasına karşın devam etmesinin altında yatan altı adet mekanizma bulunmaktadır. Bunlar; bellek süreçleri, tehdit temsilinin doğası, kendiliğinden oluşan imaj, duygusal çıkarım, güven arayıcı davranışlar, dikkatin dağılmasıdır. Clark (41), TSSB'de en etkin bulduğu mekanizmalar, hafıza süreçleri ve tehdit temsilinin doğası mekanizmalarıdır.

Clark'ın ve Ehlers (42), bilişsel modeli geliştirdikleri görülmüştür. Yazarlara göre, "*kronik travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkması;*

1) Kişilerin travmayı ve travma sonrasında ortaya çıkan olguları nasıl değerlendirdikleriyle,
2) *Olaya ait bellekteki travmatik anıların doğası ve bu travmatik anıların diğer otobiyografik bellekte bulunan diğer anılarla etkileşiminin nasıl olduğuyla*" ilişkili görünmektedir (42).

Travma sonrası stres yaşayanlar, travmatik deneyimi, hiçbir belirti göstermeyenlerin aksine, kişinin tüm geleceğini olumsuz yönde etkileyen, belirli bir süre içinde meydana gelen bir olay olarak görürler (43). TSSB gelişen kişilerin, travmatik bir deneyimden sonra "anormal bir yaşama normal tepkiler" olarak tanımlanabilecek bir dizi tepkiyi olumsuz olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir. Ehlers ve Clark'ın (43) bilişsel modeli, TSSB'yi pek çok boyutuyla ele almaya çalışmıştır.

Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu yaklaşım TSSB'yi tam olarak açıklamasa da travmatik olaya maruz kalmış kişileri anlamamıza yardımcı olabileceği düşünülen bir kuram olmuştur. Varoluşçu yaklaşıma göre insan doğası bilinen bilimsel yollarla araştırılması yeterli değildir. İnsanın kişisel

deneyimlerini süreçlerin içerisine katarak insanın kavramdan ziyade anlaşılabileceği düşünülmektedir (44). Varoluşçu yaklaşıma göre, insanın nesnel ve öznel doğası arasındaki ayrım ortadan kaldırılmalıdır (45). Yalom'a (34) göre insan varoluşunun dört temel gerçeği vardır; insanın özgürlüğü ve kendi yaşamından sorumluluğu, ölümün kaçınılmazlığı, varoluşsal bir yalnızlık içinde bulunduğu, anlamsızlığın yaşama yayıldığı ve yaşamın değerli bir anlamı olmadığıdır. İnsan kendi iradesi dışında dünyaya atılmış olup bunun sonucunda ölümlülük ile yüzleşerek kaygı oluşturmuştur. Bu kaygı nedeniyle varoluşun temelini inkar ederek kendi yeni dünyasını kurma çabası içerisinde olmuştur. Bunun sonucu olarak da tanrı inancı, iktidar güce tapma, yalnızlığın kötülenip sosyal ilişkide olmanın yüceleştirilmesi, felsefi ve dini çalışmalara yönelme vb. gibi davranışların varoluşsal kaygıyla baş edebilmeye çalışmaya çabası olarak görülmektedir (34).

Travmatik yaşantıya maruz kalmış bir kişi ölümlü ve incinebilir olduğu gerçeğiyle yüzleşmektedir. Yaşama dair izlenimleri değişebilir, dünyaya bakış açısı, dünyanın anlamlılığı, güvenli bir yer olup olmadığı algısında değişimlere neden olabilir. “Yalnızlık tüm yönleriyle yaşanmaktadır ve yardım edecek kimse yoktur.” bu tutum, Janoff_Bullman’ın (46) “sarsılmış varsayımlar” kuramına yakın bir düşüncedir.

DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR KURAMI

İnsanların sorgulanamaz varsayımlarla hareket ettiği görüşü, başlangıçta psikologlardan çok az ilgi gördüğü belirtilmiş fakat geçmiş dönemlerde farklı kavramlarla ifade edildiği düşünülmüştür. Örneğin; Epstein’ın (1973 yılı) “gerçeklik kuramı”, Bowlby’nin (1969 yılı) “dünya modelleri”, Maris’in (1975 yılı) “anlamın yapıları” ve Parkes’ın (1971 yılı) “varsayımsal dünya” dır (40). Bu yapı, zaman içinde gelişen ve etkin bir şekilde çalışabilmesi için bireyler ve dünya hakkında beklentiler sağlayan temel kavramsal sistemdir. Bu kavramsal sistem genellikle yaşamdaki etkileşimlerimizde gözlemlenebilir hale gelen bir dizi varsayımla temsil edilir (47). Bilişsel sistemimizin merkezinde, dünya ve kendimiz hakkında bir güvenlik ve yenilmezlik duygusu sağlayan temel varsayımlar yer alır (48). Bu varsayımlar, yaşamın ilk birkaç yılındaki deneyimlerle oluşturulur. Bebeğin ağlamasına yanıt veren anne, “iyilik” kavramı ile ilgili ilk temeli oluşturur. Stern (49), bebeklerin yaklaşık yedi aylıkken kendileri ve başkaları hakkında genellemeye başladıklarını belirtmektedir. Bu genellemeler temel varsayımların ilk temsilidir ve yetişkin bireylerde daha somut şemalar halindedir (47). Janoff-Bulman'ın (47), insanların inanç ve varsayımları için teorik bir çerçeve sunduğu Temel

Varsayımlar Modeli'nde, bireylerin sahip oldukları temel varsayımlar üç ana grupta ele alınmaktadır; kendilik değeri varsayımı, dünyanın iyiliği varsayımı ve dünyanın anlamlılığı varsayımı.

Kendilik değeri varsayımı: kişinin kendisiyle ilgili kişisel inançlarını içermektedir. Benlikle ilgili ilk varsayım, bireyin kendini nasıl iyi, ahlaklı ve değerli olarak algıladığıyla ilgilidir. Birey kişiliği hakkında olumlu bir algıya sahip olduğu sürece, adil bir dünyada kendini yenilmez hisseder. Böyle bir dünyada, bireysel refah sonuçları belirler. Kendilikle ile ilgili ikinci varsayım, kendilik kontrolüdür ve kişinin kendini doğru davranışlar gösteren bir insan olarak görme durumunu kapsar. Buradaki önemli faktör bireyin sonuçları kontrol etmek için gerekeni yapıp yapmadığı ile ilgilidir. Üçüncü varsayım bireyin kendini kötü kaderden korumasına yardım eden inanç olarak ele alınır. Buna göre dünya raslantısal olarak işle ve ancak şanslı kişiler güzel sonuçlar kazanır (50,51).

Dünyanın İyiliği Varsayımı; kişinin dünyayı olumlu veya olumsuz görme durumunun ne derece olduğunu içerir. Burada iki durumdan söz edilir; bireysel olmayan dünyanın iyiliği ve insanların iyiliği varsayımıdır. Kişisel olmayan dünyanın iyiliğine olan inanç ne kadar güçlüyse, dünyanın daha iyi ve daha az kötü bir yer olduğu inancı da o kadar güçlü olur. Aynı şekilde, insanın iyiliğine ilişkin inançlar, insanların özünde iyi, yardımsever ve kibar olduklarına ilişkin inançlarla paralellik göstermiştir (50,51).

Dünyanın Anlamlılığı Varsayımı; kimin başına iyi kimin başına kötü olayların gelip gelmemesi sorusuna ilişkin verilen yanıtı bu varsayım inceler. Buradaki varsayım, kontrol edilebilirlik, adalet ve rastlantı olmak üzere üç ilkeye çerçevesinde belirlenmeye çalışılır. İnsanlar hak ettiklerini yaşarlar düşüncesinin temelinde adalet ilkesi yer alır (50,51). Lerner'in (52) "adil dünya kuramı", insanların adil bir dünya inancına ihtiyaç duyduğunu belirtir. Adil dünya kuramına göre, insanlar neyi alırlarsa onu hak etmişlerdir ve neyi hak ederlerse onu alırlar düşüncesi hakimdir. Sonucu etkileyen ikinci etmende kontrol edilebilirliktir. Sonuçlar, insanın kişiliğinden çok, davranışlarına bağlanabilmektedir. Bu nedenle uygun davranışlar sergileyen kişi başına gelecek olayları belirler. Varsayıma göre uygun davranışlar sergileyen birey incinebilirliği olasılığını en aza indirebilecektir. Kontrol ve adalet varsayımları birlikte düşünüldüğünde "anlamlılık duygusu" terimini oluşturur. Sonuçları dağılım şeklini etkileyen diğer kavram ise rastlantısallık varsayımıdır. Bu varsayıma göre kişilerin başına gelen olayların neden olduğunu ifade edebilecek bir durum söz konusu değildir. Bunun nedeni sadece bir rastlantıdır ve anlamsızlık söz konusudur. Rastlantıya inan kişi olayları kontrol edemeyeceğini

düşündüğü için adalet ve kontrolü belirleyici faktör olarak görmez. Kişiler bu üç varsayım ilkelerini az veya çok yaptığını düşünür (47).

Dünyaya ilişkin varsayımlar insanın yaşamını daha konforlu ve güvenli bir biçimde yaşamasını sağlamaya çalışır. Ancak travmatik bir olaya maruz kalmış insan kendi incinebilirliğini fark ederek iç dünyasında kendi ve dünya ile ilgili olumlu olan düşüncelerinin sorgulanmasına neden olur, kişinin kendi iç dünyasında sarsıntıya uğratarak varsayımlarının değişmesine neden olabilir (47). Travma mağdurları genellikle, yaşadıkları şeyin başlarına geleceğini hiç düşünmediklerini ve olaydan sonra kendilerini savunmasız, endişeli ve korunmasız hissettiklerini ifade ederler. Travmaya yaşamış bireyin bu durumu incinmezlik yanılsaması olarak nitelendirilebilir. Yani ‘’bu bana olmaz benim başıma gelmez’’ ilkesi sarsılır. Örneğin; her insan trafik kazalarında çok sayıda ölümlerin olduğunu, kanserin çok yaygın bir hastalık olduğunu bilir fakat bunun kendine olacağını hiç düşünmez (50,51).

Yanılsamalarla ilk karşılaşma süreci kişi için acı verici bir süreçtir. Bu süreç doğrudan ve ani olarak olur. Kişi varoluşunu korkutucu olarak algılar, eski güvenlik algısı darbe alır, kesinlik ortadan kalkar. Kişi kendisinin ve sevdiklerinin zarar görebileceği duygusuyla yüzleşir. Bu durumu Ernest Becker (53) ‘’ dünyayı olduğu gibi görmek’’ olarak ele alır. Travma yaşantısının ardından birey; acı için son, kaygı için çare, güvenlik için umut olmadığının farkına varır. Varoluşçular için bu durum anlamsızlıklar dünyası kavramıyla ilişkilidir (54). Travma ile başarılı bir başa çıkma süreci, önceki temel varsayımlara geri dönüşü ifade etmemektedir; bu daha çok, travmatik yaşantıyla bütünleşmiş bir varsayımsal dünya yapılandırma anlamı taşımaktadır (55).

AFET

Afet toplumun tamamında veya belirli kesimlerinde fiziksel, ekonomik ve sosyal zarara neden olur, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini askıya alır veya kesintiye uğratır ve etkilenen toplumları yetersiz baş etme kapasitesi, doğal, teknolojik ve/veya bir kişinin neden olduğu bir olayla bırakır. Felaket kendi başına bir olay değil, sonuçlarıdır denilerek tanımlama yapılmıştır (2).

Afad sözlükler teriminde biyolojik tehdit kavramını; “*insanlar, hayvanlar ve bitkiler üzerinde her türlü hastalık yapıcı, zehirleyici veya ölümcül özellikleri bulunan canlı organizmalar ve bu organizmaların ürettiği biyolojik maddeler ve emniyetsiz laboratuvar*

prosedürleri gibi koşulların oluşturduğu tehditlerin tümü" biçiminde yapılmıştır. Salgın hastalıklar afet olarak tanımlanmıştır (2).

COVID-19 tüm dünyayı etkilemeden önce, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde bir salgın olarak ortaya çıkmıştır. Ancak küreselleşme sürecinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayılma hızı, enfeksiyon oranı, coğrafi dağılım aralığı, bulaşma yoluyla yayılma gibi özellikler dikkate alınarak 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir (1)

Kısa sürede tüm dünyada etkisini gösteren COVID-19, yüksek ateş, kuru öksürük, nefes darlığı, eklem ağrıları ve baş ağrısı gibi belirtiler gösteriyor. Salgınlar farklı bireyleri ve yaş gruplarını farklı şekilde etkiler**.** Özellikle astım, KOAH, kardiyovasküler hastalık, solunum yolu hastalığı ve diyabet gibi kronik hastalıkları olan kişilerde çeşitli risk faktörleri ve hastalığın daha uzun sürmesi hastalığı daha ciddi ve ölümcül hale getirebilmektedir (56).

Küresel olarak, 9 Aralık 2022 itibariyle, DSÖ'ye bildirilen 6.630.082 ölüm de dahil olmak üzere 643.875.406 doğrulanmış COVID-19 vakası olmuştur. 4 Aralık 2022 tarihi itibariyle toplam 12.998.974.878 aşı dozu uygulanmıştır (57).

Türkiye'de, 3 Ocak 2020'den 9 Aralık 2022'ye kadar, DSÖ'ye bildirilen 101.203 ölümle birlikte 16.919.638 doğrulanmış COVID-19 vakası olmuştur. 21 Kasım 2022 tarihi itibariyle toplam 152.475.057 aşı dozu uygulanmıştır (57).

TRAVMA VE DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR KONUSUNDA ULUSLARARASI LİTERATÜR

Travmatik yaşantının üzerinden zaman ilerledikçe kişi içsel dünyasını, sosyal destek ve anlamlı bilişsel yeniden değerlendirmeyle tekrar oluşturmaya çalışmaktadır (46). Çeşitli araştırmalarda travma mağdurlarının olayın üzerinden yıllar geçmiş olsa bile dünya ve kendileri ile ilgili varsayımların travmatik yaşantısı olmamış kişilere oranla daha olumsuz yönde olduğu bulgular tespit edilmiştir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar travmanın kişilerin varsayımları üzerinde nasıl etkileri olduğunu incelemeye yönelik olmuştur. Geçmişte travma mağduriyetine uğramış kişilerle yapılan bir çalışmada, travmaya uğramış kişilerin uğramamış kişilere oranlara temel varsayımlarının daha olumsuz yönde olduğu belirtilmiştir (50,51). Başka bir çalışmada travmatik bir kaybın kişinin temel varsayımları üzerindeki etkisini yordamış; kayıp yaşayan kişilerin özellikle dünyanın anlamlılığı varsayımında olumsuz yönde etkilenim olduğu belirtilmiştir (58).

Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada burada yaşanan insan hakları ihlali nedeniyle travma yaşamış kişilerin yaşamamış kişilere oranla dünyaya ilişkin temel varsayımlar ve travma sonrası stres belirtileri her iki grupta karşılaştırılmış. Araştırma sonucunda travma maruziyet sonrasındaki grubun dünya ve insanlara ilişkin iyilik varsayımının olumsuz yönde olduğu tespit edilmiş (59). Travma üzerine yapılan başka bir çalışmada travmanın doğal ve insan eliyle olduğu durumlarda varsayımların nasıl etkilendiği karşılaştırılmış; insan eliyle oluşturulmuş (savaş, terör, şiddet, cinsel taciz, tecavüz ve işkence gibi) travmaların doğal yollar sonucu oluşan travmalara göre varsayımların daha olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiş (60,61).

Foa ve ark. (60) yaptığı bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olan ve olmayan bireylerin varsayımları karşılaştırılmış, bu karşılaştırma sonucunda travma sonrası stres bozuklu olan kişilerin olumsuz varsayımları olduğu belirtilmiştir. Temel varsayımlar ile yapılan başka bir çalışmada (62) yedi yıl önce bir tren-otobüs çarpışmasından kurtulan bir grup gencin bilişsel şemaları irdelenmiş; şans, kendilik değeri, insanların iyiliği varsayımlarının travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerde daha olumsuz olduğu bulguları tespit edilmiş.

Travma mağdurlarının, travma sonrası stres belirtilerinin kaybolmasının ardından iyileşme sürecinde varsayımlar üzerine çok az sayıda yapılmış çalışma olduğu fark edilmektedir. Travma mağdurlarında iyileşme belirtilerinde hemen önceki dönemine geri dönüş diye adlandırılmasına rağmen kişilerin varsayımları travma öncesindeki varsayımları ile örtüşmesi beklenmemelidir. Buradaki iyileşme; kişinin travmatik yaşam sonrasındaki varsayımları ile bütünleşmesini ifade etmektedir (50,51). Bu konuyu ele bir çalışmada; savaşa katılmış gazilerin çatışma stresi tepkileri, travma sonrası belirtileri, olayın sonrasında çıkan tepkileri, olaydan uzun süre sonra ortaya çıkan tepkileri ve bu tepkilerin irdelendiği ara sürede varsayımlar üzerindeki değişimleri incelenmiş. Sonuçlarda, gazilerin insanların iyiliği hakkında daha olumsuz varsayımlara sahip olduğunu gösterilmiştir. Olaydan hemen sonra travma sonrası stres belirtileri gösteren bireylerin kendilerine ve dünyaya ilişkin algıları daha olumsuz bulunmuştur. Olaydan uzun süre sonra semptom gösterenlerin daha olumsuz benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur (63). Çocukları kemik iliği nakli olacak anneler ile yapılmış bir başka çalışmada çocuğun hastaneye yatış sırasındaki ve nakilden bir yıl sonraki dönemde annelerin temel inançları, travma ve geçmişteki yaşanmış olaylara bağlı olarak nasıl etkilendiği araştırılmış. Ayrıca annelerin işlevsel uyumu ve travma durumu arasındaki ilişkileri incelenmiştir. Bulgular, önceki travmatik deneyimlerin ve olumsuz olayların, hastaneye yatış sırasında temel inançlarla ve sonraki dönemde temel inançlardaki değişikliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir (64).

Genel olarak travma mağdurlarının varsayımları üzerinde yapılan farklı araştırmalar, varsayımların genellikle olumsuz yönde etkilendiğine dair sonuçlar göstermiştir. Travma mağdurlarının iyileşme süreçlerinde varsayımlarının daha az kırılgan yeni varsayımlar oluşturdukları düşünülmüştür. Matthews ve Marwit (65) göre travma mağduru bireylerle temel varsayımların çalışılması, kişilerin travma sonrası belirtilerini ve iyileşme süreçlerini anlamada önemli sınırları çizebileceği görüşündedir. Fakat travma sonrası bilişsel ve duyusal tepkiler arasındaki doğal sürecin işleyişi henüz tam olarak bilinememektedir. Bu nedenle travma sonrası stres belirtileri, temel varsayımlar, değişimler arasındaki varsayımlar, travmanın ortaya çıkış dönemi ve sonrasındaki travma belirtileri ve varsayımlarına yönelik daha çok çalışmaya gereksinim vardır (63). Travma mağdurlarının iyileşme süreçlerinde varsayımlarının daha az kırılgan yeni varsayımlar oluşturdukları düşünülmüştür.

TRAVMA VE DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR ÜZERİNE TÜRKİYEDE YAPILMIŞ BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Çakmak ve ark. (66) tarafından 112 acil yardım birimi çalışanlarında çalışmakta olan sağlık personellerinde psikolojik sıkıntıları tespit etmek ve olası bir afet durumunda kişilerin hazır bulunuşluklarını tespit etmek için Kocaeli' de yapılan bir çalışmada; Çalışanların %10 ile %29'unun yaşadıkları deprem nedeniyle yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma gibi travmatik stres belirtileri yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada psikolojik tedaviye gereksinim duyulma durumu %9 olarak bulunmuştur. Sosyal destek ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; sosyal destek algısının yüksek olan kişiler ve travma sonrası büyümenin pozitif yönde ilişkisi olduğu durumu belirtilmiştir. Ruh hali ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki durumu incelendiğinde; genel rahatsızlık, ruminasyon, takıntılar ve kaçınma semptomları arttıkça büyümenin de arttığını belirtilmiştir (67,68).

Yapılmış bir başka çalışmada travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki incelenmiş. Olumlu tanrı algısı ile şans ve kontrol varsayımları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, olumsuz tanrı algısı ile kendilik değeri arasında negatif, rastlantısallık değeri arasında pozitif ilişki tespit edilmiş. Aynı çalışmada stres belirtileri ve dünyaya ilişkin varsayımların kendilik değeri ve şans varsayımında negatif, stres belirtileri ve şans varsayımı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Travmatik stres belirtileri ile adalet ve kontrol varsayımları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (40).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma verileri İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinde Ağustos 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, İstanbul'da 3. Basamak bir kamu hastanesinde COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarının sekonder travmatik stres düzeyleri ve bu travma sonrası dünyaya ilişkin varsayımlar durumunun nasıl etkilendiğini ve etkileyen faktörleri ortaya koymayı amaçlayan kesitsel ve tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni İstanbul'da 3. Düzey bir kamu hastanesi olan Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinde görev yapan; hekim, hemşire, klinik destek personeli ve temizlik personelinden oluşan 6150 kişidir. Bu evrenden α yanılma payı 0.05, desen etkisi 0.25 ve power (güç) % 85 alınarak belirlenen örnek büyüklüğü 299 olarak hesaplanmıştır. Olası veri kayıpları düşünülerek bu sayı 350'ye tamamlanmıştır. Araştırmaya toplamda 352 kişi katılmıştır. Örneğin evreni temsil edebilmesi için meslek gruplarına ve cinsiyete göre ağırlıklandırma yapılmıştır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Bağımlı değişkenler: Dünyaya İlişkin Varsayımlar Durumu Ölçeği ve Sekonder Travmatik Stres ölçeklerinden alınan puanlar.

Bağımsız değişkenler: Çalışılan birim, cinsiyet ve diğer sosyodemografik değişkenler.

ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ VE ETİK KURULU ONAYI

Araştırma için Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi'den Etik Kurul onayı (Protokol Kodu: TÜTF-BAEK 2021/102, Karar No: 05/03), Sağlık Bakanlığı COVID-19 ile ilgili bilimsel araştırmaları değerlendirme komisyonundan ve İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesinde TUEK izinleri alınmıştır (Ek-4, EK-5, Ek-6).

VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ VE ARAÇLARI

Çalışmaya katılım gönüllük esasına göre sağlanmıştır. Veriler yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır.Yönetici olarak görevlendirilen sağlık çalışanlarından veri toplanmamıştır. Veriler toplanırken çalışmaya katılan gönüllülerin sakin ve iş yoğunluğunun olmadığı dinlenmede oldukları zaman aralıkları tercih edilmişdir.

Çalışanların demografik ve mesleki özelliklerinin tanımlanması için "Kişisel bilgi formu" (Ek-1), dünyaya ilişkin varsayımların belirlenmesi için 31 maddelik "Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği" (Ek-2), sekonder travmatik stres belirtilerinin belirlenmesi için 17 maddelik "İkincil Travmatik Stres Ölçeği" (Ek-3) kullanılmıştır.

Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği (DİVÖ)

İkincil travmatik stresin, sağlık çalışanlarının temel varsayımları üzerindeki etkilerini ölçmek için Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği (DİVÖ) kullanılmıştır. Travmatik olaylara maruz kalan kişilerin temel varsayımlarına ilişkin tanımlayıcı veri elde etmek amacıyla Janoff-Bulman (50) tarafından geliştirilen ölçek Yılmaz (69) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Özgün formu 32 maddeden oluşan forma uyarlama yapılırken özgün formda 1. Madde yer alan ifadenin faktör yükünün 0.32'nin altında olduğu belirtilerek form Türkçeye 31 madde olarak uyarlanmıştır. DİVÖ ölçeği 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; iyilik varsayımı, adalet varsayımı, şans varsayımı, rastlantısallık varsayımı, kendilik değeri

varsayımı, kontrol varsayımıdır. Türkçe'ye uyarlama çalışmasında 31 maddeye düşen 6 basamaklı Likert tipi ölçekte, bir uçta yer alan "kesinlikle katılmıyorum" ifadesi 1 puan, diğer uçta yer alan "tamamen katılıyorum" ifadesi ise 6 puan almaktadır. Ölçekteki 3-4-8-24-25-29 maddeler iyilik varsayımını, ölçekteki 6-10-13-18-19-21-22-28 maddeler adalet varsayımını, ölçekteki 9-15-20-31 maddeler şans varsayımını, ölçekteki 1-2-5-11-14-23 maddeler rastlantısallık varsayımını, ölçekteki 7-17-30-27 maddeler kendilik değeri varsayımını, ölçekteki 12-16-26 maddeler kontrol varsayımını ifade etmektedir. Ölçekteki 1-7-11-17-30 maddeler spps tablosunda ters kodlama yapılarak değerlendirilmiştir.

İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)

Travmatik yaşantıların olumsuz etkilenimleri, bu tür olaylara doğrudan maruz kalan insanların yanı sıra, onlarla yakın iletişimi olan onlara yardımcı olan insanlarda da görülebilmektedir. Yaptıkları işleri gereği travma mağdurlarıyla sıkça ilişki kurması gereken çalışanlar, karşılaştıkları travmatik yaşantılardan dolaylı olarak etkilenebildiği gözlemlenmiştir. Başka bir insana yardım etme isteği sonucunda ortaya çıkan ve ikincil travmatik stres olarak adlandırılan bu durumu ölçek amacıyla Bride ve ark. (7) İtsö ölçeği geliştirilmiş bu ölçek Yıldırım ve ark. tarafından (70) Türkçeye uyarlama çalışması yapılması yapılmıştır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi üç boyutlu özgün yapıyı doğrulayan uyum indeksleri verilmiş, maddelerin faktör yükleri 0.29-0.79 arasında değişmekte olduğu belirtilmiş, t değerleri anlamlı bulunmuştur. Benzer yapıları inceleyen Örgütsel Sinizm ve Maslach Tükenmişlik Ölçekleriyle yüksek ve anlamlı ilişkiler (0.59 ve 0.70) vermiştir. Ölçeğin güvenilirlik katsayıları 17 maddelik toplam ölçek için 0.91 olarak bulunmuştur. Kaçınma alt boyutu için α=0.78, uyarılma için α=0.82 ve duygusal ihlal için α=0.84 olarak hesaplanmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşmaktadır 5'li likert tipi ölçektir. Ölçek alınan puanların yükselmesi ikincil travma durumunu belirtmektedir (70).

Araştırmanın Hipotezleri

Ho_1: Üçüncü Basamak bir kamu hastanesinde çalışan ve COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanları pandemi nedeniyle ikincil travmatik stres yaşamamıştır.

$H1_1$: Üçüncü Basamak bir kamu hastanesinde çalışan ve COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanları pandemi nedeniyle ikincil travmatik stres yaşamıştır.
Ho_2**:** Üçüncü Basamak bir kamu hastanesinde çalışan ve COVID-19 pandemisinde görev yapan

sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımları pandeminden etkilenmemiştir. $H1_2$: Üçüncü Basamak bir kamu hastanesinde çalışan ve COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımları pandeminden etkilenmiştir.

Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Parametrik verilerin korelasyon analizlerinde pearson testi, nonparametrik verilerin korelasyon analizinde ise spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki student t testi ve tek yönlü ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. ANOVA sonucunda gruplar arasında farklılık bulunması durumunda farkın kaynağı posthoc Student Newman Keuls (SNK) testi ile incelenmiştir. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma, İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi görev yapmakta olan 352 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür.

Katılımcıların yaş ortalaması 31,1 ± 8,1 (min:20, medyan:28, maks:58 yaş) yıldır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekte toplam çalışma yılı ortalaması 6,4 ± 6,3 (min:1, medyan:4, maks:35) yıldır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 58'i (n:204) kadın, % 42'si (n:148) erkektir.

Katılımcıların % 37,8'i (n:133) evli, % 61,9'u (n: 218) bekar olduğunu belirtmiştir. Bu soruya bir katılımcı yanıt vermemiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama hane geliri 10250 ± 8578 TL'dir (min:2000, medyan:8000, maks: 90000 TL). Katılımcıların 52'si bu soruyu yanıtlamamıştır.

Katılımcıların % 7,7'si (n: 27) uzman hekim, % 23'ü (n:81) asistan hekim, % 2,3'ü (n: 9) pratisyen hekim, % 44,3'ü (n: 156) hemşire, % 0,9'u (n: 3) eczacı, % 18,5'u (n: 65) temizlik personeli, % 3,1'i (n: 11) klinik destek personelidir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların meslek bilgileri

Meslek	**Sayı**	**%**
Hemşire	156	44,3
Asistan hekim	81	23,0
Temizlik Personeli	65	18,5

Tablo 3. (Devam) Katılımcıların meslek bilgileri

Uzman hekim	27	7.7
Klinik Destek Personeli	11	3.1
Pratisyen hekim	9	2,3
Eczacı	3	0.9
Toplam	352	100

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının öğrenim bilgisi dağılımı ise; doktora % 8,2 (n: 29), yüksek lisans % 29,5 (n:105), lisans % 35,5 (n: 124), ön lisans %7,7 (n: 27), ortaöğretim % 47 (n: 47), ilkokul %20 (n: 20)'dir. Katılımcıların çoğu (% 35) lisans mezunudur (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların öğrenim durumu

Öğrenim durumu	**Sayı**	**%**
Doktora	29	8,2
Lisans	124	35,2
Yüksek lisans	105	29,8
Ön lisans	27	7,7
Ortaöğretim	47	13,4
İlkokul	20	5,5
Toplam	352	100

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının; hekimler için tıpta uzmanlık alanı diğer meslek grupları için meslek adıyla unvan bilgileri tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların tıpta uzmanlık alanı ve unvanları

Uzmanlık alanı/Unvanı	**Sayı**	**%**
Acil tıp	10	2,8
Aile hekimliği	16	4,5
Anestezi ve reanimasyon	19	5,4
Beyin ve sinir cerrahi	4	1,1
Çocuk hastalıkları	16	4,5
Deri ve zührevi hastalıkları	2	6
Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyoloji	2	6
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon	2	6
İç hastalıkları	8	2,3
Cerrahi	20	5,7
Radyasyon onkolojisi	4	1,1
Radyoloji	4	1,1
Tıbbi patoloji	1	3
Pratisyen hekimlik	9	2,6
Hemşire	156	44,3
Eczacı	3	9

Tablo 5. (Devam) Katılımcıların tıpta uzmanlık alanı ve unvanları

Temizlik personeli	65	18,5
Klinik destek personeli	11	3,1
Toplam	**352**	**100.0**

Katılımcıların % 59,4'ü yalnız, % 40,6'sı ise ailesiyle birlikte yaşamaktadır.

Katılımcıların % 8,8'i (n: 31) aynı hanede 65 üstü yaşlıyla yaşadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların % 13,1'i (n: 46) kronik hastalığınız var mı sorusuna; diyabet, hipertansiyon, otoimmün hastalık vb. gibi kronik hastalıklarından en az birine sahip olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 48,6'sı (n: 171) COVID-19 hastalığını geçirmiştir.

Katılımcıların % 85,8'i (n: 302) yakın çevresinde COVID-19 testi pozitif olan kişiler olduğunu belirtmiştir.

Kırk yedi katılımcı (%13,4) ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat eden kişiler olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların % 4,8'i (n:17) anne, baba, kardeş, eş veya çocuk gibi yakın çevresinden en az birinin COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda yatarak tedavi gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların % 10,5'i (n: 37) ise arkadaş, akraba gibi çevresinden en bir kişinin COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğünü belirmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığı nedeniyle çalıştıkları kurumda vefat eden çalışma arkadaşları olup olmadığı sorgulanmış; 65 kişi (% 18,5) çalışma arkadaşlarının vefat ettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların % 13,4'ü (n: 47) COVID-19 hastalığı nedeniyle ailelerinde vefat eden en az 1 kişi olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde profesyonel ruhsal desteği gerekli görme durumu incelendiğinde; 322 kişi (% 91,5) bu dönemde ruhsal desteğin gerekli olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların % 6,8'i (n: 24) pandemi döneminde profesyonel olarak psikolojik destek aldığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 90,1'i (n: 317) COVID-19 testi yaptırmıştır. Test

yaptıranların % 88,9'u (n: 313) COVID-19 testini kurumlarında ücretsiz olarak yaptırmıştır.

COVID-19 testini kurum dışında ücretli olarak yaptıranların % 0,3'ü (n:1) ücretsiz teste güvenmediğini, % 0,3'ü (n:1) ücretsiz teste ulaşamadığını, % 0,9'ü (n: 3) yurt dışına çıkmak için ücretli test yaptırmak durumunda olduğunu, % 0,3'ü (n:1) ise pandemi başlangıcında tedirginlik yaşadığı için ücretli test yaptırdığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. COVID-19 testini ücret ödeyerek yaptırma nedeni tanımlayıcı bilgisi

Ücret ödeyerek yaptırma nedeni	**Sayı**	**%**
Ücretsiz teste güvenmiyorum	1	0,3
Ücretsiz teste ulaşamadım	1	0,3
Yurt dışına çıkmak için	3	0,9
Tedirgindim pandemi başında tarama yaptırmak istedim	1	0,3
Toplam	**6**	**1.8**

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama COVID-19 testi yaptırma sayısı 3,4 ± 2,4'dir (min:0, maks:15, medyan:3,00).

Katılımcıların % 88,1'i (n:310) pandemi döneminde COVID-19 hastasına hizmet vermiştir.

Katılımcıların COVID-19 hastasına hangi kliniklerde hizmet verdiği bilgisi tablo 7'da sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların COVID-19 hastasına hizmet verdiği klinik

Hizmet sunulan klinik	**Sayı**	**%**
COVID-19 servisi	92	26,1
COVID-19 yoğun bakım servisi	93	26,4
COVID-19 acil servis	71	20,2
Çocuk COVID-19 kliniği	20	5,7
COVID-19 servis + COVID-19 acil	14	4,0
COVID-19 servis + COVID-19 yoğun bakım servisi	11	3,1
COVID-19 yoğun bakım servisi + Ameliyathane	4	1,1
Ameliyathane	2	0,6
Filyasyon hizmetleri	3	0,9
Onkoloji kliniği	1	0,3
Toplam	**311**	**88,4**

Katılımcıların çalışmaya katıldıkları dönem itibariyle son 1 yıldır profesyonel olarak hizmet verdikleri klinik bilgileri tablo 8' de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların son 1 yıldır hizmet verdiği klinik

Katılımcının son 1 yıldır çalıştığı birim	**Sayı**	**%**
COVID-19 servisi	17	4,8
Dahili klinikler	26	7,4
Cerrahi servis	46	13,1
Onkoloji kliniği	16	4,5
Anestezi ve reanimasyon kliniği	101	28,7
Acil servis	78	22,2
Aile Sağlığı Merkezi	14	4,0
Çocuk klinikleri	43	12,2
Radyoloji	8	2,3
Eczane	3	9,0
Toplam	**352**	**100**

Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi döneminde profesyonel olarak hizmet verdikleri alanların dışında farklı alan ve kurumlarda görevlendirilme durumları incelendiğinde; katılımcıların % 36,6'sının (n:129) pandemi döneminde farklı bir alan veya kurumda görevlendirildiği anlaşılmıştır.

Katılımcıların % 16,8'i (n: 59) COVID-19 aşısı olmadıklarını bildirmişlerdir.

COVID-19 aşısı olmayan ya da olmak istemeyen katılımcıların gerekçeleri irdelendiğinde; gerekçe belirtenlerden 25'i (% 45,6) aşıya güvenmediğini, 5'i (% 9) aşıyla ilgili bilgi sahibi olmadığını veya kararsız olduğunu, 9'u (% 16,3) COVID-19 antikor testinde antikor seviyesinin yüksek çıktığı için aşı olmadığını, 13'ü (% 23,6) COVID-19 aşısını gerekli görmediğini veya aşının etkili olmadığını düşündüğünü, 3 kişi ise (% 5,5) hastalık vb. özel bir durumu olduğu için aşı olmadığını ya da olmayacağını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 115,4 ± 18,4'tür (min: 56, medyan: 114 maks: 171 puan). Ölçeğin alt göstergeleri olan varsayımlardan aldıkları puanlar ise; iyilik varsayımı puan ortalaması 21,8 ± 6,2 (min: 6, medyan: 22, maks: 36), adalet varsayımı puan ortalaması 29,2 ± 7,1 (min: 8, medyan: 29, maks: 48), şans varsayımı puan ortalaması 14,1 ± 4,7 (min: 4, medyan: 14, maks: 24), rastlantısallık varsayımı puan ortalaması 20,9 ± 4,6 (min: 8, medyan: 21, maks: 33), kendilik varsayımı puan ortalaması 17,5 ± 3,6 (min: 7, medyan: 17, maks: 24), kontrol varsayımı toplam puan ortalaması 11,9 ± 3,0'dır (min: 3, medyan: 12, maks: 18). Katılımcıların

ikincil travmatik stres ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 43,1 ± 11,8'dir (min:17, medyan: 42,6, maks: 78). Bilgiler tablo 9 ve tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcının dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeğinden aldıkları puanlar

DİVÖ ölçeği	Ort ± SS	Medyan	Minimum	Maksimum
DİVÖ puan	115,4 ± 18,4	114	56	171

Tablo 10. Katılımcıların dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği alt varsayımlarından aldıkları puanlar

DİVÖ ölçeği alt varsayımlar	Ort ± SS	Medyan	Minimum	Maksimum
İyilik varsayımı	21,8 ± 6,6	22	6	36
Adalet varsayımı	29,2 ± 7,0	29	8	48
Şans varsayımı	14,1 ± 4,7	14	4	24
Rastlantısallık varsayımı	20,9 ± 4,6	21	8	33
Kendilik değeri varsayımı	17,5 ± 3,6	17	7	24
Kontrol edilebilirlik varsayımı	11,9 ± 3,0	12	3	18

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının İkincil travmatik stres ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 43,1 ± 11,8 (min: 17, medyan: 42,5, maks: 78) olarak bulunmuştur. İkincil Travmatik Stres Ölçeğinden ve Alt boyutlarından aldıkları Puan bilgileri tablo 11'da sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların ikincil travmatik stres ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar

İTSÖ	Ort ± SS	Medyan	Minimum	Maksimum
İTSÖ ölçek puanı	43,1 ± 11,8	42,5	17	78
İTSÖ ölçeği alt boyutları				
Kaçınma	18,1 ± 5,2	18	7	33
Duygusal ihlal	11,5 ± 4,0	11	4	25
Uyarılma	13,5 ± 4,8	13	4	25

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 43,1 ± 11,8 ve DİVÖ toplam puan ortalaması 115,4 ± 18,4 olarak bulunmuş, her iki ölçek puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon testi ile karşılaştırılmış ve aralarında zayıf negatif ilişki bulunmuştur (r= -0,18; p= 0,001).

Katılımcıların Meslek ile İTSÖ ve DİVÖ ölçek puanları ile aralarındaki ilişki tek yönlü ANOVA testi kullanılarak karşılaştırıldığında ilişkisiz bulunmuştur (p>:0,05). Çalışmaya katılan meslek gruplarının DİVÖ toplam puanları ise ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Bulgular tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların meslek bilgilerinin İTSÖ ve DİVÖ ölçeklerinin tek yönlü anova testi incelemesi

Ölçek	Meslek Grubu	Sayı	Ortalama ± SS	P
DİVÖ	Uzman hekim	27	118,4 ± 13,9	< 0,05
	Asistan hekim	81	110,2 ± 15,2	
	Pratisyen hekim	9	105,3 ± 19,8	
	Hemşire	156	113,1 ± 16,9	
	Eczacı	3	110,7 ± 30,9	
	Temizlik personeli	65	127,5 ± 20,9	
	Klinik destek personeli	11	116,8 ± 18,8	
	Toplam	352		
İTSÖ	Uzman hekim	27	36,6 ± 11,8	>0,05
	Asistan hekim	81	44,2 ± 10,8	
	Pratisyen hekim	9	45,1 ± 14,0	
	Hemşire	156	44,1 ±11,4	
	Eczacı	3	42,3 ± 14,6	
	Temizlik personeli	65	41,3 ± 13,0	
	Klinik destek personeli	11	45,8 ± 11,4	
	Toplam	352		

DİVÖ ölçek puanı ve meslek grupları arasında çıkan anlamlı ilişkinin kaynağı posthoc analizle incelendiğinde; temizlik personelinin DİVÖ ölçek puanı ortalaması, asistan hekimlerden, pratisyen hekimlerden ve hemşireden önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Katılımcıların mesleklerine göre DİVÖ ölçeği alt varsayımlardan aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; iyilik varsayımı, adalet varsayımı, rastlantısallık varsayımı, kendilik değeri varsayımı ve kontrol varsayımı meslekle ilişkili, şans varsayımı ise ilişkisiz bulunmuştur. Bulgular tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Meslek gruplarına göre DİVÖ alt varsayımları tek yönlü anova testi incelemesi

Ölçekler	Meslek Grupları	Sayı	Ortalama ± SS	P
İyilik varsayımı	Uzman hekim	27	23,3 ± 5,8	0,000
	Asistan hekim	81	20,6 ± 5,6	
	Pratisyen hekim	9	16,6 ± 6,6	
	Hemşire	156	20,9 ± 6,2	
	Eczacı	3	23,7 ±11,7	
	Temizlik personeli	65	25,7 ± 7,0	
	Klinik destek personeli	11	21,4 ± 8,9	
Adalet varsayımı	Uzman hekim	27	29.0 ± 5,0	0,000
	Asistan hekim	81	26,9 ± 6,3	
	Pratisyen hekim	9	26,1 ± 6,5	
	Hemşire	156	28,8 ± 6,6	
	Eczacı	3	29,3 ± 8,3	
	Temizlik personeli	65	33,1 ± 8,2	
	Klinik destek personeli	11	31,4 ± 7,4	
Şans varsayımı	Uzman hekim	27	15,9 ± 3,6	0,147
	Asistan hekim	81	13,5 ± 4,0	
	Pratisyen hekim	9	12,8 ± 5,8	
	Hemşire	156	13,9 ± 4,6	
	Eczacı	3	16,3 ± 5,8	
	Temizlik personeli	65	14,7 ± 5,4	
	Klinik destek personeli	11	12,2 ± 6,4	
Rastlantısallık varsayımı	Uzman hekim	27	19,9 ± 3,4	0,004
	Asistan hekim	81	21,0 ± 4,7	
	Pratisyen hekim	9	18,7 ± 3,6	
	Hemşire	156	20,7 ± 4,4	
	Eczacı	3	14,7 ± 3,8	
	Temizlik personeli	65	22,7 ± 5,1	
	Klinik destek personeli	11	21,1 ± 4,6	
Kendilik değeri varsayımı	Uzman hekim	27	18,9 ± 3,1	0,045
	Asistan hekim	81	16,9 ± 3,3	
	Pratisyen hekim	9	18,0 ± 5,4	
	Hemşire	156	17,0 ± 3,3	
	Eczacı	3	16,3 ± 4,9	
	Temizlik personeli	65	18,3 ± 4,4	
	Klinik destek personeli	11	18,2 ± 3,2	
Kontrol varsayımı	Uzman hekim	27	11,5 ± 2,8	0,004
	Asistan hekim	81	11,2 ± 2,6	
	Pratisyen hekim	9	13,2 ± 2,5	
	Hemşire	156	11,7 ± 2,7	
	Eczacı	3	10,3 ± 1,5	
	Temizlik personeli	65	13,1 ± 3,7	
	Klinik destek personeli	11	12,6 ± 4,5	

Meslek grubu alt varsayımlar ilişkisi posthoc analizlerine göre; iyilik varsayımı, adalet varsayımı temizlik personellerinde; asistan hekim, pratisyen hekim ve hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Kadınların İTSÖ puan ortalaması 44,3 ± 11,7 puan iken erkeklerin İTSÖ puan ortalaması 41,5 ± 11,9 olarak daha düşük bulunmuştur (p< 0.05).

Divo puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların ölçek puan ortalamaları 113,4 ± 17,4 iken erkeklerde bu değer 118,2 ± 19,4'tür. Aradaki fark istatiksel bakımdan önemlidir (p<0,017), (Tablo 14).

Tablo 14. DİVÖ ve İTSÖ Toplam puanlarının cinsiyete göre durumu

Ölçekler	Cinsiyet	Sayı	Ortalama ± SS	P
DİVÖ	Kadın	204	113,4 ± 17,4	0.017
	Erkek	148	118,2 ± 19,4	
	Toplam	352		
İTSÖ	Kadın	204	44,3 ± 11,7	0.032
	Erkek	148	41,5 ± 11,9	
	Toplam	352		

*student t

Çalışmaya katılan sağlık çalışılanlarının cinsiyetleri ile DİVÖ ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; erkeklerin iyilik ve adalet varsayımı puanları daha yüksek bulunmuştur (p< 0,05). Öteki alt boyut puanları iki grupta da benzerdir (p> 0,05), (Tablo 15).

Tablo 15. DİVÖ Alt Varsayımlarının katılımcıların cinsiyet ile ilişkisi

Ölçekler	Cinsiyet	Sayı	Ortalama ± SS	P
İyilik varsayımı	Kadın	204	21,0 ± 6,2	0,008
	Erkek	148	22,9 ± 7,1	
Adalet varsayımı	Kadın	204	27,9 ± 6,7	0,000
	Erkek	148	31,1 ± 7,1	
Şans varsayımı	Kadın	204	14,1 ± 4,7	0,841
	Erkek	148	14,0 ± 4,8	
Rastlantısallık varsayımı	Kadın	204	21,1 ± 4,3	0,619
	Erkek	148	20,8 ± 5,1	
Kendilik değeri varsayımı	Kadın	204	17,6 ± 3,4	0,273
	Erkek	148	17,2 ± 3,9	
Kontrol varsayımı	Kadın	204	11,7 ± 2,8	0,277
	Erkek	148	12,1 ± 3,4	

*student t

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekte toplam çalışma yılı toplam puan ortalaması 6,4 ± 6,3'tür. İTSÖ ve DİVÖ ölçek puanları meslekte toplam çalışma yılına göre incelendiğinde; İTSÖ ölçek puanı ve meslekte toplam çalışma yılı arasında ters yönde (r = -0,13, p= 0,016), DİVÖ ölçek puanı ile meslekte toplam çalışma yılı arasında ise pozitif yönde ilişki bulunmuştur (r= 0,17, p= 0,002).

Çalışma yılı ve DİVÖ ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiş; iyilik varsayımı, adalet varsayımı ve şans varsayımı ile çalışma yılı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05). Rastlantısallık varsayımı, kendilik değeri varsayımı ve kontrol varsayımı ile çalışma yılı ilişkisiz bulunmuştur (p>0,05), (Tablo 16).

Tablo 16. DİVÖ Alt varsayımlarının meslekte toplam çalışma yılı ile ilişkisi

Ölçekler	**Ortalama ± SS**	**Meslekte Toplam Çalışma yılı Korelasyonu**	
İyilik varsayımı		**P**	**R**
	21,8 ± 6,6	0,01	0,138
Adalet varsayımı		**P**	**R**
	29,2 ± 7,0	0,009	0,138
Şans varsayımı		**P**	**R**
	14,1 ± 4,7	0,002	0,168
Rastlantısallık varsayımı		**P**	**R**
	20,9 ± 4,6	0,814	0,013
Kendilik değeri varsayımı		**P**	**R**
	17,5 ± 3,6	0,087	0,092
Kontrol varsayımı		**P**	**R**
	11,9 ± 3,0	0,839	0,011
Meslekte Toplam Çalışma yılı	6,4 ± 6,3		

*spearman korelasyon

Katılımcıların yaş ortalama 31,1 ± 8,1'dir (min:20, maks: 58, median: 28). Yaş ile itso puanı arasında zayıf ters yönde (r= -0.11, p<0.05), DİVÖ puanı arasında zayıf pozitif yönde önemli ilişki vardır (r=0,18, p< 0.05) .

Öğrenim durumu ile DİVÖ ve İTSÖ ölçek puanları kıyaslandığında her iki ölçek puanı ile öğrenim durumu arasında anlamlı farklılık vardır (p<0,05), (Tablo 17).

Tablo 17. İTSÖ Ve DİVÖ Ölçeklerinin Öğrenim Durumu İle Tek Yönlü Anova Testi Analizi

Ölçekler	Öğrenim durumu	Sayı	Ortalama ± SS	P
İTSÖ	Doktora/Uzman	29	36,6 ± 11,3	0,003
	Yüksek lisans	105	44,5 ± 10,9	
	Lisans	124	43,2 ± 11,7	
	Ön lisans	27	48,1 ± 10,8	
	Orta öğretim	47	40,5 ± 13,6	
	İlkokul	20	44,2 ± 11,1	
	Toplam	352		
DİVÖ	Doktora/Uzman	29	118,3 ± 11,4	0,000
	Yüksek lisans	105	109,9 ± 16,0	
	Lisans	124	113,2 ± 19,0	
	Ön lisans	27	118,0 ± 13,9	
	Orta öğretim	47	123,2 ± 21,1	
	İlkokul	20	131,3 ± 16,1	
	Toplam	352		

Her iki ölçek için yapılan posthoc analizlerde; İTSÖ puanı için; doktora/uzman eğitimi olanların İTSÖ puan ortalamaları ön lisans eğitimlilerden daha düşüktür (p= 0,003). DİVÖ puan ortalaması ise yüksek lisans eğitimlilerde (109,9 ± 16,0) iken, ilkokul mezunlarında (131,3 ± 16,1) ve orta öğretim mezunlarında (123,2 ± 21,1) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,05). DİVÖ puan ortalaması lisans mezunlarında (113,2 ± 19,0) orta öğretim mezunlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p=0,13). Ayrıca lisans mezunu olanların ortalama DİVÖ puanları ilkokul mezunlarına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,05).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının öğrenim durumları ile DİVÖ alt varsayımları aralarındaki ilişki incelendiğinde; iyilik, adalet, rastlantısallık, kendilik değeri ve kontrol

varsayımları arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmışken (p<0,05), şans varsayımı ile öğrenim durumu ilişkisiz bulunmuştur (p>0,05), (Tablo 18).

Tablo 18. DİVÖ Alt varsayımlarının öğrenim durumu ile ilişkisi

Alt varsayımlar	Meslek Grupları	Sayı (n)	Ortalama (x)	Standart Sapma	P
İyilik varsayımı	Doktora/Uzman	29	23,3	5,7	0,023
	Yüksek lisans	105	20,2	5,8	
	Lisans	124	21,1	6,7	
	Ön lisans	27	22,4	6,6	
	Ortaokul	47	23,7	7,5	
	İlkokul	20	27,7	5,1	
Adalet varsayımı	Doktora/Uzman	29	29,1	4,9	0,036
	Yüksek lisans	105	27,1	6,2	
	Lisans	124	28,8	6,9	
	Ön lisans	27	30,8	6,5	
	Ortaokul	47	32,3	8,7	
	İlkokul	20	34,1	6,3	
Şans varsayımı	Doktora/Uzman	29	15,7	3,5	0,346
	Yüksek lisans	105	13,6	4,4	
	Lisans	124	13,9	4,8	
	Ön lisans	27	14,8	4,4	
	Ortaokul	47	13,9	5,9	
	İlkokul	20	14,7	4,7	
Rastlantısallık varsayımı	Doktora/Uzman	29	19,7	3,5	0,008
	Yüksek lisans	105	20,6	4,5	
	Lisans	124	20,4	4,3	
	Ön lisans	27	22,4	4,5	
	Ortaokul	47	22,5	5,3	
	İlkokul	20	22,8	5,4	
Kendilik değeri varsayımı	Doktora/Uzman	29	18,8	3,0	0,032
	Yüksek lisans	105	17,2	3,6	
	Lisans	124	17,1	3,4	
	Ön lisans	27	16,6	3,6	
	Ortaokul	47	17,9	3,7	
	İlkokul	20	19,2	4,8	
Kontrol varsayımı	Doktora/Uzman	29	11,7	2,9	0,027
	Yüksek lisans	105	11,3	2,5	
	Lisans	124	11,9	2,9	
	Ön lisans	27	11,6	2,7	
	Ortaokul	47	12,9	3,7	
	İlkokul	20	12,9	4,1	

*Tek yönlü anova testi

Öğrenim durumlarının alt varsayımlarla yapılan posthoc analizlerinde; yüksek lisans mezunlarının iyilik varsayımları; ortaokul ve ilkokul mezunlarına göre olumsuz bulunmuştur. Lisans mezunlarının iyilik varsayımı ilkokul mezunlarına göre daha olumsuzdur. Yüksek lisans mezunlarının adalet varsayımları ortaokul ve ilkokul mezunlarına göre daha olumsuz bulunmuşken, lisans mezunlarının adalet varsayımları ilkokul mezunlarına göre daha olumsuzdur ($p<0,05$). Öğrenim durumları ve alt varsayımlar arasındaki diğer analizlerde önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların medeni durumu ve İTSÖ puanları ilişkisiz iken ($p>0,05$), DİVÖ puanları farklı bulunmuştur ($p= 0,003$). Yapılan analizler evli bireylerin puanlarının bekar bireylere göre daha olumlu olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 19).

Tablo 19. İTSÖ ve DİVÖ Puanlarının Medeni Durum ile İlişkisi

Ölçekler	**Medeni Durum**	**sayı (n)**	**Ortalama ± SS**	**p**
İTSÖ	Bekar Evli	218 133	44,0 ± 11,9 41,5 ± 11,6	0,052
	Toplam	351		
DİVÖ	Bekar Evli	218 133	113,2 ± 17,9 119,2 ± 18,5	0,003
	Toplam	351		

*Student t

Çocuk sahibi olma ile ölçek puanları ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların 97'si çocuk sahibidir ve bu grubun ortalama İTSÖ puanı 40,5 ± 12,5'tir. Çocuk sahibi olmayan 255 katılımcının İTSÖ puan ortalaması ise 44,1 ± 11,4 olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,011$). Çalışmanın çocuk sahibi olma durumuna göre DİVÖ ölçeği ile ilişkisi incelendiğinde ise; çocuk sahibi olan katılımcıların DİVÖ toplam puan ortalaması 122,3 ± 19,3 iken, çocuk sahibi olmayanların puan ortalaması 112,8 ± 17,4 biçiminde önemli düzeyde farklıdır ($p<o.o5$), (Tablo 20).

Tablo 20. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu İle İlişkisi

Ölçekler	Çocuk sahibi	Sayı	Ortalama ± SS	P
İTSÖ	Var	97	40,5 ± 12,5	0,011
	Yok	255	44,1 ± 11,4	
	Toplam	352		
DİVÖ	Var	97	122,3 ± 19,3	0,002
	Yok	255	112,8 ± 17,4	
	Toplam	352		

*Student t

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarının DİVÖ alt puanlara etkisi incelendiğinde; çocuk sahibi olma durumuyla iyilik, adalet ve şans varsayımı arasında anlamlı ilişki saptanmışken ($p<0,05$), rastlantısallık, kendilik değeri ve kontrol varsayımı çocuk sahibi olmayla ilişkisiz bulunmuştur ($p > 0,05$), (Tablo 21)

Tablo 21. DİVÖ Alt varsayımları ile çocuk sahibi olma durumu

Ölçekler	Çocuk sahibi	Sayı (n)	Ortalama (x)	Standart sapma	P
İyilik varsayımı	Var	97	24,4	±6,4	0,000
	Yok	255	20,8	±6,5	
Adalet varsayımı	Var	97	31,5	±7,2	0,000
	Yok	255	28,4	±6,8	
Şans varsayımı	Var	97	15,2	±4,6	0,008
	Yok	255	13,7	±4,7	
Rastlantısallık varsayımı	Var	97	21,2	±5,1	0,673
	Yok	255	20,9	±4,4	
Kendilik değeri varsayımı	Var	97	17,9	±3,9	0,138
	Yok	255	17,3	±3,5	
Kontrol varsayımı	Var	97	12,2	±3,3	0,252
	Yok	255	11,8	±2,9	

*Student t

Çalışmaya katılan katılımcıların toplam hane geliri ortalama 10 250 ± 85 778 TL'dir. Bu soruyu 300 katılımcı yanıtlamış olup 52 katılımcı soruyu boş bırakmıştır. Toplam hane geliri

ile İTSÖ puanı arasında ters yönde zayıf ilişki vardır (r= -0.14; p=0.015). DİVÖ ile anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p: 0.109).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 46'sı dm, ht, otoimmün vb. kronik hastalıklarından en az birine sahip olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalık sahip olup olmama durumunun İTSÖ ve DİVÖ puanlarına etkisi incelenmiş, önemli bir ilişki bulunmamıştır (p>=0,05), (Tablo 22).

Tablo 22. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının kronik hastalık olma durumu ile ilişkisi

Ölçekler	**Kronik hastalık varlığı**	**Sayı**	**Ortalama** ± SS	**P**
İTSÖ	**Var** (dm, ht, otoimmün hast. vb.	46	43,9 ± 13,6	0,614
	Yok	306	42,9 ± 11,6	
	Toplam	**352**		
DİVÖ	**Var** (dm, ht, otoimmün hast. vb.	46	115,8 ± 20,6	0,877
	Yok	306	115,4 ± 18,1	
	Toplam	**352**		

Ht: Hipertansiyon **Dm:** Diyabet **Hast:** Hastalık **Vb:** Ve benzeri

*Student t

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 310'u COVID-19 hastasına bakmıştır. COVID-19 hastasına bakan sağlık çalışanlarının İTSÖ toplam puan ortalamaları 43,6 ± 11,6 bakmayanların puan ortalaması ise 39,7 ± 12,6'dır ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur (p: 0,045). COVID-19 hastası bakan sağlık çalışanlarının DİVÖ puan ortalamaları 115,4 ± 18,4 bakmayanların DİVÖ toplam puan ortalamaları ise 115,8 ± 18,8'dir ve puan ortalamaları benzerdir (p=0,896), (Tablo 23).

Tablo 23. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının COVID-19 hastasına bakma durumu ile ilişkisi

Ölçekler	**COVID-19 hastasına bakma durumu**	**sayı (n)**	**Ortalama (x)**	**Standart sapma**	**p**
İTSÖ	Evet	310	43,6	± 11,6	0,045
	Hayır	42	39,7	± 12,6	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	310	115,4	±18,4	0,896
	Hayır	42	115,7	±18,8	
	Toplam	352			

*Student t

Katılımcıların aile ile yaşama ve ölçeklerden aldıkları puan arasındaki ilişkiye bakılmış; İTSÖ puanı ile anlamsız (p=0,111), DİVÖ puanı ile istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,002), (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların aile ile birlikte yaşama durumuna göre İTSÖ ve DİVÖ ilişkisinin student t testi analizi

Ölçekler	Aile ile Birlikte Yaşama Durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	Standart sapma	p
İTSÖ	Yalnız	143	44,31	±11,592	0,111
	Aile ile birlikte	209	42,26	±11,91	
	Toplam	352			
DİVÖ	Yalnız	143	111,74	±17,044	0,002
	Aile ile birlikte	209	117,92	±18,878	
	Toplam	352			

Katılımcıların 65 yaş üstü bireyle aynı hane içinde yaşama durumları ile ölçeklerden aldıkları puan ilişkisine bakılmış, alınan puanlar benzer bulunmuştur (p>0,05), (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların 65 yaş üstü bireyle birlikte yaşama durumu student t testi analizi

Ölçekler	65 Yaş üst bireyle yaşama durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	P
İTSÖ	Evet	31	45,71	±15,186	0,313
	Hayır	321	42,84	±11,427	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	31	114,26	±18,35	0,715
	Hayır	321	115,52	±18,411	
	Toplam	352			

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından n:171 kişi COVID-19 hastalığını geçirmiştir. COVID-19 hastalığı geçiren sağlık çalışanlarının İTSÖ toplam puan ortalamaları 43,2 ± 11,4 geçirmeyenlerin toplam puan ortalamaları ise 43,0 ±12,2 olarak bulunmuş aralarında istatiksel yönden önemli bir ilişki bulunmamıştır (p:0,914). COVID-19 hastalığı geçiren sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalamaları 115,7 ± 17,6 olarak bulunmuştur. COVID-19 hastalığı geçirmeyen sağlık çalışanlarının DİVÖ puan ortalamaları ise 115,1 ± 19,2'dir ve puanlar benzerdir (p=0,752), (Tablo 26).

Tablo 26. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının COVID-19 hastalığını geçirme durumu ile ilişkisi

Ölçekler	COVID-19 hastalığını geçirme durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	Standart sapma	P
İTSÖ	Evet	171	43,16	±11,418	0,914
	Hayır	181	43,03	±12,196	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	171	115,73	±17,554	0,752
	Hayır	181	115,11	±19,178	
	Toplam	352			

*Student t

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ailesindeki bireylerden birinin COVID-19 nedeniyle vefat etme durumuna bakılarak ölçek arasında aldıkları puan ve aralarındaki ilişki incelenmiştir. Ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat eden n: 47 sağlık çalışanının İTSÖ toplam puan ortalamaları 45,7 ± 12,8, ailesinde vefat olmayanların toplam puan ortalamaları ise 42,8 ± 11,5'dir ve puanlar benzerdir (p=0,106). Ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat olan sağlık çalışanlarının (n:47) İTSÖ toplam puan ortalaması 118,7 ± 19,2 ailesinde vefat olmayan sağlık çalışanlarının (n:304) DİVÖ toplam puan ortalaması ise 114,7 ± 18,0'dır ve aradaki fark önemsizdir (p=162), (Tablo 27).

Tablo 27. İTSÖ ve DİVÖ Puanlarının COVID-19 nedeniyle ailede vefat eden birey Olma durumunun İTSÖ ve DİVÖ puanlarıyla ilişkisi

Ölçekler	COVID-19 nedeniyle ailede vefat	Sayı (n)	Ortalama (x)	Standart sapma	p
İTSÖ	Var	47	45,74	±12,759	0,106
	Yok	304	42,77	±11,548	
	Toplam	351			
DİVÖ	Var	47	118,72	±19,165	0,162
	Yok	304	114,73	±18,021	
	Toplam	351			

*Student t

Katılımcıların yakınlarının yoğun bakım ünitesinde tedavi görme/görmeme durumlarına göre İTSÖ ve DİVÖ ölçek puanları incelenmiştir. On yedi katılımcının birinci derece yakınları (anne, baba, kardeş, eş, çocuk vb.) COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda tedavi görmüştür. Katılımcıların 37'sinin ise ikinci/üçüncü derece yakını (yakın akraba, arkadaş vb) COVID-19

nedeniyle yoğun bakımda ünitesinde tedavi görmüştür. Birinci derece akrabası yoğun bakımda tedavi gören çalışanların İTSÖ toplam puan ortalaması 43,2 ± 12,7, DİVÖ toplam ortalaması 124,5 ± 19,9'dur. Yoğun bakımda yatarak tedavi gören ikinci/üçüncü derece akrabaya sahip (n:37) sağlık çalışanının İTSÖ toplam puan ortalaması 43,5 ± 12,5, DİVÖ toplam puan ortalaması ise 119,3±20,0'dır. Yakınları ybü tedavisi almamış sağlık çalışanlarının İTSÖ toplam puan ortalaması 43,0 ± 11,7, DİVÖ toplam puan ortalaması 114,4 ± 17,9 olarak hesaplanmıştır. Her iki ölçekten alınan toplam puanlar tüm değişkenler bakımından irdelenmiş ve istatistiksel bakımdan ilişkisiz bulunmuştur (p>0.05).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının n:293 kişi COVID-19 aşısı olmuş veya olmayı düşünmekte, n:59 kişi COVID-19 aşısı olmak istememektedir. COVID-19 aşısı olmuş veya olmayı düşünen sağlık çalışanlarının İTSÖ toplam puan ortalaması 42,9 ± 11,9, aşı olmayan ve olmayı düşünmeyenlerin İTSÖ toplam puan ortalaması 43,8 ± 11,0'dır ve aralarında önemli bir fark bulunmamıştır (p=0,625). COVID-19 aşısı olmuş/olmayı düşünen katılımcıların DİVÖ toplam puan ortalaması 115,5 ± 18,6, olmamış veya olmayı düşünmeyenlerin DİVÖ toplam puan ortalaması ise 114,9 ± 17,4 olarak bulunmuştur ve puanlar arasında önemli bir fark bulunmamıştır (p = 0,556), (Tablo 28).

Tablo 28. İTSÖ Ve DİVÖ Puanları ile COVID-19 aşısı yaptırma durumunun student t testi analizi

Ölçekler	COVID-19 aşısı yaptırmış olma veya olmayı düşünme	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	P
İTSÖ	Evet	293	42,96	±11,976	0,625
	Hayır	59	43,78	±11,005	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	293	115,51	±18,6	0,833
	Hayır	59	114,95	±17,41	
	Toplam	352			

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinde rutin çalıştığı görev alanı dışında farklı bir alanda (rutin çalıştığı klinikten farklı bir klinik veya çalıştığı hastane dışında farklı bir sağlık kurumunda) görevlendirilip görevlendirilmeme durumu sorulmuştur. Katılımcılardan n:129 kişi pandemi sürecinde farklı bir alan görevlendirilmesi yaşadığını belirtmiştir. Farklı bir alanda görevlendirme almayan (n:129) sağlık çalışanının İTSÖ toplam puan ortalaması 41,5 ± 10,9, farklı bir alanda görevlendirilen sağlık çalışanlarının (n:223) İTSÖ

toplam puan ortalaması ise 44,0 ± 12,2 olarak bulunmuştur. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir (p=0,047). Pandemi sürecinde farklı bir görevlendirme yaşamış sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalaması 115,8 ± 19,6, pandemi sürecinde farklı bir alanda görevlendirme almamış sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalaması 115,2 ± 17,7 olarak bulunmuş aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,751), (Tablo 29).

Tablo 29. İTSÖ ve DİVÖ Puanları ile pandemide farklı bir alanda görevlendirilme ilişkisi

Ölçekler	Pandemide farklı bir alanda görevlendirilme	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	p
İTSÖ	Evet	223	44,04	±12,204	0,047
	Hayır	129	41,45	±10,942	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	223	115,17	±17,701	0,751
	Hayır	129	115,82	±19,571	
	Toplam	352			

*Student t

Pandemi sürecinde COVID-19 hastasına bakan veya bakmayan sağlık çalışanlarının bu süreçte ruhsal destek alıp almadığı da sorgulanmıştır. Katılımcılardan 24'ü pandemi sürecinde profesyonel ruhsal destek aldığını belirtmiştir. Ruhsal destek alan sağlık çalışanlarının İTSÖ puan ortalaması 43,4 ± 13,9, ruhsal destek almayan sağlık çalışanlarının İTSÖ toplam puan ortalaması ise 43,1 ± 11,7 olarak bulunmuş, aralarında önemli bir ilişki bulunmamıştır (p=0,904). Pandemi sürecinde ruhsal destek alan sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalaması 121,5 ± 21,4, ruhsal destek almayan sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalaması 114,9 ± 18,1 olarak hesaplanmış, aralarında istatiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır (p=0,095), (Tablo 30).

Tablo 30. İTSÖ ve DİVÖ Puanları İle Pandemide Ruhsal Destek Alıp Almama Durumu

Ölçekler	Pandemide ruhsal destek alıp almama durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	p
İTSÖ	Evet	24	43,38	±13,928	0,904
	Hayır	328	43,07	±11,662	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	24	121,46	±21,446	0,095
	Hayır	328	114,97	±18,098	
	Toplam	352			

*Student t

Katılımcıların COVID-19 pandemisinde ruhsal destek almak isteme durumu incelenmiş çalışmaya katılan 352 sağlık çalışanının n:322'si ruhsal destek almayı istediğini, n:30 sağlık çalışanının ise pandemi sürecinde ruhsal destek almak istemediklerini dile getirmiştir. Ruhsal destek almayı isteme ve istememe durumu İTSÖ ve DİVÖ puanlarını etkilememiştir (p>0,05), (Tablo 31).

Tablo 31. İTSÖ ve DİVÖ Puanları ile ruhsal desteği gerekli görme durumu

Ölçekler	Pandemide ruhsal destek almayı gerekli görme durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	p
İTSÖ	Evet	322	43,26	±11,788	0,394
	Hayır	30	41,33	±12,081	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	322	115,29	±18,437	0,674
	Hayır	30	116,77	±18,047	
	Toplam	352			

*Student t

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 nedeniyle çalışma arkadaşlarından vefat eden kişi veya kişiler olma durumu incelenmiş, 65 kişi COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışma arkadaşının vefat ettiğini belirtmiştir. Covid-19 nedeniyle çalışma arkadaş kaybı yaşayan kişilerin İTSÖ toplam puan ortalaması 45,0 ± 12,3, çalışmaya arkadaşı vefat etmeyen kişilerin (n:287) İTSÖ toplam puan ortalaması 42,7 ± 11,7 olarak hesaplanmış, aralarında istatiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (p=0,143). Pandemi sürecinde COVID-19

nedeniyle arkadaş kaybı yaşayan sağlık çalışanlarının DİVÖ toplam puan ortalamaları 125,4 ± 20,4, kayıp yaşamayanların DİVÖ toplam puan ortalaması 113,2 ± 17,1 olarak hesaplanmıştır ve aralarındaki fark istatiksel olarak önemlidir (p<0,05), (Tablo 32).

Tablo 32. Çalışma arkadaşının vefat etme durumunun İTSÖ ve DİVÖ puanlarına etkisi

Ölçekler	Çalışma arkadaşının pandemide vefat etme durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	p
İTSÖ	Evet	65	45,03	±12,255	0,143
	Hayır	287	42,66	±11,682	
	Toplam	352			
DİVÖ	Evet	65	125,4	±20,422	0,000
	Hayır	287	113,15	±17,135	
	Toplam	352			

*Student t

Katılımcıların çalışma arkadaşlarının vefat etme durumu ile DİVÖ ölçeğinden aldıkları alt puanlar irdelendiğinde; iyilik, adalet şans, rastlantısallık ve kontrol varsayımları arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki (p< 0,05), kendilik değeri varsayımı ile arasında anlamsız bir ilişki bulunmuştur (p>0,05), (Tablo 33).

Tablo 33. DİVÖ Alt varsayım puanları ile çalışma arkadaşının vefat etme durumunun student t testi analizi

Ölçekler	Çalışma arkadaşının pandemide vefat etme durumu	sayı (n)	Ortalama (x)	standart sapma	p
İyilik varsayımı	Evet	65	24,62	±7,028	0,000
	Hayır	287	21,18	±6,396	
Adalet varsayımı	Evet	65	32,37	±7,656	0,000
	Hayır	287	28,49	±6,709	
Şans varsayımı	Evet	65	15,94	±4,949	0,000
	Hayır	287	13,66	±4,566	
Rastlantısallık varsayımı	Evet	65	22,14	±5,117	0,026
	Hayır	287	20,72	±4,463	
Kendilik değeri varsayımı	Evet	65	17,31	±4,246	0,755
	Hayır	287	17,48	±3,48	
Kontrol varsayımı	Evet	65	13,03	±3,25	0,001
	Hayır	287	11,61	±2,919	

TARTIŞMA

Bu çalışmada COVID-19 pandemisinde önemli bir hasta popülasyonuna hizmet veren 3. Basamak kamu hastanesi kurumunda görev alan sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin ve dünyaya ilişkin varsayımlarının sosyodemografik ve bazı diğer değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada kullanılan iki ölçek arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r=-0,183 p=0.001). Katılımcıların dünyaya ilişkin varsayımları olumlu yönde oldukça ikincil travmatik stres düzeyleri istatiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır($p<0,05$).

Çalışmamızda yapılan İTSÖ analizlerinde toplam ortalama puan 43,1 ± 11,8 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından alınan toplam puan ortalamaları incelendiğinde; kaçınma ($\bar{x}$= 18,3 ± 5,3), duygusal ihlal ($\bar{x}$= 11,6 ± 4,0), uyarılma ($\bar{x}$= 13,7 ± 4,8) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının en yüksek puanı sırasıyla kaçınma, uyarılma, duygusal ihlalden aldıkları belirlenmiştir. Kaçınma; travmaya uğramış kişilerin bazılarıyla çalışmak istememe, travmatik yaşantıların hatırlatıcılarından uzak durmak gibi belirtileri açıklamaktadır. Uyarılmışlık; kötü bir şeyler olacakmış duygusuna kapılma, abartılı tepkiler verme, uyku düzeninde bozulma gibi belirtileri ifade etmektedir. Duygusal ihlal yeniden yaşantılamayı belirtmektedir. Travmatik yaşantılanma ile ilişkili sahnelerin akla gelmesini, araya giren düşüncelerle tekrar tekrar hatırlanmasını ifade etmektedir. Katılımcıların İTSÖ ölçeğinden aldıkları alt puanlara bakıldığında kaçınma duygusunu daha fazla yaşadıkları görülmektedir. Türkiye'de afet alanında çalışmış 190 profesyonel ile yapılmış bir çalışmada, afet alanında görev almış profesyonellerde İTSÖ alt boyutlarından uyarılmışlık boyutunun ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur (25). Bu çalışma kızılay, 112, arama-kurtarma dernek gönüllüleri gibi profesyonellerle yürütülmüştür. Covid-19 pandemisi de afet olarak kabul

edilmektedir. Bizim çalışmamızın bulgularına göre de sağlık çalışanlarının COVID-19 hastaları gibi travmatik yaşantı oluşturabilecek durumlardan kaçındığı, tekrar aynı yaşantıyı yaşamak istemediği, hatırlatıcılardan uzak durmaya çalıştığı söylenebilir.

Katılımcıların meslekte toplam çalışma yılı ve İTSÖ'den alınan toplam puanlar incelendiğinde İTSÖ ile çalışma yılı arasında ters yönde ilişki bulunmuştur (r: -0,128, p: 0,016). Pak ve arkadaşları tarafından (18) yılında acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için yapılan bir çalışmada ikincil travmatik stres ve meslekte toplam çalışma yılı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Adı geçen çalışmada acil serviste 20 yıl ve üzerinde çalışanlarda ikincil travmatik stres toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gönüllü ve profesyonel yardım çalışanları ile yapılan başka bir araştırmada (71), 1-5 yıl arasında deneyimi olan meslek elemanlarının 11-15 yıl deneyimi olanlara göre daha düşük ikincil travmatik stres yaşadığı saptanmıştır. Fakat aynı araştırmada 21-25 yıl çalışan kişilerin İTSÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 1-5 yıl'a göre daha düşüktür. Bu sonuç COVID-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanları ile örtüşmemektedir. Psikososyal hizmet alanında önleyici, koruyucu ve yardım edici hizmet sunan çalışanlar ile yapılan başka bir araştırmada, deneyim süreleri uzadıkça ikincil travmatik stres yaşama yönüyle daha az risk taşıdıkları değerlendirilmektedir (72). Acil tıp çalışanları ile yapılan ruhsal travma çalışmasında mesleki tecrübenin artmasının koruyucu yönü incelenmiştir (73). Bu sonuç COVID-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanları ile yapılan araştırmamızla örtüşmektedir. Pandemide görev alan sağlık çalışanlarının tecrübe yılları arttıkça süreci yönetebilme, başa çıkabilme becerileri artmaktadır. Mesleki deneyim ve İTSÖ arasındaki ilişkilerin incelenmesi için farklı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda İTSÖ ölçeği ve cinsiyet arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların İTSÖ ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksektir ve erkeklere göre ikincil travmatik stres belirtilerini daha çok göstermektedirler. Kahil (71) tarafından 2016 yılında yapılan araştırmada cinsiyet ve İTSÖ ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bunun yanında kadınların erkeklere göre daha çok ikincil travmatik stres yaşadığı ile ilgili dört çalışma bulunmaktadır (74-77). Bu araştırmaların bütününde örneklem grubunu acil servis çalışanları ve sağlık çalışanları oluşturmuştur. Cinsiyet farkı ile İTSÖ arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya koyan dört araştırma daha bulunmaktadır (18,78-80).

Çalışmamızda İTSÖ ile sağlık çalışanlarının yaşları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:-0.11 p:0.03). Katılımcıların yaşları arttıkça İTSÖ'den aldıkları puan düşmektedir. Bu sonuç, deneyim yılı ile düşünüldüğünde birbiriyle örtüşmekte, kişinin yaşam

tecrübesi arttıkça olaylara karşı ruhsal olarak kendini daha iyi savunabileceğini düşündürmektedir. Çoğunluğu sosyolog ve psikologlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada (81) İTSÖ ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda meslek grupları ve İTSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Baran (81) tarafından 2020 yılında yapılan araştırmada da meslek grupları ve İTSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan farklı çalışmalarda ise bu sonuçlar değişkenlik göstermiştir. Acil serviste çalışanları; poliklinik çalışanlarına oranla (74), psikologlar; avukat ve sosyal hizmet uzmanlarına oranla (80), psikologlar; avukatlara oranla (82), psikiyatristler; pedagoglar, gönüllüler ve stajyerlere oranla (83), gönüllü çalışanlar profesyonel çalışanlara göre (71) istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşük ikincil travmatik stres deneyimlemektedirler.

Bulgularımızda öğrenim durumu ve İTSÖ ölçek puanı arasında önemli ilişki bulunmuştur. Öğrenim durumu yükseldikçe ikincil travmatik stres yaşantılanma belirtileri azalmaktadır. Yapılan farklı çalışmalarda (81) öğrenim durumu ve İTSÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan katılımcılardan çocuk sahibi olanların İTSÖ ölçek puanları olmayanlara oranla daha düşüktür. Çocuk sahibi olmak stresli bir sorumluluk gibi görünse de, kişileri hayata anlamlı şekilde bağlayacak unsurlar olarak görülmektedir. Türkiye'de çocuk sahibi olmakla ilgili yapılan bilimsel bir çalışmada çocuk sahibi olmanın mutlulukla pozitif yönde ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Ancak bu durumun Avrupa ve Amerika'da tam tersi olduğu belirtilmiştir (84). İTSÖ ölçeği kullanılarak sosyal hizmet kurumlarında bakım veren personelle yürütülmüş bir çalışmada çocuk sahibi olan ve olmayan kişilerin İTSÖ ölçek puanları ilişkili bulunmuştur (85). Bizim araştırmamıza göre ise sonuç ters ilişkilidir, çocuk sahibi olanlarda İTSÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise çocuk sahibi olma ve İTSÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (18). COVID-19 tükenmişliğinin araştırıldığı bir çalışmada çocuk sahibi olanların olmayanlara oranla daha az tükenmişlik yaşadığı bulgusu çalışmamızla örtüşmektedir (86). Sağlık çalışanlarında çocuk sahibi olma ve ikincil travma arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına toplam hane geliri sorulmuş, toplam hane geliri ile İTSÖ arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur (r: -0.14. p:0.015). Gelir düzeyi artan sağlık çalışanlarının ikincil travma yaşantılaması daha düşüktür. Çalışma İstanbul'da yürütülmüştür, İstanbul yaşam koşulları pahalı olarak görülen metropol şehirler arasındadır bu durum yaşam koşullarını etkilemektedir. Yapılan başka bir çalışmada da gelir düzeyi arttıkça

ikincil travmanın görülme durumunun azaldığı bulunmuştur (87). İkincil travma ve gelir düzeyi ile ilgili çalışma sayısı azdır, bu nedenle farklı çalışmalara ihtiyaç vardır.

COVID-19 pandemisinde kronik hastalığı olan bireyler riskli gruba alınmıştır, Türkiye'de sağlık çalışanları kronik hastalık varlığında bile belirli sürelerde alanda görev yapmışlardır. Bu durumun ikincil travma üzerindeki etkisi yordanmak istenmiştir. Çalışmaya katılanlardan 46'sı kronik bir hastalığa sahiptir. Çalışmamızda İTSÖ puanı ve kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde COVID-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanları arasında kronik hastalığa sahip olanların ikincil travmatik stres düzeylerinin incelendiği bir araştırma bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 88'i COVID-19 hastasına hizmet vermiş, bu durum ikincil travmatik stres ile ilişki bulunmuştur. COVID-19 hastasına hizmet veren sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de yapılan farklı bir çalışmada COVID-19 pandemisinde hastalara hizmet vermiş sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (88). Sağlık çalışanları pandemi sürecinde tüm dünyada göz önünde olmuş, yaşadıkları sorunlar göz önüne serilmiştir. Dünyanın ilk defa karşılaştığı COVID-19 pandemisinde bu hastalara hizmet vermek onların yaşadıkları travmaya şahit olmak sağlık çalışanlarında olumsuz etkilenime neden olmuştur.

Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığı geçirme durumuna göre İTSÖ ilişkisi incelenmiş aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Polat (88) tarafından yapılan farklı bir çalışmada ise İTSÖ ve Covid-19 hastalığı geçirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sevgi duyulan birinin COVID-19 ile vefat etmesiyle ne yazık ki cenazeye katılımdaki kısıtlamalar, evde taziye kabul edememe durumu, kültürel ve dini ritüellerin gerçekleştirilemiyor olmasının yas tepkilerinin artmasına yol açabileceği düşünülmektedir (89). COVID-19 pandemisinde ülke genelinde bu kısıtlamalar yapılmak durumunda kalınmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %13,4'nün ailesinde covid-19 nedeniyle vefat yaşanmıştır. Bu durum İTSÖ ölçeği ile ilişkilendirilmiş aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Litaratürde COVID-19 pandemisinde yas süreci ile ilgili çalışmalar yapılmış olmuş sağlık çalışanlarında ikincil travma ile ilişkilendirilmiş çalışmalara rastlanmamıştır.

Katılımcıların %83,2 COVID-19 aşısı olmuş veya araştırmanın yapıldığı dönemde olmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Çalışanların %16,8'i ise COVID-19 aşısını çeşitli nedenlerle yaptırmak istemediklerini belirtmişlerdir. Aşı olmak istemeyen 55 katılımcının 25'i

aşı olmak istememe nedenini aşıya güvenmedikleri gerekçesi ile yanıtlamışlardır. COVID-19 aşısı dünyada ve ülkemizde çeşitli tartışmalara neden olmuş, bu dönemde aşı karşıtı gruplar oluşmuştur. Pandemide görev alan sağlık çalışanlarının azami bir kısmında da bu tutum görülmektedir. Bu tutum ile İTSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde de böyle bir ilişkinin incelendiği araştırma bulunmamıştır.

Araştırmanın evrenini oluşturan Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir hastanesinde pandemi döneminin başlangıcı ile birlikte sağlık çalışanları farklı alanlara görevlendirilmişlerdir. Örneğin; kadın doğum hekimi, cerrahi hemşireleri, poliklinik personelleri gibi farklı meslek grupları COVID-19 servisi, COVID-19 acil servisi, COVID-19 yoğun bakımı gibi ünitelerde çalışmışlardır. Bazı çalışanlar farklı kurumlara görevlendirilmişlerdir. Çalışanların uzman oldukları veya işleyişini daha iyi bildikleri alan dışında farklı bir alanda görevlendirilme durumu İTSÖ ölçeğinden aldıkları puanı etkilemiştir. Çalışanlar aitlik duygusu hissettikleri, alana hakim oldukları, profesyonel bilgi ve tecrübelerini rutinde kullandıkları kurum ya da birim dışında bir başka alanda görevlendirildiklerinde olumsuz etkilenmişlerdir. Literatürde bu bilgiyi destekleyen inceleyen farklı bir araştırma bulunamamıştır.

Çalışmanın evrenini temsil eden katılımcıların %6,8 profesyonel ruhsal destek almış %91,5'de pandemi sürecinde ruhsal destek almayı gerekli gördüğünü belirtmiştir. Çeşitli makalelerde pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ruhsal yönden desteklenmesinin ikincil travma gibi ruhsal sorunlardan korumaya yönelik iyi uygulamalar olacağından bahsedilmektedir (90,91).

Pandemi döneminde Türkiye'de ve Dünyada COVID-19 nedeniyle pek çok sağlık çalışanı yaşamını kaybetmiştir. Toplumun sağlığını iyileştirebilmek ve koruyabilmek için hayatlarını kaybeden hekim, hemşire, temizlik ve güvenlik personeli olmuştur. Çalışmanın evrenini oluşturan İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hastanesinde pandemi döneminde COVID-19 hastalığı nedeniyle 1 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. Çalışmanın evrenini temsil eden sağlık çalışanlarına çalışma arkadaşının vefat etme durumu sorulmuş katılımcıların %18,5'u herhangi bir çalışma arkadaşının vefat ettiğini belirtmiştir. Çalışma arkadaşının vefat etme durumu ve İTSÖ puanını etkilememiştir.

Pandemi döneminde sağlık çalışanları ailelerine virüs bulaştırma riski taşımışlardır. Medyaya da yansıyan görüntülerde sağlık çalışanları aileleri ile mesafeli ilişkiler kurmak durumunda kalmışlardır. Çalışmamızda aile ile birlikte yaşayan sağlık çalışanlarının yalnız yaşayan sağlık çalışanlarına oranla İTSÖ'den aldıkları toplam puan istatiksel olarak farklılık

göstermemiştir. Pandemi döneminde yurt dışında yapılmış farklı çalışmalarda aile ile yaşayan kişilerin kendilerini ve ailelerini güvende hissetmiyor oluşlarının travmatize edici olabileceğinden bahsedilmektedir (92). Amerika'da genç yetişkinler üzerine yürütülen bir başka çalışmada ise COVID-19 döneminde yalnızlığın yüksek travmatik stres bozukluğu belirtileri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (93).

Travma mağdurları ile yapılan çalışmalarda, insanın doğuştan sahip olduğu varsayımlara göre davrandığı ve travmatik yaşantılar ile bu varsayımlarında değişimler olduğu belirtilmektedir (8). Janoff-Bulman (50,51), 'Temel Varsayımlar Modeli' bu durumu açıklamak için geliştirilmiştir. Bu çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının pandemi döneminde varsayımlarının ne yönde değiştiği de incelenmiştir. Katılımcılar DİVÖ ölçeğinden toplam ortalama 115,4 ± 18,4 puan almıştır. DİVÖ ölçeği 6 alt varsayımdan oluşmaktadır, Bunlar; iyilik varsayımı ($\bar{x}$= 21,8 ± 6,6), adalet varsayımı ($\bar{x}$= 29,2 ± 7,0), şans varsayımı ($\bar{x}$=14,1 ± 4,7), rastlantısallık varsayımı ($\bar{x}$= 20,9 ± 4,6), kendilik değeri varsayımı ($\bar{x}$= 17,5 ± 3,6), kontrol edilebilirlik varsayımıdır ($\bar{x}$=11,9 ± 3,0).

Bu çalışma için dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği kullanılmıştır (8). Çalışmamızda ölçek toplam puanları cinsiyet ile ilişki bulunmuştur. Erkeklerin dünyaya ilişkin varsayımları daha olumludur. Alt varsayımlara bakıldığında kadınların iyilik ve adalet varsayımlarının erkeklere göre olumsuz olduğu görülmüştür. Dünyanın iyiliği ve adalet varsayımlarının kadınlarda daha olumsuz belirlenmesinin Dünyada ve Türkiye'de kadının yerinin hala olumsuz olduğu kanıları, kadınların uğradığı şiddet, karşılaştıkları güçlükler ve ataerkil toplum şekillenmesi ile ilişkili olabilir. Araştırmamızda kadınlar erkeklere göre daha çok ikincil travma belirtileri göstermiştir ve bu durum dünyaya ilişkin olumsuz varsayımlarla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. DİVÖ ile yapılan başka bir çalışmada cinsiyet ve ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (95).

Çalışmamızda yer alan meslek grupları; Uzman hekim, asistan hekim, pratisyen hekim, hemşire, eczacı, temizlik personeli ve klinik destek personelidir. Bu çalışmada temizlik personeli ve klinik destek personelinin yer alması, çalışmayı diğer COVID-19 ve sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalardan ayıran yönlerinden bir tanesidir. Literatür tarandığında sağlık çalışanları hekim ve hemşire olarak çoğunlukla kısıtlanmış, pandemide görev alan diğer yardımcı meslek grupları konu dışına tutulmuştur. Fakat temizlik personelleri ve klinik destek (hasta bakımına yardımcı) personelleri de COVID-19 hastaları ile çalışmış, onların oda temizliği, malzeme ve cihaz temizliği, hemşireye hasta bakımında yardımcı olma gibi riskli görevlerde bulunmuşlardır. Çalışmamızda meslek grupları ve DİVÖ arasında istatiksel olarak

anlamlı ilişki bulunmuştur. Temizlik personelinin DİVÖ ölçek puanı; asistan hekimlerden, pratisyen hekimlerden ve hemşirelerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Temizlik personellerinin dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu yönde bulunmuştur. Alt grup analizlerde de yine temizlik personellerinin iyilik, adalet ve kontrol edilebilirlik varsayımları asistan hekimlerden, pratisyen hekimlerden ve hemşirelerden daha olumlu bulunmuştur.

Dünyaya ilişkin varsayımların sağlık çalışanlarında toplam çalışma yılı ile ilişkisi incelenmiş aralarında pozitif yönde önemli ilişki bulunmuştur. Çalışanların mesleki tecrübeleri arttıkça varsayımları olumlu yönde şekillenmiştir. Çalışanların mesleki tecrübeleri artarken aynı zamanda yaşam deneyimi de artmakta bu da olaylara daha ılımlı bakış açıların geliştirilmesine neden olabilmektedir. Literatürde konu ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Varsayımların alt boyutları incelendiğinde meslek yılı ile alt varsayımlar arasında da olumlu yönde ilişki bulunmuştur.

Dünyaya ilişkin varsayımlar yaş ile birlikte ele alındığında aralarında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonuç mesleki tecrübe yılı ile uyumludur. Yani, kişinin tecrübesi arttıkça yalnızca mesleki bilgi ve tecrübesi artmamış, hayat tecrübesi ve bakış açısı da beraberinde şekillenmiştir. Türkiye'de yapılan farklı bir çalışmada DİVÖ ölçeğinden alınan puanlar ile yaş bilgisi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (86). Fakat negatif yönde anlamlılık taşıyan bu çalışma sağlık çalışanları ile yapılmamıştır.

Çalışmamızda yer alan sağlık çalışanlarının öğrenim durumlarına göre dünyaya ilişkin varsayımları ve alt varsayımları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İyilik ve adalet varsayımları ilkokul ve ortaokul mezunu grupta yüksek lisans ve lisans mezunlarına göre daha olumlu bulunmuştur. Bu sonuçlar temizlik personellerinin varsayımlarının diğer meslek gruplarına göre daha olumlu olmasıyla benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi düştükçe varsayımlar olumlu olmaktadır.

Çalışmamızda katılan sağlık çalışanlarının medeni durumu ile dünyaya ilişkin varsayımlar arasındaki değişim incelendiğinde; evli kişilerin dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Evli bireylerin eşlerinden aldığı sosyal desteğin burada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada DİVÖ ile sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumları ilişki bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu bulunmuştur. Alt varsayım analizi yapıldığında iyilik, adalet ve şans varsayımı çocuk sahibi olanlarda daha olumludur. Çalışmamızda çocuk sahibi olan bireylerin hem ikincil travmatik stres düzeyleri

daha düşük bulunmuş hem de dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu bulunmuştur. Bu durum çocuk sahibi olmanın sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerinde koruyucu etkisini akla getirmektedir. Bahsedilen koruyuculuk ile bireylerin bakım vermeye dair var olan motivasyonlarının psikolojik sıkıntı karşısında koruyucu rol oynayabileceğinden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir (96).

Çalışmamızda toplam hane gelirinin DİVÖ ile ilişkisi bulunmamıştır. Literatürde konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bulunan çalışmalar çoğunlukla tükenmişlik ile ilişkilendirilmiş çalışmalardır. Bunların bir bölümü gelir düzeyi arttıkça kişide tükenmişlik duygusunun arttığını (97,98), bir bölümü ise gelir düzeyi düştükçe algılanan tükenmişliği arttığını ileri sürmektedir (99-101).

Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği ile sağlık çalışanlarının kronik bir hastalığa sahip olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde de kronik hastalığa sahip olma durumu ve varsayımların incelendiği araştırma bulunmamıştır.

Olumlu ruhsal değişim durumlarının sistematik olarak incelenmesi 1980 ve 1990'larda başlamıştır. Ölümcül hastalıkların etkilerinin incelediği bir araştırma (102) ve doğal afetlerin etkilerini ele alan başka bir araştırma, travma sonrası büyüme kavramı ile ilgili yapılan ilk araştırmalardır (103). 1980'lerin ortalarından başlayarak araştırmacılar; travma sonrası büyüme konusunda yas, kanser, kronik hastalıklar, kalp krizi, trafik kazaları, yangın ve cinsel istismar gibi çok çeşitli travmatik yaşantılara ilişkin çalışmalar yapmışlardır. Travma sonrası büyümeyi ölçme ve bu durumun farklı değişkenlerle ilişkileri konusundaki araştırmalar ise 1990'larda başlamıştır (103). Bu çalışmalar, travma sonrası büyüme durumunun pek çok olayın ardından çeşitli gruplardan bireylerde ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (104).

COVID-19 hastasına bakan ve bakmayan sağlık çalışanları arasında varsayımlar bakımından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Travma mağduriyeti sonrası kişilerin dünyaya ilişkin varsayımlarının olumsuz yönde değişimi ile ilgili çalışmalar mevcuttur (55). Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla doğrudan travma ile ilgilenmişlerdir. Yapılan bu çalışmalarda travma mağdurlarının iyileşme süreçlerinde daha az kırılgan yeni varsayımlar oluşturdukları görülmüştür. Matthews ve Marwit'e (65) göre travma mağduru bireylerle temel varsayımların çalışılması, kişilerin travma sonrası belirtilerini ve iyileşme süreçlerini anlamada önemli noktaları ortaya koyabilir. Bu çalışmada katılımcıların önceki varsayımları bilinmediği için pandeminin varsayımları nasıl şekillendirdiği değerlendirilememiştir. Ancak araştırmanın yürütüldüğü tarih itibariyle pandemi sürecinde ailesi ile birlikte yaşayan kişilerin

varsayımlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bu bulgu sağlık çalışanlarının yakınlarına COVID-19 bulaştırma korkusu taşısalar bile ailelerinden aldıkları destekten olumlu etkilendiklerini düşündürmektedir. Bu durum da kişilerin aldıkları sosyal desteklerinin ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisiyle açıklanabilir. Konu ile ilgili Türkiye'de yapılmış çalışmalarda da evli sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımlarının daha olumlu olduğu gösterilmiştir (105).

Katılımcıların %8,8'i aynı hanede sağlık bakımından risk grubu kabul edilen 65 yaş üstü bireyle yaşamaktadır. Pandemide özellikle yaşlı aile bireyleri olmak üzere yakınlarına covid-19 hastalığı taşıma kaygısının sağlık çalışanları açısından travmatik bir strese neden olup olmadığı değerlendirilmiş ve katılımcıların ikincil travmatik stres ve dünyaya ilişkin varsayımlarının 65 yaş üstü kişilerle aynı evde yaşamanın ilişkisi olmadığı anlaşılmıştır. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının mesleklerinin taşıdığı risklerin farkında oldukları biçiminde yorumlanabilir.

Bu çalışmada ortaya konulan diğer önemli bulgular da; yakınlarının COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi görmesi ve/veya COVID-19 nedeniyle yakınını kaybetmenin DİVÖ puanlarını etkilemediğidir. Literatür bu yönüyle değerlendirildiğinde; kişilerin kayıp yaşamalarının ardından yas sürecini atlatma biçimleri ruhsal açıdan önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar COVID-19 pandemisinde gerek yas ritüellerinin yerine getirilememesi gerekse sosyal desteğin alınamamasının neden olduğu "yeni normal" yaşam tarzının insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur (106).

Çalışmamızda öne çıkan bir diğer bulgu da COVID-19 aşısı yaptırma ya da yaptırmama davranışının dünyaya ilişkin varsayımları etkilemediğidir. Bu konuyla ilgili kısıtlı sayıda çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmalardan biri olan İsrail'de yaşlı bireylerin aşı sonrası depresyon düzeylerinin ve dünyaya ilişkin varsayımlarına etkisini inceleyen araştırmada, olumsuz dünya varsayımlarının depresyonu tetiklediği gösterilmiştir (107).

Sağlık çalışanları bulundukları alanlar için yıllar içerisinde aldıkları eğitimler ve tecrübelerle profesyonelleşir ve uzmanlaşırlar. Bu yaşanmışlık, kişileri çalıştıkları alanlarda aidiyet duygusuyla destekler. Pandemi döneminde sağlık çalışanları çeşitli klinik ve sağlık kurumlarında pandemi sürecine özgü resmi görevlendirmeler almışlardır. Çalışma grubumuzda da sağlık her 3 sağlık çalışanından 1'i farklı birimlerde geçici görevlendirmeye gitmişlerdir. Ancak bu yer değişiklikleri de DİVÖ puanlarını etkilememiştir. Bu bulgu da sağlık

çalışanlarının her koşulda görevlerini profesyonelce yaptıklarını ve bundan mümkün oldukça etkilenmediklerini düşündürmektedir.

Pandemide döneminde vefat eden sağlık çalışanları tüm dünyada üzüntü ile karşılanmıştır. Araştırmamızda çalışma arkadaşı vefat eden sağlık çalışanlarının DİVÖ ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı olarak değişiklik göstermiştir. COVID-19 nedeniyle çalışma arkadaşını kaybeden katılımcıların dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu bulunmuştur. Bu sonuç, travma sonrası büyüme kavramı ile açıklanabilir. Travma sonrası büyüme, zorlu yaşantıların sonucunda ortaya çıkan ve kişilerde olumlu değişimi ifade eden bir kavramdır ve kişide tek bir alanla sınırlı kalmayıp birçok alanda gözlemlenebilmektedir. Travmatik yaşantılar, kişiyi önceki durumundan daha güçlü bir hale getirebilmektedir. Bu konuda yapılmış bazı çalışmalarda travmatik yaşantı sonrası kişilerde dünyaya ilişkin varsayımların olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir (109). Bizim konuyla ilgili bulgularımız da literatürdeki çalışmalarla benzerdir.

SONUÇLAR

Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen COVID-19 salgını, ülkemizde de yıkıcı ve yorucu etkiler yaratmıştır. Araştırmanının yürütüldüğü İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi pandeminin başlangıç döneminden (eski binasında hizmet veriliyordu ve o dönem kurumun adı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma hastanesiydi) itibaren covid-19 hastalarına hizmet veren 3. Basamak bir sağlık kuruluşudur. Hizmet sunduğu bölge oldukça geniş ve hasta popülasyonu oldukça yoğun bir hastanedir. Hastane 1000 yatak kapasitelidir. Hastanenin pandemi hastanesi olarak kabul edilmesi, pandemi dönemde tam kapasite ile hizmet vermiş olması, çalışan ve hasta sayısının fazlalığı araştırmanın yapılacağı kurum olarak seçiminde etken olmuştur. Ülkemizde ve dünyada sağlık çalışanlarında tükenmişlik, depresyon, ikincil travma gibi ruh sağlığıyla ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Çalışma koşullarının güçlüğü, vardiyalı çalışma sistemi, travma mağdurlarına hizmet vermesi gibi faktörler sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Covid-19 pandemisi sağlık çalışanlarını yalnızca fiziksel değil, mental olarak da etkilemiştir. Bu çalışma; Sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stresleri ve dünyaya ilişkin varsayımları hakkında bilgi sahibi olmak ve alana bilimsel katkı sunmak amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmaya 352 kişi katılmıştır, katılımcıların %58'ni kadın %42'sini erkek katılımcılar oluşturmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 31,1 ± 8,1'dir. Katılımcıların meslekte toplam çalışma yılı ortalaması 6,4 ± 6,3 yıldır. Katılımcıların %37,8'i evli, %61,9'u bekardır.

Çalışma; uzman hekim, asistan hekim, pratisyen hekim, hemşire, temizlik personeli, klinik destek personeli (hasta bakımına yardımcı) ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin branşları; acil tıp, aile hekimliği, anestezi ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, çocuk klinikleri (çocuk yoğun bakım ve çocuk acil dahil olmak üzere), deri ve zührevi

hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, iç hastalıkları, cerrahi tüm branşlar, radyasyon onkolojisi, radyoloji, tıbbi patolojidir. Örneklemede; acil tıp hekimi n:7, aile hekimi n: 12, anestezi ve reanimasyon hekimi: 8, beyin ve sinir cerrahisi n: 4, çocuk hekimi n:11, deri ve zührevi hastalıklar hekimi n: 2, enfeksiyon hastalıkları hekimi n:2, iç hastalıkları hekimi n:18, cerrahi branş hekimi n:36, radyasyon onkolojisi hekimi n:4, radyoloji hekimi n:4, tıbbi patoloji hekimi n: 5, pratisyen hekim n: 11, hemşire n:138, temizlik personeli n: 78, klinik destek personeli n: 5, eczacı n: 3 belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı; doktora %8,2 (n: 29), yüksek lisans %29,8 (n:105), lisans %35,2 (n: 124), ön lisans %7,7 (n: 27), ortaöğretim mezunu %13,3 (n: 47) ve ilkokul mezunu %5,7 (n: 20) biçimindedir. Katılımcıların 1/3'ü lisans mezunudur. Katılımcıların %59,4'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, % 40,6'sı yalnız yaşamaktadırlar. Aynı hane içinde 65 yaş üstü bireyle yaşayanların oranı % 9 dolayındadır.

Her 6 katılımcıdan 1'i en az bir kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların yarıya yakını COVID-19 hastalığına yakalanmış ve iyileşmiştir. Katılımcıların %92'si COVID-19 testi yaptırmış, bunların % 2'si testini özel kurumlarda ücret ödeyerek yaptırmışlardır. Katılımcıların % 13'ü covid-19 hastalığı nedeniyle ailesinde kayıp yaşamıştır. Katılımcıların %5'i anne/baba/kardeş/eş/çocuk yakınlarından en az birinin yoğun bakımda COVID-19 nedeniyle tedavi gördüğünü bildirmiştir. Her 5 katılımcıdan 1'i covid-19 nedeniyle çalışma arkadaşını kaybettiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %92'si pandemi döneminde ruhsal desteğe gereksinim duyduklarını, %7'si profesyonel ruhsal destek aldığını belirtmiştir.

Katılımcılar yoğun bakım, acil, covid servisi, ameliyathane, çocuk COVID-19 klinikleri, filyasyon ekipleri gibi çeşitli kliniklerde covid hizmeti sunmuşlardır. COVID-19 vakalarıyla en sık temas edilen birimler anestezi ve reanimasyon kliniği ve acil servistir.

Her 6 katılımcıdan 1'i covid-19 aşısı olmamış ve olmayı istememektedir. Aşı olmak istenmemesinin önde gelen nedenleri; aşıya güvensizlik ve aşıyla ilgili bilgi eksikliğidir.

Araştırma sonucunda katılımcıların ikincil travmatik stres ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 43 ± 11 puan olarak hesaplanmıştır. İTSÖ ölçeği 17 maddeden oluşan, 5'li likert tipindedir ve tüm sorular katılımcılar tarafından yanıtlanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalaması; kaçınma alt boyutundan 18 ± 5, duygusal ihlal alt boyutundan 11 ± 4, uyarılma alt boyutundan 13 ± 5 puandır. Katılımcıların DİVÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 115 ± 18'dir. DİVÖ ölçeği 31 maddeden oluşmaktadır ve katılımcılarca

tüm sorular yanıtlanmıştır. Ölçeğin alt göstergeleri olan varsayımlardan alınan aldıkları puanlar ise; iyilik varsayımı puan ortalaması 22 ±6, adalet varsayımı puan ortalaması 29 ± 7, şans varsayımı puan ortalaması 14 ± 5, rastlantısallık varsayımı puan ortalaması 21 ± 5 ve kendilik varsayımı puan ortalaması 17 ± 4 puandır.

DİVÖ ve İTSÖ ölçeği arasında zayıf, anlamlı ters yönde ilişki vardır. İkincil travma stresi arttıkça dünyaya ilişkin varsayımlar olumsuzlaşmaktadır (r: -0,183, p: 0,001).

Meslek grupları ile alınan İTSÖ ölçek puanı ilişkisiz, DİVÖ ölçek puanı ilişkili bulunmuştur. Temizlik personellerinin DİVÖ ölçek puanı; asistan ve pratisyen hekimlerden, ve hemşireden daha yüksek hesaplanmıştır. Temizlik personelinin dünyaya ilişkin varsayımları diğer meslek gruplarına oranla daha olumludur. Alt varsayımlar bakımından değerlendirildiğinde; iyilik, adalet ve kontrol varsayımları puanları temizlik personellerinde; asistan hekim, pratisyen hekim ve hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Şans, rastlantısallık ve kendilik değeri varsayımları meslek gruplarıyla ilişkisiz bulunmuştur.

Çalışmada kadınların ikincil travmatik stres düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, dünyaya ilişkin varsayımları erkeklere göre daha olumsuz bulunmuştur. Dünyaya ilişkin varsayımlar alt boyutlarıyla değerlendirildiğinde; iyilik ve adalet varsayımları kadınlarda daha olumsuzdur. Yani, kadınlar dünyaya daha olumsuz bakmaktadırlar.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekte toplam çalışma yılı tecrübesi arttıkça ikincil travmatik stres düzeyleri düşmekte (r= -0,13, p= 0,016), dünyaya ilişkin varsayımlar olumlu yönde değişmektedir (r= 0,17, p= 0,002). Meslekte çalışma yılı arttıkça sağlık çalışanlarında; iyilik, adalet, şans, kendilik değeri varsayımları olumlu etkilenmektedir.

Katılımcıların yaşları arttıkça ikincil travmatik stres düzeyleri azalmakta (r=-0.11, p=0.032), dünyaya ilişkin varsayımları olumlu yönde değişmektedir (r =0,18, p= 0.012).

Öğrenim durumu ikincil travmatik stres düzeyini de etkilemektedir. Ön lisans mezunlarının ikincil travmatik stres düzeyi, doktora mezunlarına göre daha yüksektir. DİVÖ ölçek puan ortalaması ise yüksek lisans mezunlarında daha düşük bulunmuştur. Yani yüksek lisans mezunlarının dünyaya ilişkin varsayımları daha olumsuzdur. Lisans mezunlarının da dünyaya ilişkin varsayımları orta öğretim ve ilkokul mezunlarından daha olumsuzdur. Öğrenim durumu yükseldikçe ikincil travma stres düzeyi azalmakta ve dünyaya ilişkin varsayımların olumsuzluğu artmaktadır. Alt varsayımlar bakımından da yüksek lisans ve lisans mezunlarının iyilik ve adalet varsayımları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha olumsuzdur.

Katılımcıların medeni durumu ikincil travmatik stres düzeyini değiştirmemekte ancak, dünyaya ilişkin varsayımları etkilemektedir. Evli bireylerin dünyaya ilişkin varsayımları bekar bireylere göre daha olumludur.

Çocuk sahibi olmak ikincil travmatik stres düzeyini düşürmekte, dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu kılmaktadır. Çocuk sahibi olan kişilerin iyilik, adalet ve şans varsayımları da daha olumludur.

Katılımcıların gelir düzeyleri yükseldikçe ikincil travmatik stres düzeyleri azalmakta, varsayımlar ise değişmemektedir.

COVID-19 hastasına hizmet veren sağlık çalışanlarının ikincil travma düzeyleri, hizmet vermeyen gruba göre daha yüksek bulunmuş, DİVÖ ölçek puanını ise etkilememiştir.

Aynı hanede 65 yaş üstü bireyle yaşama, COVID-19 hastalığını geçirme, COVID-19 aşısı olup olmama, bir yakınının COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda tedavi almış olması, COVID-19 nedeniyle yakınını kaybetme ve pandemide ruhsal destek alıp almama gibi değişkenler ölçek puanlarını etkilememiştir.

Pandemi döneminde farklı birimlerde görevlendirilen sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri görevlendirilmeyen çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Pandemide çalışma arkadaşını kaybeden sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımları ve iyilik, adalet ve şans varsayımları gibi alt varsayımları daha olumlu bulunmuştur.

ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi sağlık çalışanlarını ruhsal olarak olumsuz etkilemiştir. Pandemide ölümle ve yoğun iş temposuyla sık karşılaşan sağlık çalışanları profesyonel olarak ruhsal destek alma ihtiyacı hissetmiştir. Bu tür olağan üstü durumlarda çalışanlara daha hızlı ulaşılmalı ve ruhsal destek hizmeti sağlanmalıdır. Bu konuda akla ilk gelen öneri çalışan sağlığı merkezlerinin kurulması ve geliştirilmesi olabilir. Sağlık çalışanlarına hizmet veren kurum hekimlik alanları geliştirilmeli bu hizmetlere ruhsal destek hizmetide eklenmelidir.

Sağlık çalışanları gelir düzeyleri azaldıkça durumdan daha olumsuz etkilenmişlerdir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının maaşları iyileştirilmeli ve pandemi gibi olağan üstü dönemlerde ek ödemeler yapılmalıdır.

Sağlık yöneticileri pandemi gibi olağan dışı durumlar için risk ve kriz yönetimi konusunda eğitimli olmalı ve bu eğitimler düzenli aralıklarla yinelenmelidir.

Pandemi döneminde kurum içi veya kurum dışı görevlendirme alan sağlık çalışanları ruhsal yönden desteklenmeli, sosyal destekleri arttırılmalıdır. İş çalışma planları yeniden oluşturulmalı, farklı birime görevlendirilecek çalışanlara teşvik edici unsurlar sunulmalıdır.

Deneyimsiz sağlık çalışanlarına uyum oryantasyon eğitimleri verilmelidir.

Sağlık çalışanlarına psiko terapinin dışında; müzikterapi, koku terapisi, aromaterapi gibi farklı ilgi çekici ruhsal destekler sağlanmalıdır.

Kurumlarda çalışanlar için konforlu dinlenme ve sosyalleşme alanları düzenlenmelidir.

Ekipler, meslek tecrübesi yüksek olan sağlık çalışanları ve daha az olan sağlık çalışanlarından oluşturulmalıdır. Bu sayede tecrübesi daha az olan sağlık çalışanları daha deneyimli sağlık çalışanlarınca gözlenmiş ve gereğinde desteklenmiş olacaktır.

Araştırmanının kısıtlılıkları:

Araştırma İstanbul'da 3. düzey sağlık hizmeti veren bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar tüm sağlık kuruluşlarına ve çalışanlarına genellenemez. Sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi gibi durumlarda ikincil travma ve dünyaya ilişkin varsayımları konusunda bilgi edinebilmek için farklı düzeylerdeki sağlık kuruluşlarında çalışmalara ihtiyaç vardır. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının pandemi öncesi varsayımları ve ikincil travma düzeyleri bilinmemektedir. Verilerimizden hareketle pandeminin bu değişkenleri etkileyip etkilemediğini söylemek güçtür.

ÖZET

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve dünyaya ilişkin varsayımlar durumu araştırılmıştır. Araştırma İstanbul'da 3. Basamak sağlık hizmeti veren bir kamu kurumunda 352 kişi ile yapılmıştır. Araştırmaya hekim, hemşire, eczacı, temizlik personeli ve klinik destek personeli katılmıştır. Katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyi arttıkça dünyaya ilişkin varsayımları olumsuz etkilenmiştir. Sağlık çalışanlarının meslek tecrübeleri arttıkça ikincil travmatik stres düzeyleri azalmış, dünyaya ilişkin varsayımları olumlu yönde etkilenmiştir. Temizlik personellerinin dünyaya ilişkin varsayımları asistan hekim, pratisyen hekim ve hemşireden daha olumlu bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 31,1 ± 8,1'dir. Yaş arttıkça dünyaya ilişkin varsayımlar daha olumlu olmakta, ikincil travmatik stres düzeyleri azalmaktadır. Katılımcıların %52'si kadın % 42'si erkektir. Kadınların ikincil travma düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, dünyaya ilişkin varsayımları daha olumsuzdur (p:0,017). Çalışmada doktora eğitimi olanların İTSÖ puanı ön lisansa göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan kişilerin yüksek olan katılımcılara göre varsayımları daha olumludur ($p<0,05$). Medeni durumla İTSÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Evli katılımcıların dünyaya ilişkin varsayımları bekarlara göre daha olumlu bulunmuştur (p=0,003). Çocuk sahibi olan kişilerin ikincil travmatik stres düzeyleri daha düşük, dünyaya ilişkin varsayımları daha olumlu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça İTSÖ'den aldıkları puanlar düşmüştür (r:-0.14. p:0.015). Ailesiyle yaşayan sağlık çalışanlarının dünyaya ilişkin varsayımları daha olumludur (p=0,002). COVID-19 hastasına sağlık hizmeti sunan çalışanların ikincil travmatik stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (p:0,045). Pandemide kurum içinde

başka bir birime veya kurum dışına görevlendirilen sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (p:0,047). Katılımcıların %91,5'i pandemide ruhsal destek ihtiyacı hissettiğini belirtmiş ancak % 6,8'i ruhsal destek alabildiğini belirtmiştir.

Anahtar Kelimeler: İkincil travmatik stres, sağlık çalışanları, dünyaya ilişkin varsayımlar, COVID-19

ASSUMPTION STATUS AND SECONDARY TRAUMATIC STRESS LEVELS IN HEALTHCARE WORKERS TAKING WORK IN THE COVID-19 PANDEMIC: EXAMPLE OF A 3rd STAGE PUBLIC HOSPITAL IN ISTANBUL

SUMMARY

The aim of this study; To investigate the level of secondary traumatic stress and assumptions about the world of healthcare workers involved in the COVID-19 pandemic.

The research was carried out with 352 people in a public institution providing 3rd level health services in Istanbul.

Physicians, nurses, pharmacists, cleaning staff and clinical support staff participated in the study.

As the secondary traumatic stress level of the participants increased, their assumptions about the world were negatively affected.

As the professional experience of healthcare professionals increased, their secondary traumatic stress levels decreased, and their assumptions about the world were positively affected.

The assumptions of the cleaning personnel about the world were found to be more positive than the assistant physician, general practitioner and nurse. The mean age of the participants was 31.1 ± 8.1.

As age increases, assumptions about the world become more positive and secondary traumatic stress levels decrease. 52% of the participants are female and 42% are male. Women's secondary trauma levels are higher than men, and their assumptions about the world are more negative (p:0.017).

In the study, it was determined that ITSO scores of those with doctoral education were lower than those with associate degree graduates ($p<0.05$). People with low education level have more positive assumptions than participants with high education level ($p<0.05$). There was no significant relationship between marital status and ITSO ($p>0.05$). The assumptions about the world of the married participants were found to be more positive than the singles ($p=0.003$). Secondary traumatic stress levels of people who have children were found to be lower and their assumptions about the world were more positive ($p<0.05$). As the income level of the participants increased, the scores they got from the ITSO decreased (r:-0.14. p:0.015).

Health workers living with their families have more positive assumptions about the world ($p=0.002$). Secondary traumatic stress levels of employees providing healthcare services to COVID-19 patients were found to be higher ($p=0.045$). The level of secondary traumatic stress was found to be higher in healthcare workers who were assigned to another unit or outside the institution during the pandemic ($p=0.047$). 91.5% of the participants stated that they felt the need for psychological support during the pandemic, but 6.8% stated that they could receive psychological support.

Keywords: Secondary traumatic stress, health workers, assumptions about the world, COVID-19

KAYNAKLAR

1. WHO, Koronavirüs hastalığı (COVID-19) (who.int) (Erişim tarihi; 09.22.2022)
2. AFAD, https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu (Erişim tarihi; 10.11.2022)
3. Çolak B, Kokurcan A, Özsan H.H. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. Kriz Dergisi 2010;18 (3):19-25.
4. Amerıcan Psychıatrıc Assocıatıon (APA). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, DSM-III. Washington, DC;1980
5. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 5th ed. Washington, DC;2013
6. Fıgley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. (pp. 1-20) in Compassion fatigue coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized (Figley CR, Ed.) New York, NY: Routledge;1995
7. Bride BE, Robınson MM, Yegıdıs B, Fıgley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. Social Work Practice 2004;14:27-35
8. Yılmaz B. Yardım çalışanlarında travmatik stres. Klinik Psikiyatri 2007;10:137-147.
9. ICD-10, https://estss.org/learn-about-trauma/icd10/ (Erişim tarihi; 10.10.2022)
10. ICD-11, https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808 (Erişim tarihi; 10.10.2022)

11. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. Klinik Psikiyatri 1999;2:105-108.

12. Basterzi AD. Kitlesel travmalar sonrası akut dönemde ilk ruhsal değerlendirme ve müdahale Psikiyatride Güncel 2018;8(1):24-36.

13. Başterzi AD, Yılmaz B, Oğlağu, Z. https://tihvakademi.org/wp-content/uploads/2019/11/PSDA-RehberiY.pdf (Erişim tarihi; 10.10.2022)

14. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists chronic lack of self care. J Clin Psychol 2002;58:1433-1441.

15. Amerikan Psikiyatri Birliği (çeviri: E. Köroğlu). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1994.

16. Aydın S. İkincil travma ve tükenmişlik sendromundan korunma rehberi. Ankara:2010.

17. Mccann IL, Pearlman L A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims, J Traumatic Stress 1990;3(1):131-49.

18. Pak, MD, Özcan, E, Çoban A. İ. Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. J International Social Research 2017;10(52).

19. Figley CR. Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members, 1998.

20. Galovski T, Lyons JA Psychological sequelae of combat violence: areview of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. Aggress Voilent Behav 2004; 9:477-501.

21. Ting L, Jacobson JM, Sanders S, Bride BE, Harrington D. The secondary traumatic stress scale: Confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers. J Hum Behav Soc Environ 2005;11:177-194.

22. Alpar G. Psikolojik sağkalım: Yoğun duygu yüklü yaşam olaylarına tanıklık etme ve maruz kalma ile poliste gelişen travmatizasyon (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.

23. Yılmaz B. Yardım çalışanlarında travmatik stres. Klinik Psikiyatri 2007;10:137-147.

24. Gürkan A, Yalçıner N. Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(2):90-95.

25. Erdener M. Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (tez), Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.

26. Lerias D, Byrne MK. Vicarious traumatization: Symstoms and predictors. Stress and Health 2003;19:129-138.

27. Hesse AR. Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. Clinical Social Work Journal 2002;30(3):309-239.

28. Nen S, Austbury J, Subhi N, Alavi, Z, Lukman ZM, Sarnon N, Fauziah I, Hoesni SM, Mohamad MS. The ımpact of vicarious trauma on profesionals ınvolved in child sexual abuse cases. Pertanica Journal of Social Science ve Humanities, 19(Special Issue) 2011;147-155.

29. Kaya N. Sağlık çalışanlarında ruhsal travma belirtilerinin incelenmesi (Van depremi örneği) (Tez). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2015.

30. Marmar C, Weiss D, Metzler T, Delucchi K. Characteristics of Emergency Services Personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. American Journal of Psychiatry 1996;153(7):94-102.

31. Salston MD, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimizations. Journal of Traumatic Stress 2003;16(2):167-174.

32. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of post-traumatic growth: An expanded framework. In Handbook of post-traumatic growth. New York, NY: Routledge 2014;17-37.

33. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues (Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG Ed.). 102 Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1998.

34. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi. 1999.

35. Yılmaz B. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.

36. Joseph S, Linley PA. Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. Review of General Psychology 2005;9(3):262-280.

37. Joseph S, Murphy D, Regel S. An affective–cognitive processing model of post-traumatic growth. Clinical Psychology and Psychotherapy 2012;19(4):316-325.

38. Dürü C. Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.

39. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of post-traumatic stress disorder. Clinical Psychology Review 2003;23(3):339-376.

40. Dınvar PE. Travma sonrası stres, dünyaya ilişkin varsayımlar ve tanrı algısı arasındaki ilişki (tez). Anakara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.

41. Clark DM. Anxiety Disordes: Why they persist and how to treat them? Behaviour research and Therapy, 1999.

42. Clark DM, Ehlers A. Post-traumatic stress disorder: From Cognitive Theory to Therapy. Leahy RL, (Ed.), Contemporary cognitive therapy: Theory, Research, and Practice. New York: The Guilford Press.2004;141-160.

43. Ehlers A, Clark DMA. Cognitive model of post-traumatic stress disorder. Behavioral Research Therapy 2000;38(4):319-345.

44. May R, Angel E, Ellenberger HF. Existence. New Jersey: Basic Boks. 1958.

45. Walsh RA, McElwain B. Existential psychotherapies. Cain DJ, Seeman J, (Ed.), Humanistic psychetherapies: Handbook of research an practice. Washington DC: Amerikan Psychological Association. 2001.

46. Jannof-Bluman R. Shattered assumptions. New York: Free Press. 1992.

47. Janoff-Bulman R, Berg M. Disillusionment and the creation of value: From traumatic loss to existential gains. Harvey J, (Ed.), Perspectives on loss: A sourcebook. Washington, DC: Taylor and Francis. 1998.

48. Bowlby, J. Attachment and loss. (vols. Vol. 1) London. 1969.

49. Stern D. The Interpersonal World of the Infant New York Basic Books. Winne, LC and Singer, MT (1963), Thought disorder and family relations of schizophrenics 1 1985;9-191.

50. Janoff-Bulman, R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Social Cognition. 1989;7:113-136.

51. Janoff-Bulman R. The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. Journal of social and clinical psychology 1989;8(2):158.

52. Lerner MJ, Miller D T. Just world research and the attribu-tion process: Looking back and ahead. Psychological Bulletin 1978;85

53. Becker E. The denial of death. NY: Free Pres.1973.

54. Janoff-Bulman R, Yopyk DJ Random outcomes and valued commitments: Existential Dilemmas and the Paradox of meaning. Greenberg J, Koole SL, Pyszczynski T, (Ed.), Handbook of existential psychology. NY: Guilford. 2004.

55. Janoff-Bulman, R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. Psychological Inquiry 2004;15:30-34.

56. T.C. Sağlık Bakanlığı, COVID-19_Rehberi-1.pdf (ohsad.org) (Erişim tarihi; 09.22.2022)

57. WHO, WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data Erişim tarihi; 09.22.2022

58. Schwartzberg SS, Janoff-Bulman R. Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. Journal of Social and Clinical Psychology 1991;10(3):270

59. Magwaza AS. Assumptive worlds of traumatized south african adults. The Journal of Social Psychology 1999;139(5).

60. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The posttraumatic cognition's inventory (PTCI) development and validation. Psychological Assessment 1999;(11):303-314.

61. Wickie SK, Marwit SJ Assumptive world views and the grief reactions of parents of murdered children. Omega 2000;42:101-13.

62. Solomon Z, Iancu I, Tyano S. World assumptions following disaster. Journal of Applied Social Psychology 1997;27:1785-1798.

63. Dekel R, Solomon Z, Elklit A, Ginzburg K. World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. The Journal of Social Psychology 2004;44:407-420.

64. Rini C, Manne S, DuHamel KN, Austin J, Ostroff J, Boulad F, Parsons SK, Martini R, Williams S, Mee L, Sexson S, Redd WH. Changes in mothers' basic beliefs following a child's bone marrow transplantation: The role of prior trauma and negative life events. Journal of Traumatic Stress 2004;17:325-333.

65. Matthews LT, Marwit SJ. Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. OMEGA-Journal of Death and Dying, 2004;48(2): 115-136.

66. Çakmak H, Er RA, Öz YC, Aker AT. Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması. Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tip Olgu Sunumlari Dergisi 2010;9(2).

67. Güneş H. Stress related growth and earthquake experience. (Tez), Ankara: ODTÜ; 2001.

68. Karancı N. Travma-sonrası gelişim ve yordayıcı faktörler. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı; 2005.

69. Yılmaz B. Dünyaya ilişkin varsayımlar ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması: Ön çalışma. Türk Psikoloji Yazıları 2008;11(21):51-41.

70. Yildirim G, Kidak LB, Yurdabakan I. İkincil travmatik stres ölçeği: Bir uyarlama çalışması. Psychiatry 2018;19(1):45-51.

71. Kahil A. Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (tez). Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.

72. Bride BE, Figley CR. Secondary traumatic stress, encyclopedia of trauma: An Interdisciplinary Guide. Thousand Oaks, California. 2012;600-602,

73. Kılıç C, Figen İ. Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(4):236-241.

74. Haksal P. Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi (tez). Ankara, Hacettepe Üniversitesi; 2007.

75. Kılıç C, İnci F. Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(4):236-241.

76. Yeşil A. 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı (tez). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

77. Yeşil A, Aker AT, Sezgin U. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler. Düşünen Adam, 2009;22(1)-4:9-17.

78. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etiler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012;13(1).

79. Tansel B, Aygül T, Gündoğdu M. Çocuk Şube Müdürlüğünde Çalışan Polis Memurlarının İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2015;8(2).

80. Gürdil G. Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde geştalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014.

81. Gündüz B. Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres. İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2020;1(1):1-14.

82. Birinci GG, Erden G. Yardım çalışanlarında üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi, 2016;31-77.

83. Zara A, İçöz FJ. Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. Klinik Psikiyatri; 2015;18:15-23.

84. Uğur ZB. Çocuk sahibi olmak insanları mutlu ediyor mu? Türkiye'den bulgular. Nüfusbilim Dergisi , 2018;40:83-104.

85. Özkök G. Sosyal hizmet kurumlarında çalışan bakım personellerinin psikolojik dayanıklılıkları ile ikincil travma düzeyleri ve kaygı durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020.

86. Erdem B. Bireylerin Covid-19'a dair tükenmişliklerinin algıladıkları Covid-19 riski, dünyaya ilişkin varsayımları ve ebeveyn biçimleri ile ilişkisi (tez). İstanbul: Işık Üniversitesi. 2022.

87. Özkul M. Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.

88. Polat EA. Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres: Covid-19 pandemi sürecine özgü bir çalışma (tez). İstanbul: Işık Üniversitesi, 2022.

89. Savaş E. Covid-19 sürecinde yas. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 2020,4(3):82-89.

90. Doğan A, Gülseren K. Pandemi sürecinde ruhsal sorunlar: sağlık çalışanlarının covıd-19 yanıtına tavmaya dayalı bir yaklaşım. Hastane Öncesi Dergisi, 2021; 6(1):259-174.

91. Hiçdurmaz D, Üzar-Özçetin YS. COVID-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2020;7(Özel Sayı):1-7.

92. Jiang Y. Problematic social media usage and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic: The mediating role of psychological capital and the moderating role of academic burnout. Frontiers in Psychology, 2021;76.

93. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. Psychiatry research, 2020;290:113172.

94. Dinç Kahraman S. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. 2010.

95. Alsancak-Akbulut C, Barışkın E. Travma ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler: Dünyaya İlişkin Varsayımlar ve Obsesif İnanışların Rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 2020; 35(86):1-18.

96. Shirangi A, Fritschi L, Holman CDJ, Morrison D. Mental health in female veterinarians: effects of working hours and having children. Australian Veterinary Journal, 2013;91(4):123-130.

97. Sirén C, Patel PC, Örtqvist D, Wincent J. CEO burnout, managerial discretion, and firm performance: The role of CEO locus of control, structural power, and organizational factors. Long Range Planning, 2018;51(6):953-971.

98. Tu H, Gu Y, Zhou W, Peng S. The Cost of Dancing with Government Officials: How does Political Networking Affect CEO Burnout? In Academy of Management Proceedings Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management. 2021;14932.

99. Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppänen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. Burnout research; 2017;4:1-11.

100. Haile YG, Senkute AL, Alemu BT, Bedane DM, Kebede KB. Prevalence and associated factors of burnout among Debre Berhan University medical students: a cross-sectional study. BMC medical education; 2019;19(1):11-1.

101. Kaggwa MM, Kajjimu J, Sserunkuma J, Najjuka SM, Atim, LM, Olum R, Bongomin, F. Prevalence of burnout among university students in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. PloS one, 2021;16(8):e0256402.

102. Hamera EK, Shontz FC. Perceived positive and negative effects of life-threatening illness. Journal of Psychosomatic Research, 1978;22(5):424-419.

103. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues. Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. 102 Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.1998.

104. Tedeschı RG, Calhoun LG. A clinical approach to posttraumatic growth. Positive psychology in practice, 2004;405.

105. Yakut E, Özlem K, Güngör Y. Sağlık Personelinin Covid-19 Korkusu İle Tükenmişliği Arasındaki ilişkide Aşırı İş Yükü Ve Algılanan Sosyal Desteğin Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle Belirlenmesi. Ekev Akademi Dergisi, 2020; 83:262-241.

106. Savaş E. Covid-19 sürecinde yas. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 2020;4(3):89-82.

107. Greenblatt-Kimron L, Hoffman Y, Ben-Ezra M, Goodwin R, Palgi Y. COVID-19 post-vaccination depression in older Israeli adults: the role of negative world assumptions. Global Mental Health. 2022;1-4.

108. Duman N. Travma sonrası büyüme ve gelişim. Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi, 2019;4(7):184-178.

109. Ramos C, Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: a literature review about related factors and application contexts. Psychology, Community and Healt. 2013;2(1):54-43.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Travma sonrası dönemde doğan ruhsal tepkiler (12) 4
Tablo 2. Birincil ve ikincil travmatik stres belirtileri (6) 7
Tablo 14. DİVÖ ve İTSÖ Toplam puanlarının cinsiyete göre durumu 31
Tablo 15. DİVÖ Alt Varsayımlarının katılımcıların cinsiyet ile ilişkisi 31
Tablo 16. DİVÖ Alt varsayımlarının meslekte toplam çalışma yılı ile ilişkisi 32
Tablo 17. İTSÖ Ve DİVÖ Ölçeklerinin Öğrenim Durumu İle Tek Yönlü Anova Testi Analizi 33
Tablo 18. DİVÖ Alt varsayımlarının öğrenim durumu ile ilişkisi 34
Tablo 19. İTSÖ ve DİVÖ Puanlarının Medeni Durum ile İlişkisi 35
Tablo 20. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumu İle İlişkisi 36
Tablo 21. DİVÖ Alt varsayımları ile çocuk sahibi olma durumu 36
Tablo 22. İTSÖ Ve DİVÖ Pu**a**nlarının Kronik hastalık olma durumu ile ilişkisi 37
Tablo 23. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının covid-19 hastasına bakma durumu ile ilişkisi 37
Tablo 24. Katılımcıların aile ile birlikte yaşama durumuna göre İTSÖ ve DİVÖ ilişkisinin student t testi analizi 38
Tablo 25. Katılımcıların 65 yaş üstü bireyle birlikte yaşama durumu student t testi analizi 38
Tablo 26. İTSÖ Ve DİVÖ Puanlarının covid-19 hastalığını geçirme durumu ile ilişkisi 39
Tablo 27. İTSÖ ve DİVÖ Puanlarının Covid-19 nedeniyle ailede vefat eden birey Olma durumunun İTSÖ ve DİVÖ puanlarıyla ilişkisi 39
Tablo 28. İTSÖ Ve DİVÖ Puanları ile covid aşısı yaptırma durumunun student t testi analizi 40

Tablo 29. İTSÖ ve DİVÖ Puanları ile pandemide farklı bir alanda görevlendirilme ilişkisi..41
Tablo 30. İTSÖ ve DİVÖ Puanları İle Pandemide Ruhsal Destek Alıp Almama Durumu....42
Tablo 31. İTSÖ ve DİVÖ Puanları ile ruhsal desteği gerekli görme durumu 42
Tablo 32. Çalışma arkadaşının vefat etme durumunun İTSÖ ve DİVÖ puanlarına etkisi 43
Tablo 33. DİVÖ Alt varsayım puanları ile çalışma arkadaşının vefat etme durumunun student t testi analizi.....43

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

EK-1

ANKET FORMU

Covid-19 Pandemisi'nde Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Dünyaya İlişkin Varsayımlar Durumu ve Sekonder Travmatik Stres Düzeyleri: İstanbul'da 3. Basamak bir kamu hastanesi örneği

Sayın katılımcı bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice GEGİN tarafından yürütülen tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılım gönüllü olup elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Verilerin İstatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için anket formunu eksiksiz doldurmanız ve her soruya içtenlikle yanıtlamaya özen göstermenizi rica eder katılımınız için teşekkür ederim.

Hem. Hatice GEGİN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:…….

2. Cinsiyetiniz:……

3. Mesleğiniz/Göreviniz: ……

4.Ünvanınız/ Tıpta uzmanlık alanınız:……

5. Öğrenim durumunuz:……

6. Meslekte toplam çalışma yılınız:…….

7. Medeni durumunuz:……

8. Sahip olduğunuz çocuk sayısı:…….

9. Varsa çocuğunuzun / çocuklarınızın yaşlarını yazınız:
……

10. Son 1 yıldır çalıştığınız birim:……..

11. Aylık toplam hane geliriniz:…….

12. Ailenizle birlikte mi yaşıyorsunuz?

a) Evet ailemle birlikte yaşıyorum b) Hayır yalnız yaşıyorum

13. Aynı hane içinde birlikte yaşadığınız 65 yaş üstü bir birey var mı?

a) Evet b) Hayır

14. Pandemi süresince işiniz gereği Covid-19 hastalarına hizmet verdiniz mi?

a) Evet (Hangi birimde çalıştığınızı belirtiniz) :
…….
b) Hayır

15. Covid-19 testi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

16. Toplam kaç kez yaptırdınız? …….

17. Testi nerede yaptırdınız?
a) Kurumumda ücretsiz yapıldı
b) özel bir kurumda ücret ödeyerek yaptırdım (Özel bir kurumda ücret ödeyerek yaptırma nedeninizi kısaca belirtiniz)……

……...

18- Covid-19 hastalığına yakalandınız mı?

a) Evet b) Hayır

19. Yakın çevrenizde covid-19 test sonucu pozitif olan birisi oldu mu?

a) Evet

b) Hayır

20. Covid-19 hastalığı nedeniyle ailenizden vefat eden kimse oldu mu?

a) Evet b) Hayır

21. Covid-19 hastalığı nedeniyle ailenizden yoğun bakımda tedavi gören kimse oldu mu? Belirtiniz:……

22. Covid-19 hastalığı nedeniyle çalışma arkadaşlarınızdan vefat eden kimse oldu mu?

a) Evet b) Hayır

23. Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz:……

24. Sizce bu tür salgınlarda sağlık çalışanları profesyonel psikolojik destek almalı mı?

a) Evet b) Hayır

25. Salgın sürecinde siz profesyonel olarak psikolojik destek alıyor musunuz/ aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

26. Pandemi sürecinde farklı bir birimde görevlendirildiniz mi? (normal şartlarda çalışmış olduğunuz birimden farklı bir birim veya farklı bir hastane görevlendirilmesi) açıklayınız: ……

27. Covid-19 aşısı yaptırdınız mı? Yaptırmayı düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır (nedeni açıklar mısınız?)……...

EK-2

DÜNYAYA İLİŞKİN VARSAYIMLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli ifadeler ve her bir ifadenin yanında 1'den 6'ya kadar rakamlar yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, o ifadeye ne derece katılıp katılmadığınızı belirtmek için, yanında yer alan bölmedeki uygun rakamı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi yanıtsız bırakmayınız.

(1 = Kesinlikle Katılmıyorum ..... 6 = Tamamen Katılıyorum

	Kesinlikle katılmıyorum					Kesinlikle katılıyorum
1. İnsanlar doğaları gereği arkadaşlık ve nezaketten uzaktır.	1	2	3	4	5	6
2. Kötü olaylar insanlara tesadüfî olarak denk gelir.	1	2	3	4	5	6
3. İnsan doğası temelde iyidir.	1	2	3	4	5	6
4. Bu dünyada kötü olaylardan çok daha fazla iyi şey yaşanır.	1	2	3	4	5	6
5. Hayatımızın gidişatı büyük ölçüde tesadüflere bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
6. İnsanlar genellikle yaşadıklarını hak ederler.	1	2	3	4	5	6
7. Sık sık, aslında iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Dünyada kötülükten çok iyilik vardır.	1	2	3	4	5	6
9. Temelde şanslı bir insanımdır.	1	2	3	4	5	6
10. İnsanların kötü kaderleri yaptıkları hatalardan kaynaklanır	1	2	3	4	5	6
11. İnsanlar, bir başka insana ne olduğunu umursamazlar	1	2	3	4	5	6
12. Genellikle, benim yararıma olan sonuçları çoğaltacak şekilde davranırım.	1	2	3	4	5	6
13. İnsanlar, eğer kendileri de iyiyse iyi bir talihe sahip olurlar.	1	2	3	4	5	6
14. Yaşam, tesadüflere bağlı belirsizliklerle doludur.	1	2	3	4	5	6
15. Çok şanslı bir insan olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
16. Hemen her zaman başıma kötü şeylerin gelmesini engellemek için çaba harcarım.	1	2	3	4	5	6
17. Kendime ilişkin olumsuz düşüncelere sahibim.	1	2	3	4	5	6
18. İyi insanlar, bu dünyada hak ettiklerini yaşarlar.	1	2	3	4	5	6
19. Kendi davranışlarımızla, başımıza kötü şeylerin gelmesini engelleyebiliriz.	1	2	3	4	5	6
20. Hayatıma baktığımda, şansın yüzüme güldüğünü fark ediyorum.	1	2	3	4	5	6
21. Eğer insanlar tedbirli davranırlarsa, pek çok talihsizliğin önüne geçilebilir.	1	2	3	4	5	6
22. Kendimi talihsizliklerden korumak için gerekli olan önlemleri alırım	1	2	3	4	5	6
23. Genel olarak yaşam bir kumardır	1	2	3	4	5	6
24. Dünya iyi bir yerdir.	1	2	3	4	5	6
25. İnsanlar temelde nazik ve yardımseverdir.	1	2	3	4	5	6
26. Genellikle, benim için en iyisi olacak şekilde davranırım.	1	2	3	4	5	6
27. Kendim olmaktan son derece memnunum.	1	2	3	4	5	6
28. Kötü şeyler olduğunda, bunun nedeni, genellikle insanların kendilerini korumak için gerekenleri yapmamasıdır.	1	2	3	4	5	6
29. Eğer yeterince yakından bakarsan, dünyanın iyiliklerle dolu olduğunu görürsün.	1	2	3	4	5	6
30. Kişisel özelliklerimden utanmak için nedenim var.	1	2	3	4	5	6
31. Pek çok insandan daha şanslıyım.	1	2	3	4	5	6

EK-3

İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyunuz ve her birini son yedi (7) gününüzü düşünerek değerlendiriniz. Sizin için ne sıklıkta doğru olduğunu ifadenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sık sık	Çok sık
1. Hastalarımı düşündüğümde kendimi duygusuzlaşmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. Hastalarımın yaşadıklarını hatırlayınca nabzım hızla atmaya başlıyor.	1	2	3	4	5
3. Hastalarımın yaşadıkları travmaları tekrar yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5
4. Bu işe başladığımdan beri uyku problemlerim oluştu.	1	2	3	4	5
5. Gelecekle ilgili kaygılarım var.	1	2	3	4	5
6. Hastalarımın yaşadıklarını hatırlamak beni üzüyor.	1	2	3	4	5
7. Diğer insanlarla görüşme isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
8. Tedirginlik hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Normal halimden daha az aktifim.	1	2	3	4	5
10. İstemesem de hastalarımın yaşadıkları olayları hatırlıyorum.	1	2	3	4	5
11. Konsantrasyon problemi yaşıyorum.	1	2	3	4	5
12. Bana hastalarımın yaşadıklarını hatırlatan insanlardan, mekânlardan ve nesnelerden uzak duruyorum.	1	2	3	4	5
13. Hastalarımın yaşadıkları olaylarla ilgili beni huzursuz eden rüyalar görüyorum.	1	2	3	4	5
14. Bu tür hastalarla daha fazla çalışmak istemiyorum.	1	2	3	4	5
15. Çok çabuk keyfim kaçıyor.	1	2	3	4	5
16. Kötü şeyler olacak diye korkuyorum.	1	2	3	4	5
17. Hastalarla yaptığım görüşmeleri hatırlarken hafızamda bazı kopukluklar oluyor	1	2	3	4	5

EK-4

ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/102	
	PROTOKOL ADI	Covıd-19 Pandemisinde Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Dünyaya İlişkin Varsayımlar Durumu ve Sekonder Travmatik Stres Düzeyleri: İstanbul'da 3. Basamak Bir Kamu Hastanesi Örneği	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:05/03**	**Tarih:01.03.2021**	
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice GEGİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	**E H**	**E H**	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	(E) H	E (H)	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E (H)	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-5.

PROF. DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU HASTANESİ ÇALIŞMA ONAYI

PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR TUTANAĞI

Toplantı Tarihi: 15.04.2021

Toplantı No: 57

KARAR

Hastanemiz hemşirelerinden Hatice GEGİN'in ''Covid-19 Pandemisi'nde Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Dünyaya İlişkin Varsayımlar Durumu ve Sekonder Travmatik Stres Düzeyleri: İstanbul'da 3. Basamak Bir Kamu Hastanesi Örneği'' adlı tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu ve etik kurul izni alınması koşuluyla oy birliği ile uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ
Başkan

Prof. Dr. Yavuz UYAR
Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Namigar TURGUT
Üye

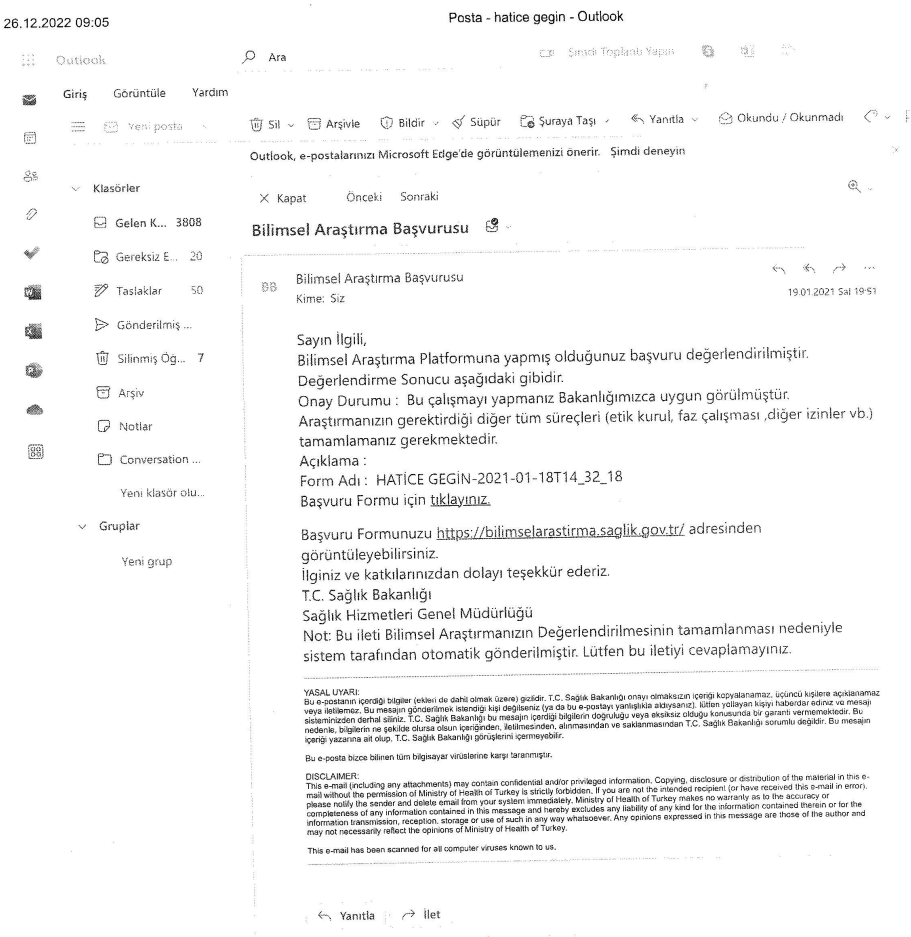
Prof. Dr. Secil ARICA

Prof. Dr. Mine ADAŞ
Üye

Doç. Dr. Emin İrfan GÖKÇAY
Üye

EK-6

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
COVİD-19 BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU İZNİ



26.12.2022 09:05 Posta - hatice gegin - Outlook

Outlook

Ara

Giriş Görüntüle Yardım

Yeni posta

Sil Arşivle Bildir Süpür Şuraya Taşı Yanıtla Okundu / Okunmadı

Outlook, e-postalarınızı Microsoft Edge'de görüntülemenizi önerir. Şimdi deneyin

Klasörler

Gelen K... 3808

Gereksiz E... 20

Taslaklar 50

Gönderilmiş ...

Silinmiş Öğ... 7

Arşiv

Notlar

Conversation ...

Yeni klasör olu...

Gruplar

Yeni grup

Kapat Önceki Sonraki

Bilimsel Araştırma Başvurusu

Bilimsel Araştırma Başvurusu

Kime: Siz

19.01.2021 Sal 19:51

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.
Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür.
Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.
Açıklama :
Form Adı : HATİCE GEGİN-2021-01-18T14_32_18
Başvuru Formu için tıklayınız.

Başvuru Formunuzu https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/ adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

Yanıtla İlet