



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DİSİPLİNLERARASI AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
YAŞADIĞI STRES DURUMU ÜZERİNE KEŞFEDİCİ BİR
ARAŞTIRMA: BALIKESİR İLİ İVRİNDİ İLÇESİ ÖRNEĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Büşra ÖZCAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ

ÇANAKKALE – 2023



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DİSİPLİNLERARASI AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIĞI
STRES DURUMU ÜZERİNE KEŞFEDİCİ BİR ARAŞTIRMA: BALIKESİR İLİ
İVRİNDİ İLÇESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Büşra ÖZCAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ

ÇANAKKALE – 2023



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

JÜRİ ONAY SAYFASI

Büşra ÖZCAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ yönetiminde hazırlanan ve 19/01/2023 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “COVID-19 Salgını Döneminde Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Stres Durumu Üzerine Keşfedici Bir Araştırma: Balıkesir İli İvrindi İlçesi Örneği” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Disiplinlerarası Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi F. Volkan AKYÖN

Doç Dr. Fahri ERENEL

Tez No :

Tez Savunma Tarihi : 19/01/2023

Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

.../.../2023

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Büşra ÖZCAN

19/01/2023

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesinde, saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ, desteklerini hep hissettiren sevgili dostlarım Dr. Öğr. Üyesi Melikşah TURAN, Dr. Öğr. Üyesi Sefa MIZRAK ve Öğr. Gör. Gülsün DOĞAN'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Gerekli izinler ve uygulamalar aşamasında desteklerini eksik etmeyen İvrindi İlçe Sağlık Müdürü Sayın Dr. Ethem GANİGİL'e, İvrindi İlçe Devlet Hastanesi Başhekimisi Sayın Uzm. Dr. Korkmaz ORUÇ'a, İvrindi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Müdür Yardımcı Sayın Öğr. Gör. Vacide ANCIN'a ve İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü, Aile Sağlığı Merkezleri, İlçe Devlet Hastanesi, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görev yapan kahraman sağlık çalışanı arkadaşlarıma katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Çalışma süresince tüm zorlukları usanmadan göğüslememi sağlayan sabrına ve hayat enerjime, pes etmeyen cesur yüreğime, pozitif bakmayı bilen canım kendime, içinde kalan bütün uktelerini evlatları görsün diye gecelerini gündüz eden biricik babam Ali ÖZCAN'a, en yakın arkadaşımız olan fedakâr annem Hatice ÖZCAN'a ve ablasının yolundan ilerleyen canımdan değerli erkek kardeşim Emre ÖZCAN'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Bir telefon kadar uzağımda olan, bir alo dememe koşan canım best kankalarımın sabır, emek ve gösterdikleri hoşgörülerini için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Çalışmamı COVID-19 süresinde kaybettiğim canım dedem Ramazan ÖZCAN'a ve pandemiyi birlikte karşılayıp birlikte uğurladığımız filyasyon ekibimizin kıymetli hekimi Berdel Can ÖZBEK, çalışkan dostum hemşiremiz Büşra ÖZTÜRK'e ve görevi başında şehit olan bütün kahraman sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum. Aziz ruhları şaad olsun.

Büşra ÖZCAN
Çanakkale, Ocak 2023

ÖZET

COVID-19 SALGINI DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞADIĞI STRES DURUMU ÜZERİNE KEŞFEDİCİ BİR ARAŞTIRMA: BALIKESİR İLİ İVRİNDİ İLÇESİ ÖRNEĞİ

Büşra ÖZCAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ebru CAYMAZ

19/01/2023, 73

Salgın hastalıklar ortaya çıktıkları dönemden itibaren doğdukları coğrafya ve insanları başta olmak üzere kitlesel olarak bütün insanlara zarar vermektedir. Yirmi birinci yüzyıla damgasını vuran COVID-19 salgını, üzerinden üç yıl kadar zaman geçmesine rağmen halen bitmemiş olup COVID-19 virüsü ile ilgili araştırmalar dünya çapında devam etmektedir. Salgın döneminde sağlık kuruluşlarının da görev ve sorumlulukları artmış ve en fazla sorumluluk alan paydaşlardan biri olmuştur.

Bu araştırmanın amacı Balıkesir İli İvrindi ilçesinde 2019-2021 yıllarında COVID-19 salgınında sağlık hizmeti sunan kuruluşları ve bu kuruluşlar bünyesinde görevli sağlık çalışanlarının yoğun baskı altında tecrübe ettikleri stres düzeylerini inceleyerek stresle baş etme yöntemlerini ortaya koymaktır. Stres altında çalışma durumu ile strese yönelik alınabilecek önlemler noktasında yöneticiler ve personel için fikir sağlayıcı olması amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında kişisel veri formu ve Stres Belirtileri Ölçeği sorularını yanıtlayan 172 sağlık çalışanının farklı sağlık hizmet grubu ve kuruluşlarda görev yapmaktadır. Bu bağlamda yapılan araştırmada veri analizi SPSS 26.0 programı kullanılarak yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Çalışmada test tekniklerinden Bağımsız gruplar T-testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Toplanan veriler değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlara göre COVID-19 salgını döneminde Balıkesir İli İvrindi ilçesindeki sağlık çalışanlarının bulunduğu hizmet grubunun, medeni durumunun, çalıştığı kuruluşun ve yaşının anlamlı bir etkisi gözlemlenmemiş; davranışsal, fiziksel ve psikolojik durumlarını etkilemeyerek anlamlı bir farklılık oluşturduğu gözlemlenmemiştir.

Sağlık alışanlarının bireysel olarak tercih ettikleri yöntemler, ilçe mülki amirinin süreci başarıyla yönetmesi, kurum yöneticilerinin olumlu tavırları, ekiplerin uyumu, kurumlar arası iş birliği ve koordinasyonun sağlanmış olmasının iş yükü artan sağlık çalışanlarının süreçteki stresle baş etme durumunu kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Balıkesir Salgın Hastalık, COVID-19, Stres, Sağlık alışanları, Halk Sağlığı Mdrlğ, Kamu Hastaneler Birliği, Acil Sağlık Hizmetleri



ABSTRACT

AN EXPLORATORY STUDY ON THE STRESS OFF HEALTH WORKERS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC: BALIKESIR PROVINCE İVRINDI DISTRICT CASE

Büşra ÖZCAN

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Disaster Education And Management

Co-Supervisor: Asst. Prof. Ebru CAYMAZ

19/01/2023, 73

Epidemics have been causing massive damage to all people, especially to the geography and people they were born in, from the time they emerged. The COVID-19 epidemic, which left its mark on the twenty-first century, is still not over even after three years, and research on the COVID-19 virus continues around the world. During the epidemic, the duties and responsibilities of health institutions have increased and they have become one of the stakeholders who take the most responsibility.

The aim of this research is to reveal the methods of coping with stress by examining the organizations providing health services and the stress levels experienced by health workers working in these organizations during the COVID-19 epidemic in İvrindi district of Balıkesir in the years 2019-2021. It is aimed to provide an idea for managers and staff about working under stress and measures to be taken against stress. Within the scope of the research, 172 health workers who answered the questions of the personal data form and the Stress Symptoms Scale work in different health service groups and institutions. In this context, data analysis was carried out using the SPSS 26.0 program and it was studied with a confidence level of 95%. In the study, Independent groups T-test and One-Way Analysis of Variance were used. According to the results obtained when the collected data were evaluated, no significant effect was observed in the service group, marital status, institution and age of the health workers in Balıkesir Province İvrindi district during the COVID-19 epidemic period; It was not observed that there was a significant difference by not affecting their behavioral, physical and psychological states. It has been concluded that

the methods preferred by the individual health workers, the successful management of the process by the district civil chief, the positive attitudes of the institution managers, the harmony of the teams, the cooperation and coordination between the institutions facilitate the coping of the stress in the process with the increased workload of the health workers.

Keywords: Balikesir Epidemic Disease, COVID-19, Stres, Stress, Healthcare Professionals, Public Health Directorate, Public Hospitals Association, Emergency Health Services,



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ 1

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2 Araştırma Soruları 2

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE 3

2.1 Salgın Hastalık Kavramı..... 3

2.2 Salgın Hastalıkların Sınıflandırılması 5

2.2.1 Endemi 5

2.2.2 Epidemi 6

2.2.3 Pandemi..... 6

2.4 Dünya Tarihinde Önemli Salgın Hastalıklar	7
2.5 COVID-19 Salgını.....	11
2.5.1 COVID-19 Belirtileri ve Bulguları	14
2.6 COVID-19 Türkiye ve Dünya Genel Durumu	16
2.7 Stres Tanımı ve Kaynakları	22
2.8 Örgütsel Stres, Kaynakları ve Sonuçları.....	26
2.10 Stres ve Performans	28
2.12 Stres Yönetimi	30
2.13 Sağlık Kuruluşlarının Genel Yapısı.....	31
2.13.1 Halk Sağlığı Müdürlüğü.....	34
2.13.2 Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Görev ve Yetkileri	36
2.13.3 Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Görev ve Yetkileri	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM	41
3.1 Araştırmanın Türü	41
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	41
3.3 Araştırmanın Etik Boyutu.....	42
3.4 Veri Toplama Araçları.....	42
3.4.1 Kişisel Veri Formu.....	43
3.4.2 Stres Belirtileri Ölçeği	43
3.5 Verilerin Toplanması.....	43
3.6 Verilerin Analizi	44

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
--------------------------------------	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	46
----------	----

BEŞİNCİ BÖLÜM	60
---------------	----

SONUÇ VE ÖNERİLER	60
-------------------	----

KAYNAKÇA	64
----------------	----

EKLER	I
-------------	---

EK-1 SAĞLIK BAKANLIĞI BAŞVURU SONUCU	I
--	---

EK-2 BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BAŞVURU SONUCU.....	II
--	----

EK-3 ETİK KURUL ONAYI.....	IV
----------------------------	----

EK-4 KULLANILAN VERİ FORMLARI	V
-------------------------------------	---

ÖZGEÇMİŞ.....	VIII
---------------	------

SİMGELER ve KISALTMALAR

WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
CoV-19	Corona Virus Disease-19
ASHİ	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
EVD	Ebola virüsü Hastalığı
(rVSV-ZEBOV)	Ebola Aşısı
PHEIC	Uluslararası Öneme Sahip Halk Sağlığı Acil Durumu
FDA	ABD Gıda ve İlaç İdaresi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
SARS-CoV	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
H1N1	Domuz Gribi Virüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
EVD	Ebola virüsü Hastalığı
2019-nCoV	Novel Coronavirus 2019
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TCRG	Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete
TCCMBS	Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
ASKOM	Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
HSYS	Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Pers	Personel
Sağ	Sağlık
TL	Türk Lirası
Vd	Ve Diğerleri
Yy	Yüzyıl
%	Yüzde

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Cinsiyet Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	46
Tablo 2	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Yaş Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	47
Tablo 3	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Eğitim Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	48
Tablo 4	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Hizmet Sınıfları Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	49
Tablo 5	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Medeni Durum Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	50
Tablo 6	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Kiminle Yaşadığı Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	51
Tablo 7	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Çocuk Sayısı Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	52
Tablo 8	Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Gelir Düzeyi Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları	54
Tablo 9	Stres Belirtileri Düzeyinin Medeni Duruma Göre T-Testi Sonucu	55
Tablo 10	Stres Belirtileri Düzeyinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)	56
Tablo 11	Stres Belirtileri Düzeyinin Hizmet Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)	57
Tablo 12	Stres Belirtileri Düzeyinin Sağlık Kurumlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No	Sayfa No
Şekil 1	Covid 19 Bulaş Siklusu	13
Şekil 2	COVID-19 Enfeksiyonunun Sistemik ve Solunumsal Hasarları	15
Şekil 3	Sağlık Bakanlığı Yönetim Şeması	33



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Sağlık hakkı, sağlıklı bireyler ve toplum hedefine ulaşabilmek için gerekli tesislere ve şartlara ulaşma ve bunları kullanma hakkını ifade eden bir terimdir. Bütün insanlara verilen sağlık hakkı devleti yönetenlere; saygı duyma, koruma ve yerine getirme sorumluluğu yükler (Zengin, 2010). Dünya Sağlık Örgütü daha önce bilinmeyen bir hastalığın ortaya çıkarak kolaylıkla ve devamlı olarak yayılması, insanlar için tehlikeli sonuçlar oluşturması ve çok sayıda insan ölümüne sebep olmasını ‘pandemi’ olarak tanımlamaktadır (Stoyanova vd., 2022). Salgın hastalıklar halk sağlığını tehdit ettikleri için insanlar için tehlike yaratmaktadır. Dünyada salgının öncesinde de insanlar arasındaki etkileşim ve ülkeler arasında seyahat hareketliliği olduğu için bu durum yaşanan salgının eski salgınlara oranla daha hızlı yayılmasına neden olmuştur. Yaşanan son salgınla beraber modern ve gelişmiş denilen ülkelerin beklenmedik ani salgınlara karşı hem kamusal hem de toplumsal açıdan hazır olmadığı ortaya çıkmıştır (Afacan ve Avcı, 2020). Araştırmanın bu bölümünde problemin tanımı, önemi ve araştırma sorularına yer verilmiştir.

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık bakım hizmetleri sunan kuruluşlar farklı alanlarda hizmet vermektedir ve sunduğu hizmetin gereklilikleri farklılık göstermektedir. İvrindi Devlet Hastanesi, İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü, İvrindi 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve İvrindi Aile Sağlığı Merkezi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının da COVID-19 salgını döneminde branşları aynı olmasına rağmen yaptıkları iş farklılık göstermektedir. Dolayısıyla çalışanların medeni durumlarının, yaşlarının, hizmet gruplarının ve çalıştıkları kurumlarının etkilenme düzeylerinde farklılıklar meydana getirip getirmeyeceği başlı başına bir araştırma konusudur. Bu çalışma kapsamın da söz konusu etkilenme düzeyleri ve tecrübe edilen strese yönelik herhangi bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmeti sunan kuruluşları ve bu kuruluşlar bünyesinde görevli sağlık çalışanlarının yoğun baskı altında tecrübe ettikleri stres düzeylerini

inceleyerek stresle baş etme yöntemlerini ortaya koymaktır. Stres altında çalışma durumu ile strese yönelik alınabilecek önlemler noktasında yöneticiler ve personel için fikir sağlayıcı olması amaçlanmaktadır.

1.2 Araştırma Soruları

Bu tez çalışması kapsamında aşağıda yer verilen sorulara cevaplar aranmıştır:

1. Sağlık çalışanlarının bulunduğu hizmet grubunun stres düzeyine anlamlı bir etkisi var mıdır?
2. Medeni durumunun stres düzeyine anlamlı bir etkisi var mıdır?
3. Yaşın stres düzeyine anlamlı bir etkisi var mıdır?
4. Çalışma gruplarına göre stres düzeylerinde anlamlı farklılık var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde salgın hastalığın tanımı, sınıflandırılması, Dünya tarihinde önemli salgın hastalıklar, COVID-19 Salgını tanım, belirti ve bulguları, COVID-19 Türkiye ve Dünya genel durumu, stres tanımı ve kaynakları, sonuçları, stres ve performans, stres yönetimi, sağlık kuruluşlarının genel yapısı hakkında bilgilere yer verilmiştir.

2.1 Salgın Hastalık Kavramı

Salgın hastalıklar, insanlık tarihi boyunca canlıların çoğu için en korkunç sorun haline gelmiştir, çünkü sadece enfekte olmuş olan bireyler için değil tüm toplum birçok olumsuz etki yaratmaktadır. Mikroorganizmalar da tıpkı insanlar gibi küreselleşmenin ulaşım imkânlarından faydalandığı için insanlık tarihindeki eski hastalıklara göre daha hızlı ve etkili tehlikeler olarak yerini alır. Hastalıkların oluşmasına neden olan herhangi bir enfeksiyonun duyarlı canlıya direkt veya endirekt şekilde geçtikten sonra oluşan bulaşıcı hastalığın oldukça kısa sürede birçok canlıda hastalık oluşturmasına, salgın hastalık denmektedir (Yurdakul, 2015).

Hızlı ve düzensiz şekilde gerçekleşen nüfus artışına kişisel hijyen ve temizlik kurallarını uygulamama eklendiği zaman salgın hastalıklar hızlı yayılım göstermektedir. Salgın hastalıkların ve toplu canlı ölümlerinin olmasında tarih boyunca tarım toplumlarındaki gelişimde etkili olmuştur. Hayvanlardan bulaşan hastalıklardan insanların etkilenmesi, insanların yerleşik yaşama geçme döneminde temiz su bulmada yaşadığı kaynak güçlüğü, yerleşik yaşamla beraber insanların bir arada yaşaması ve kendi bölgesinin dışında yaşayan insanlarla etkileşiminin artmasının da büyük salgınların oluşmasında etki oluşturduğu görülmektedir (Özden ve Özmat, 2014).

Zaman zaman salgınlara neden olan bulaşıcı hastalıklar bulunduğu toplumun sağlığını ciddi şekilde tehlikeye sokar. Belli bir zamanda bir hastalığın çok fazla kişide belirti

göstermesine “salgın (epidemi)”, kıtaları etkileyecek duruma gelmesine de “pandemi” denmektedir (Arık, 1991).

Epidemi, kontrol edilirken güçlük yaşanan bulaşıcılığı yüksek salgın hastalıklardır. Bulaşıcı salgın hastalıklar çok geniş coğrafyalara hızla yayılarak kıtalara, bazen tüm küreye, insanlar veya hayvanlarda hastalık ve ölümlere neden olur. Hastalıklara neden olan mikroorganizmaların bir türden diğetine, hayvanlardan insanlara, insanlardan insanlara veya havadan, sudan, topraktan insanlara ve hayvanlara geçebilen enfeksiyöz hastalıklar da bulaşıcı hastalık olarak tanımlanır. Bakteri, virüs, mantar, parazit veya riketsia salgın hastalığa yol açan mikroorganizmalardır. Bulaşıcı hastalıklar çok çeşitli şekillerde insanlara veya hayvanlara geçme özelliğindedir (Aslan, 2020).

Salgın hastalığın önlenmesi için daha fazla yayılmasına engel olmak esastır. Salgını kontrol altına alabilmek için olası/şüpheli kişiler sağlık kuruluşlarına başvurmadan da tespit edilebilir. Salgının en az zarar veya tehlike ile atlatılabilmesi için zamanında ve tam anlamıyla yapılan sürveyans sisteminin gerçekleşmesi ve sistematik bir fiyasyon uygulaması şarttır. Salgın hastalığın kontrolünün etkin hale getirilmesi ve geliştirilecek olan stratejiler açısından hastaların tespit edilmesi, kaydının tutulması gerekli ve önemlidir. Sağlık personeli bağı bulunduğ kurumdan ayrılmadan, vakaların sağlık kuruluşuna gelerek sağlık çalışanın çaba harcamadan hasta kaydının tutulması işlemine ‘pasif sürveyans’ denir. Salgın hastalığın başlamasının beklendiği dönemde veya bulaşıcı hastalık ortaya çıktığında sağlık çalışanlarının şüpheli kişileri tarayarak hastalığın yayılmasını önlemeye yönelik yapılan hastaların tespit edilerek, kaydının tutulmasına ‘aktif sürveyans’ denmektedir. İlçe sağlık müdürlüklerinde görevli sağlık çalışanlarının ev ev dolaşarak COVID-19 hastası bireylerin, temas ettikleri kişileri karantinaya alması, şikâyetleri olanlardan test örneği olarak il laboratuvarlarına testleri analize göndermesi en güncel sürveyans örneğidir (Pala, 2020).

Bireyin ölümü en büyük toplumsal kayıplardan biridir. Bireyin üreteceği değerleri de engellediğinden ekonomik kayıplara da neden olur. Bireyin hastalanması da üretimi düşüreceğinden ekonomik olarak kayıplara neden olur. Tedavi edici sağlık bakım hizmetlerinin de koruyucu sağlık bakım hizmetlerinden maliyeti fazladır. Salgınlar ortaya

çıkıldığı toplumlarda eğer kontrol altına alınamazsa birçok farklı alanda zararları olacaktır. Korku ve kuşku oluşturarak toplumun sosyal yaşamını olumsuz etkiler. Sağlık personelinin üzerinde iş yükü oluşturarak rutin sağlık bakım hizmetlerinin aksamasına sebep olur. Ölüm oranlarında artış ve bireylerin sakat kalmasına neden olur. Yerel, ulusal ve global ekonominin üzerinde ekonomik olumsuzluklara neden olur. Meydana geldikleri bölgenin sınırlarını aşan bulaşıcı hastalık yayılarak diğer bölgelerde de kontaminasyon gerçekleştirerek, evrenselleşmeye yardımcı olur (Çalışkan ve Özcebe, 2013).

Küreselleşme olgusu salgın hastalıklardan kaynaklanan riskleri arttırmaktadır. Salgın hastalıklar sadece insan sağlığı açısından değil, kültürel ve ekonomik açıdan da toplumlarda kayıplara sebep olmaktadır. Bununla birlikte eğer salgın süreci iyi yönetilebilirse ortaya çıkacak olan zararı en aza indirme, telafi etme veya bu durumdan elde edilen tecrübeleri toplumsal faydaya çevirme imkânı mevcuttur (Kıllıoğlu, 2022).

2.2 Salgın Hastalıkların Sınıflandırılması

2.2.1 Endemi

Bir popülasyonda veya belirli bir coğrafyada herhangi bir hastalık etkeninin varlığına endemi denmektedir (Aslan, 2020). Belirli bölgeye özgü, yerli olan hastalık etmenine endemi denir (Kaygın ve Göktürk, 2009).

Belirli bir bölgede sabit şekilde, o bölgeye özgü olarak görülen hastalıkları tanımlamak için kullanılır. Bir hastalığın endemik hale gelmesini o bölgede bulunan halkın beslenme eksikliği veya bölge koşullarının zemin hazırladığı enfeksiyon etkenlerinden kaynaklanabilir (Büyüm, 1993).

2.2.2 Epidemi

Bir topluluk veya bölgede görülen, belli bir zaman diliminde belli bir insan popülasyonunda eski tecrübe edinilmiş vakalardan daha güçlü ve fazla etkiler gösteren hastalıklara epidemik hastalık denir (Yıldız, 2017).

Bir hastalığın çok büyük çapta aynı zaman aralığında birçok bireyi etkilemesi olarak tanımlanır (Kaygın ve Göktürk, 2009).

Epidemi, bulaşıcı hastalığın belirli bir zamanda hızla yayılmasına denir. Epidemi, belirli bir coğrafyaya özgü olan hastalık yapıcı etkenin enfeksiyon oluşturma durumunun artması ve başka yerlerden oluşan bulaşın yaygınlaşması sonucu oluşur. Mevcut enfeksiyonun yayılmasına bağlı olarak mevsimlik artışlarının dışında da salgınlar oluşur. Yayılmanın, coğrafi olarak sınırlı kalması durumunda epidemiden söz edilir. Avrupa’da var olmayan kolera gibi bir enfeksiyon, endemik olarak bulunduğu ülkelerden başka ülkelere sıçrayabilir. Nüfusun büyük kısmının etkilenerek çok sayıda insanın hastalanması ve hastalığın dünya ya da kıta ölçeğinde yayılması durumuna pandemi denir. Salgın hastalıkların yayılma hızı zamanla değişime uğrar. Salgın hastalıklar kısa süreli, mevsimsel veya uzun süreli olarak görülebilir. Bir hastalığın salgın durumu incelenirken yayılmada etkili olan etkenlerine, yayılma şekillerine dikkat edilir. Salgın hastalıkların bulaşıcılığı hem hayvanlar, hem de insanlar üzerinden gerçekleşir. İyileşen hastalar kadar sağlıklı bireyler de taşıyıcı olarak değerlendirilir. Enfeksiyon etkeninin yayılımı konak aracılığıyla, temasla, dolaylı veya damlacıkla bulaşma şeklinde gerçekleşir (Büyüm, 1993).

2.2.3 Pandemi

Epidemik hastalıkların birçok ülkede yaygın olarak, insanları etkilediğinin gözlenmesine pandemi denir. Kıtalara veya tüm yeryüzüne yayılarak etkisini gösteren salgın hastalıklara ‘pandemi’ denmektedir (Yıldız, 2017).

Enfeksiyon; virüs, bakteri gibi mikroorganizmaların vücuda girerek, gelişip ve çoğalmasındır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yeni bir virüsten oluşan salgın hastalığın insandan insana bulaşmasını hızlı ve kolay global bir tehdit olarak gündemine alırsa bunu pandemi olarak değerlendirir. WHO'ya göre enfeksiyondan kaynaklı hastalığın pandemi olması için ortaya çıkan salgın hastalıkla daha önceden insanlığın tanışmamış olması, insanlara bulaşma ve hastalık oluşturan mikroorganizmanın kolay ve devamlı şekilde yayılma göstererek tehlike yaratması gerekmektedir. Bir durum veya hastalığın bulaşıcı şekilde yaygın olarak insanların hastalık ve ölümlerine neden olması pandemi olarak adlandırılır. Sık görülen bir ölüm nedeni olarak bilinen kanserler, hatta bazı türlerinin bulaşıcı etkenlerce oluşmasına rağmen, bireyler arasında bulaşıcılığı olmadığından pandemi olarak nitelendirmek doğru olmaz (Kara, 2010).

2.4 Dünya Tarihinde Önemli Salgın Hastalıklar

Mikropların ve taşıyıcıların zararları, yalnızca çoğaldıkları ortamda ve yakın çevresiyle sınırlı kalmaz. Bazı doğal olaylardan sonra veya insanların çeşitli etkinliklerine bağlı yayılarak dünyanın büyük bölümünde afet boyutuna gelerek canlılara zarar veren büyük salgınlara (pandemi), ölümlere ve ekonomik kayıplara sebep olur (Cemalettin ve Sipahioğlu, 2009). İnsandan insana enfeksiyonun geniş bölgelere yayılarak hastalıklar oluşturmaya 'pandemi' denmektedir (Serbest, 2022).

Bulaşıcı hastalıkların neden olduğu salgınlar tarih boyunca insanoğlunun en büyük sorunlarından birisi olarak etkisini şiddetli şekilde hissettirmiştir. Ortaya çıktığı dönem ve topluma göre çeşitli etkileri olduğu görülmüştür. Salgın hastalıklar can kayıplarına, devletin ekonomisine, toplum düzeninin değişmesine, savaşların galibiyetine de yön vererek dünya tarihinin şekillenmesinde de önemli rol oynamıştır. Uzun yıllar etkisini devam ettiren veba salgını sonrasında feodal düzen ve klisenin gücü sarsılmıştır, bilimsel anlayış ön plana çıkmıştır. Her salgını etkileri açısından ayrı ayrı değerlendirmek gerekir. Eskiden insanlar ortaya çıkan salgın hastalıkları tanrının insanlığa bir cezası olarak düşünmüşlerdir. Hititler döneminde Anadolu'yu yirmi yıl kadar veba salgını etkisi altına almıştır. Roma Dönemi'nde 'Antoninus Salgını' görülmüştür. Salgının veba, kızamık ve çiçek hastalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Roma İmparatorluğunda çok fazla ölüme neden olarak,

yıkıma ve bölünmeye sebep olacak kadar derinden etkilenmiştir. Doğu Roma 541-767 yılları arasında görülen 'Justiyen Vebası' ile tanışmış, Mısırdan gelen tahıl gemilerindeki farelerin üzerindeki pirelerle İstanbul'a da ulaşmıştır (İnce ve Yazkan, 2021).

14. yüzyıl başlarında Çin'de görülen veba salgını kıtalar arası salgın haline geldi. Hastalığın görüldüğü yerler kordon altına alınarak ve duvarları sirkeyle ıslatarak tedbir alınmaya çalışılmıştır. Karantina merkezleri 14. yüzyılda Venedik ve Dubrovnik'de kuruldu. Gemileri limanlara almama gibi karantina tedbirleri uygulandı. Bulaşıcı hastalığın çeşidi, ortaya çıktığı dönem ve coğrafyasına göre çeşitli karantinalar uygulanmıştır (Aktaş, 2021).

1918-1920 yıllarında yılların da İspanyol gribi, H1N1 virüsünün ölümcül alt türünün sebep olduğu bir grip salgınıdır. Zayıf, yaşlı ve çocuklardan daha çok sağlıklı gençlerde ölümcül etkilere göstermiştir. 1. Dünya Savaşının sona ermesinde etkili bir rol oynamıştır. İspanyol basını salgını gündeme getirdiği için adını buradan almıştır (Ketrez vd., 2020).

Hong Kong gribi 1968-1972 yıllarında Hong Kong'ta ortaya çıkmış ve adına Asya Gribi veya Çin Gribi de denmiştir. Virüslerin bir araya gelerek antijenik sapmalar sonucu H2N2 virüsünden türemiştir. Kuş gribi virüslerinin genlerini taşımaktadır. 1968 yılında Vietnam, Singapur, Filipinler, Kuzey Avustralya, Avrupa ve Kaliforniya'ya kadar yayılım göstermiştir. Salgın 1969 yılında Japonya, Afrika ve Güney Amerika'ya kadar yayılım gösterdi. Amerika Birleşik Devleti'ndeki salgınların 1968 yılında artması sonucu bir ay sonra aşı bulundu (Aslan, 2020).

HIV/AIDS ilk olarak 1981 yılında Amerika'da homoseksüel erkeklerde ortaya çıkan ilk beş olgunun ardından, edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS)'un kontrol altına alınamayarak bağışıklık sistemine zarar verir. Korunmasız cinsel temasla, kan ve kan ürünleriyle, gebelikte anneden bebeğe veya emzirme esnasında bulaşabilir. Aşısı yoktur. Salgının seyri az da olsa devam etmektedir (Babayiğit ve Bakır, 2004).

Sıtma salgını tropikal iklim bölgelerinde insandan insana sivrisinekler aracılığıyla bulaşan bir hastalıktır. Askerlik yapma, bataklık kurutma gibi işlerde erkekler görev aldığı için erkeklerde görülme olasılığı kadınlardan daha fazladır. Bireyler sıtma nöbeti geçirmeden birkaç gün önce halsizlik, neşesizlik, kabızlık, iştahsızlık, sırt ve bacak ağrıları ile karşılaşır. Bireyler yüksek ateşe bağlı nöbet geçirme, yüksek ateş, titreme ile başlayıp terleme ile devam ederler. Afrika'da ki ormanların tahrip edilmesinden dolayı ortaya çıktığına ve kölelerin aracılığıyla Amerika ve Avrupa kıtasına da yayılmıştır (Nıkıforuk, 2000).

Kolera salgınına *vibrio cholerae* bakterisi ince bağırsaklarda enfeksiyon oluşturarak ishal ve dehidratasyon şeklinde etki eder. Asya'da endemik olarak başlayan kolera 1817 yılında Hindistan'da ortaya çıktı ve yayıldı. 1923 Eylül sonunda Rusya'ya yayıldı. 1924 yılında bittiği düşünülen salgın 1927 yılında yeniden Hindistan'da yayılmaya başladı. Afganistan, Fas, Filistin, Suriye ve Paris'e yüzbinlerce ölüme sebep oldu. 1839 da yine Hindistan Bangal'da kendini gösterdi. Avrupa, Kuzey Amerika ve Afrika'yı geçerek özellikle Rusya'yı derinden etkiledi, 1854 ve 1855'te Venezuela ve Brezilya üzerinden Güney Amerika'ya ulaştı. 1852'den itibaren kolera doğuya Endonezya, Japonya, Filipinler, Kore'ye yayılmış ve birçok ülkede binlerce ölüme sebep olmuştur (Ahmadı vd., 2020).

Çiçek hastalığı salgınına etken Poxvirus grubundan bir virüstür. Her cins ve her yaşta irinli kabarcıklar şeklinde insanlarda görülen bir hastalıktır. Yüz bölgesinde izler bırakan, ateşli, ağır bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalığa çocuklarda daha sık rastlanır. Kişisel eşyaların ortak kullanımı, hastayla aynı ortamda bulunma ve sinekler yoluyla bulaşma gerçekleşir. Bu hastalık yüzünden yaklaşık 20 milyondan fazla insan hayatını kaybetmiştir. Tarihteki ilk aşı uygulaması bu hastalıkta meydana gelmiştir (Aslan, 2020).

Rus Gribi olarak bilinen 1889-1890 yılları arasında enfluenza virüsü kaynaklı grip salgını diğerlerinden farklı olarak, demiryolu ve deniz taşımacılığının imkânlarından faydalanarak geniş coğrafyalara yayılmıştır. Kazakistan ve Kırgızistan gibi Orta Asya ülkelerinde ortaya çıkan salgın kısa sürede Moskova ve St. Petersburg şehirlerine ulaşmıştır.

Paris ve Kuzey ülkeleri hariç bütün Avrupa'ya deniz ulaşımıyla, Tokyo gibi şehirlere kadar yayılarak yüzbinlerce kişinin ölümüne sebep olmuştur (Elçi, 2020).

2014-2016 Ebola, İlk kez 1976 yılında Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde Orta Afrika'da ortaya çıkan ölüm hızı yüksek olan viral zoonotik hastalık insanlar, maymunlar, şempanzeler ve goriller gibi primatlarda hastalığa neden olmuştur. Salgın ismini ortaya çıktığı bölgede bulunan Fransızca "Ebola" olarak adlandırılan Kongo nehrinin bir kolundan almıştır. Hastanelerdeki kontamine olan iğnelerin kullanılmasıyla ve bireylerin yakın temaslarıyla yayılma göstermiştir. Tarihteki en büyük Ebola salgını, 2013-2016 yıllarında Batı Afrika'da yaşanan salgındır. Dünya Sağlık Örgütü EVD (Ebola Virüsü Hastalığı) salgınını 23 Mart 2014 tarihinde ilan etti. Hastalık Gine'nin sınır komşusu olan Liberya ve Sierra Leone'ye Temmuz 2014 tarihine kadar hızlıca yayılım gösterdi ve bunun üzerine Dünya Sağlık Örgütü Batı Afrika'nın kötüleşen bu durumunu 8 Ağustos 2014'te Halk Sağlığı Acil Durumu (PHEIC) ilan etti. Salgın süresince Ebola İtalya, Mali, Nijerya, Senegal, İspanya, ABD ve İngiltere'ye kadar yayıldı. Dünya Sağlık Örgütü Batı Afrika'nın Ebola durumu hakkında PHEIC statüsünü 29 Mart 2016'da kaldırdı. Gine, Liberya ve Sierra Leone'de toplam 28.616 Ebola vakası ve 11.310 ölüm bu salgında bildirilmiştir. Gine'de 2015 yılında yapılan büyük bir deneysel çalışmada Ebola aşısının (rVSV-ZEBOV) Ebola'ya karşı oldukça koruyucu olduğu kanıtlanarak, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 2019 yılında onaylandı (Sivanandy vd., 2022).

Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) viral hastalığa neden olan betacoronavirüs ailesi içinde yer alan yeni bir coronavirüstür. Büyük bir rezervuar olan develer, MERS-CoV'un hayvan kaynaklı bir enfeksiyon olduğunu düşündürmektedir. Bireylerde ateş, öksürük, nefes darlığı ve şiddetli akut solunum yolu hastalığı şeklinde kendini göstermektedir. İnsandan insana yakın temas olmadığı sürece geçmesi zordur. Hastaların ölüm oranı %35 olarak bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü evrensel verilerine göre 740 MERS kaynaklı ölüm, 2122 bildirim yapılmış olgu/vaka rapor edildi. Suudi Arabistan ve Katar'da yılın ilk yarısında görülen MERS, son 6 ay içerisinde Birleşik Arap Emirlikleri'nde bildirilen bir kişi dâhil olmak üzere 11 Aralık 2017 tarihinde Suudi Arabistan ve Umman'da görülmüştür (Çalışkan, 2018).

Salgınlarla mücadele etmek hastalığın etkenine göre değişmektedir. Ancak en etkili yöntemler; karantina, izolasyon, aşılama, hastalığın kaynağında yok edilmesi, erken tanı, takip ve tedavidir. Salgın hastalığın tek bir çözüm şekli olmayabilir. Toplumun hijyen kurallarına uyması, içilebilir nitelikli suyun temini, kanalizasyon işletiminin güvenilirliği, dengeli beslenilmesi, erken tanı ve tedavinin gerçekleşmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli kısmıdır (Parıldar, 2020).

2.5 COVID-19 Salgını

Geniş bir aileyi oluşturan koronavirüslerin yapısı zarflı, tek zincirli pozitif RNA virüsleridir. Latince'deki 'corona' taç anlamına geldiğinden yüzeyindeki çubuksu uzantılardan benzetilerek 'Koronavirüs (taçlı virüs)' denilmektedir. 20. Yüzyılda keşfedilen tüm dünyada yaygın halde bulunan ve insanlarda hafif solunum yolu hastalıklarına 1960 yılından sonra neden olduğu gözlenmiştir. Birçok hayvan türünde özellikle yaygın şekilde yarasalar ve develerde bulunmaktadır. Koronavirüsün alt grubunda alfa, beta, gama ve delta vardır. Alfa koronavirüs'e insanlar, domuz ve yarasalarda rastlanmaktadır. Beta koronavirüs'e insanlar ve kemirgenlerde, gamma koronavirüs'e memeli deniz hayvanlarında ve kuşlarda rastlanır. Delta koronavirüs ise ardıç, bülbül ve ispinoz kuşunda tanımlanmıştır (Çiftçi ve Çoksüer, 2020).

İnsanlarda solunum yolu enfeksiyonuna neden olan iki tip koronavirüs (HCoV-229E, HCoV-OC43) bulunurken, Çin'in Guangdong şehrinde 2022 yılının sonunda yeni tip olarak SARS-CoV "Ağır Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü" tanımlanmıştır. Yaygın olarak insanlarda solunum yolu enfeksiyonuna neden olan NL63 ve HKU1 koronavirüs türü de 2004-2005 yıllarında tanımlanarak, yaygın olarak hastalık yapan virüs türleri 229E, OC43, NL63 ve HKU1 olarak tamamlanmıştır. Bu türler SARS'tan farklı olarak hafif orta şiddette enfeksiyonlara neden olur. SARS bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının da yer aldığı 30 ülkede 8378 bireyin hastalanmasına, 774 bireyin de ölümüne neden olmuştur (Çiftçi ve Çoksüer, 2020).

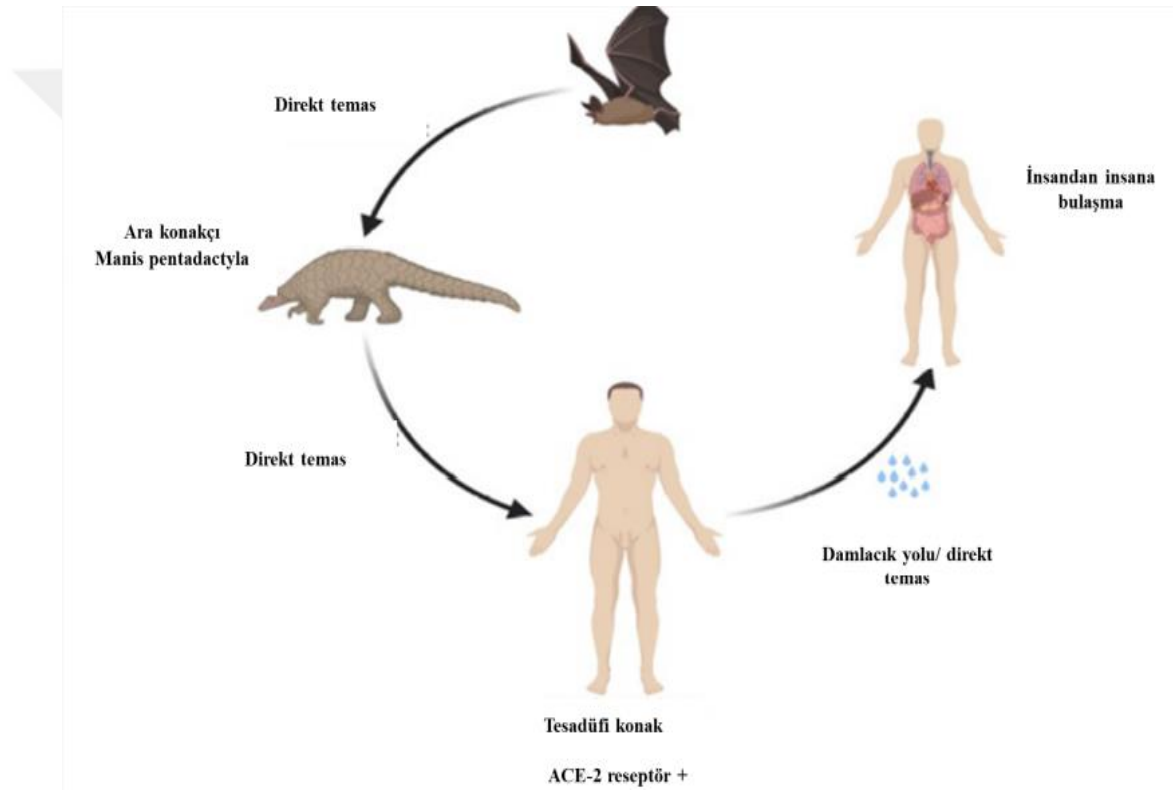
SARS-CoV olarak isimlendirilen etkenin daha önce insanlarda hastalığa neden olduğu bilinmeyen varyantın SARS'a yol açmasının anlaşılmasıyla oluşmuştur. 2003 yılında gerçekleştirilen önlemler sayesinde SARS ortadan kaybolmuştur (Peiris vd., 2003).

Daha etkili bir şekilde on yıl sonra, koronavirüsün yeni bir tipi olarak şekilde ortaya çıkmıştır. Suudi Arabistan'da Haziran 2012'de böbrek yetmezliği ve pnömoniden dolayı kaybedilen bir viral pnömoni olgusundan alınan örneklerde koronavirüsün yeni bir tipi tespit edilmiştir. Ciddi akut solunum yetmezliği yaşatan yeni tip koronavirüsün Eylül 2012'de gen sekanslama çalışmalarıyla Betacoronavirus genusuna ait olduğu, Arap Yarımadası'ndaki bilinen diğer koronavirüs ve SARS türlerinden farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Gizemli ve ölümcül olarak kısa sürede tanınan bu hastalığa MERS "Orta Doğu Solunum Sendromu", bu salgından sorumlu olan yeni koronavirüse de "Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus; MERS-CoV)" denmiştir (Zaki vd., 2012).

MERS-CoV'un hastalığının ortaya çıkmasından yaklaşık sekiz yıl sonra, 31 Aralık 2019 - 3 Ocak 2020 tarihleri arasında Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan şehrinde deniz ürünleri ve çeşitli canlı hayvanının sunulduğu bir pazar ortamında tespit edilmiştir. Zamanlama olarak hemen hemen aynı olan 44 kişide pnömoni belirlenmesiyle yeni tip bir virüsten kaynaklı salgın hastalık olasılığını Çin'deki ulusal yetkililer 3 Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne bildirmiştir. Hastalığın hızlı bir şekilde yayılmasıyla, toplam 9976 olgu 30 Ocak 2020 tarihine kadar belirlenmiştir. Hastaların solunum yolundan alınan örneklerin incelenmesiyle yeni tip koronavirüsün ortaya çıktığı 7 Ocak 2020 tarihinde Çin Hükümeti tarafından açıklanmıştır. Önce "Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)" adı verilen bu yeni virüs, daha sonra genetik yapısının SARS koronavirüsüyle benzerlik oranının %70'i göstermesinden dolayı adını SARS-CoV-2 olarak almıştır (Chan vd., 2015).

Dünya, bugün yeni tip virüs olan SARS-CoV-2 (COVID-19)'un etkisi altında kalmıştır. 2019 Aralık'da Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde çıkarak, tüm dünyaya çok kısa zamanda hızla yayılması durumunu 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü pandemi olarak ilan etmiştir (WHO, 2020).

Çok kararlı şekilde izolasyon önlemleri alınmasına rağmen globalleşmenin de verdiği etkiyle hastalık Çin dışına taşınmış, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ilk olarak hastalık 20 Ocak 2020 tarihinde görülmüştür. “Koronavirüs Hastalığı 2019 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19)” 2 Şubat 2020 tarihinde neden olduğu hastalık tablosuna da, kaynaklandığı herhangi bir ülkeden, bölgeden, insan ırkından veya hayvan adından da uzak kalarak adını almıştır. Olgu sayılarında bu tarihten sonra artış bildirilirken, sağlık çalışanlarının da hastalığa yakalanması hastalıkta insandan insana temas yoluyla bulaşıcılık olduğunu göstermiştir (Chan vd., 2015).



Şekil 1. Covid 19 Bulaş Siklusu
(Akbıyık ve Avşar, 2020)

Bulaşıcı hastalık salgınlarında ilk vaka/olgunun ortaya çıkması ve vaka/olgu ile temas eden bireylerin veya başka vaka/olguların araştırılıp bulunmasına yönelik yapılan çalışmalara Filyasyon (Filiation, contact tracing) denmektedir. Bulaşıcı hastalığın etkenini ortadan kaybederek vereceği hasarı yok etmek veya en aza indirmek için en etkili ve doğru yöntem kaynağı hedef almaktır. Hastalığın kaynağına yönelerek önleyici uygulamaların gerçekleştirilmesi için kaynağın doğru tespit edilmesi gereklidir. Bazen kaynağı bulmak

imkânsız hale gelebilir, böyle durumlarda gidilebilen son noktaya kadar kaynak tespitinin yapılması gerekir. Önleyici uygulamalara kaynağın tespiti/filyasyon, bildirilmesi, kesin tanının koyulması, ayrıştırılması, dezenfeksiyonu, taşıyıcıların aranması, iyileştirme, hijyen ve sağlık eğitimi, hayvan sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, hasta hayvanın bulunması/iyileştirilmesi/yok edilmesi ve evcil olmayan hayvanlardan uzak durulması şeklinde uygulanabilir. Bilimsel verilerin ışığında bulaşıcı hastalıklar doğru stratejilerle etkin şekilde yürütülebilir. Tedavisi ve aşısı henüz ortaya koyulmamış salgınları salgın baskılama stratejisi veya salgının etkisini azaltma stratejileri ile yürütmek gerekir. Salgını baskılama stratejisinde insanların birbiriyle temasının kesilmesine yönelik karantina gibi sıkı uygulamalar gelmektedir. Salgının etkilerini azaltma stratejisi ise bireyler arasındaki fiziksel teması ve toplumun hareketliliğini azaltmayı esas alır (Pala, 2020).

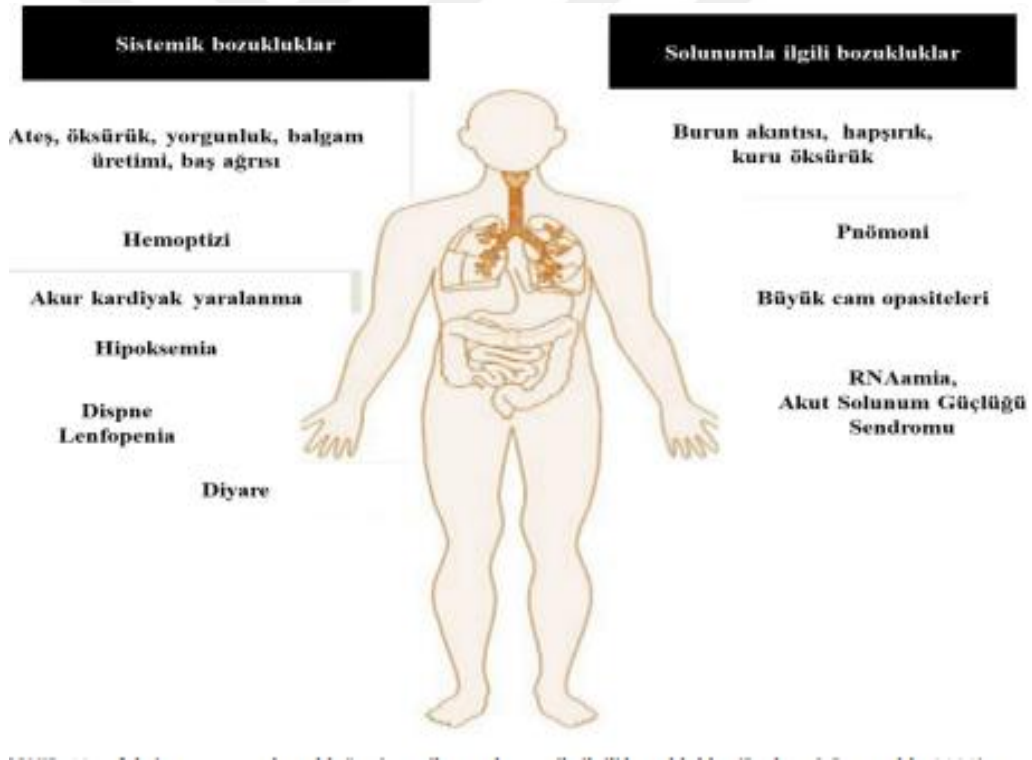
Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 pandemisi ilan edildiğinde bu hastalıkla mücadele edecek herhangi bir tedavi ve hastalıktan korunacak aşı, bağışıklama sistemi olmadığı için enfekte olmuş olan bireylerden uzak durarak, olası vakalardan uzak durarak, elleri en az yirmi saniye boyunca bol su ve sabunla yıkanması, alkol içerikli dezenfektan tercih ederek, hastaların karantinaya alınması ve tüm insanların maske kullanması gibi salgın hastalığı bulaşmasını önlemeye yönelik önlemleri bildirmiştir (Arslan ve Karagül, 2020).

2.5.1 COVID-19 Belirtileri ve Bulguları

Hastalarda genellikle aniden ortaya çıkan şikâyetler görülmektedir. Belirgin şekilde görülen şikâyetler; bulantı, yüksek ateş, kusma, kas ağrıları, halsizlik, boğazda ağrı, iştah kaybı, öksürük ve nefes darlığıdır. Bunlardan daha tehlikeli olarak pnömoni, böbrek yetmezliği ve hatta ölümcül riskler oluşturan kalp hasarı gibi komplikasyonlar gözlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2-14 gün arasında inkübasyon (kuluçkalama) süresini tamamladığını belirtmiştir. Bireyin kaynakla temasından yaklaşık 3-6 gün sonra çoğu olguda ateşlenme ve solunum sıkıntısının belirtileri ortaya çıkmaktadır (Chan vd., 2015).

Bireylerin COVID-19 hastalığına (Yeni Tip Koronavirüs Hastalığı) yakalanmasına neden olan SARS-CoV-2 virüsünün bulaşma hızı çok yüksektir. Bazı iddiaların tersine insan yapımı olmayan, mutasyona uğramış bir virüs şeklinde değerlendirilmektedir. Temas

yoluyla ve damlacıkların saçılması şeklinde bulaşma göstermektedir. Dokunma süresi ve tutma, bir de nem oranı virüsün dokunma ve temasla geçebilmesi için önemli iki ölçüttür. Normal şartlarda temas aracılığıyla virüsün bulaşması için 10 saniye temas gereklidir. Ancak temas edilen her iki yüzey de nemliyse yaklaşık 3 saniyeye, yüzeylerden birisi nemliyse bu süre 5 saniyeye düşer. Virüs kişiden kişiye şeklinde yayılım göstermektedir. Bulaşma riskini aynı ortamda hastalıklı veya virüsü taşıyan kişiyle temas bile etmeden 10 dakika boyunca 1 metre mesafe ile bulunmak bile artırır. Her geçen gün dünya genelinde virüse yakalanan kişilerin ve virüsten kaynaklanan ölümlerin sayısı artmaktadır. Beş milyonu geçen hasta, dört yüz bine yaklaşan da ölen sayısı vardır. Küresel olarak böylesine yaygın bir salgınla birebir mücadele içinde olanların psikososyal belirtilerinin ve ihtiyaçlarının izlenerek, desteklenerek korunmaları da gerekmektedir (Aslan, 2020).



Şekil 2. COVID-19 Enfeksiyonunun Sistemik ve Solunumsal Hasarları
(Rothan ve Byrareddy, 2020).

Klinik deneyimlere göre hastalık üç farklı klinik tabloda seyretmektedir. Hafif seyirli; akciğerde virüs tutulumunun olmadığı, ateş, boğaz ağrısı, öksürük gibi belirli belirsiz semptomların eşlik ettiği halidir. Hafif/orta Viral Pnömoni; Akciğer tutulumunun

gerçekleştiği ve çekilen film (BT) de görünen halidir. Ağır Viral Pnömoni; Akciger tutulumunun olduğu ve bölgenin yarısından fazlasında yaygın olarak gözlenen tablodur. Oksijen desteği ile toparlanabilenler veya entübasyon gereken çoklu organ yetmezliğinin yaşandığı durumlar gözlenir (Şener, 2020).

COVID-19 tedavisinde erken dönemde antiviral tedavi ile virüsü baskılamak ilerleyen süreçte ise yoğun bakımda kontrol altına alınmaya çalışılmıştır (Şener, 2020). Antiviral tedavi olarak ülkeler farklı farklı ilaçlara müracaat etmişlerdir. Klorokin (CQ), Hidroksiklorokin, Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir, Nitazoksanid, İvermektin, Tosilizumab gibi ilaçlar tercih edilmiştir. Ülkemizde ise Favipiravir, Favicovir, Famimol, Favipiravir Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 tedavi rehberine göre; ağır pnömonili olası/kesin olgularda, tek başına veya HCQ ile birlikte önerilmektedir. Ayrıca HCQ tedavisi alırken kliniği ağırlaşan ya da pnömoni bulguları ilerleyen olgularda birinci gün 2x1600 mg/gün, sonraki 4 gün 2x800 mg/gün olmak üzere 5 günlük tedavi şeklinde önerilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kuruluşları tarafından ücretsiz temin edilmiştir (Mutlu vd., 2020).

2.6 COVID-19 Türkiye ve Dünya Genel Durumu

SARS-COV-2'yi en temel özelliği daha önceki SARS, MERS gibi koronavirüs ailesi üyelerine göre bu virüsün oldukça hızlı ve kolay şekilde yayılmasıdır (Budak ve Korkmaz, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2021) ülkelerin günlük olarak yenilenen verileri, vaka/ölüm sayılarındaki dramatik artışlarını internet sitelerinde kayıt ve ilan etmektedirler. Çin'de ilk vaka (patient zero) ilan edildikten sonra, verilere göre bir ay sonra 80.000'i aşmış vaka kayıt edilmiştir. Mart 2020'nin sonunda toplam hastaların sayısı dünya genelinde 863.184'e takip eden Mayıs ayının sonunda 6 milyona civarındadır. Ağustos'un başı itibariyle neredeyse dünya genelinde 18 milyon hasta kayıtlara geçmiştir. Veriler incelendiğinde 11 Mart 2020'de Türkiye ilk COVID-19 vakasını bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Mayıs 2020'de en yüksek toplam vaka sayısına verilere göre sahip ilk on ülkenin sıralaması ABD, Brezilya, Rusya, Birleşik Krallık, İspanya, İtalya, Hindistan, Almanya, İran ile birlikte 163.942 vaka ile Türkiye şeklindedir. Türkiye'de 2021 Ağustos'un başında test sonucu pozitif çıkan kişilerin toplam sayısı 232.856'ya ulaşmıştır (WHO, 2021).

Çin yeni tip koronavirüs enfeksiyonunda yemek kültürü olarak canlı kesilen hayvanların besleyiciliğinin daha yüksek olduğunu kabullendiği için sık sık salgınlara kaynaklık etmektedir. SARS salgınında da canlı hayvan pazarındaki vahşi hayvanlar ara konakçılar olarak kabul edilmiştir. Canlı hayvan pazarında kümes hayvanları, deniz ürünleri, dağ sıçanları, yılan ve yarası gibi canlı hayvanlar satılmaktadır. Bu canlı hayvan pazarının hayvandan insana enfeksiyon etkeninin geçme noktası olacağı düşünülmektedir. Çin hükümeti Aralık 2019 ve Mart 2020 arasındaki dört aylık mücadelesinin ardından halkın COVID-19 durumunu normalleştirmek adına hayvan pazarlarını yeniden açarak, normale döndüklerini hissettirmeye çalışmıştır (Özkan, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü pandemi esnasında sağlık çalışanlarını korumak ve bulaş riskini azaltmak için sağlık çalışanlarına vaka ile temas olup olmadığını ayırt etmeden test yapılmasını önermiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu tavsiye edilen öneriden farklı olarak olası vakalara test uygulamasını tercih etmişlerdir. Olası vakalara, risk grubundakilere rutin olarak test yapmayı uygun görmemişlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Salgın hastalıkların insanların üzerinde oluşturduğu etkileri incelemek için yapılan birçok çalışma vardır (Chan ve Huak, 2004). Salgın hastalıktan sağlık çalışanlarının duygusal açıdan olumsuz etkilendiğini gösteren SARS salgınında yürütülen birçok çalışma vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde domuz gribi salgını döneminde tamamlanan bir çalışmada, katılımcıların yüksek düzeyde anksiyetesi olduğuna ulaşılmıştır (Wheaton vd., 2012). Yeni koronavirüsün (COVID-19) bireylerde meydana getirdiği ruhsal etkileri gözlemlemek adına Liu vd. (2020) gerçekleştirdiği bir çalışmada katılan bireylerin hemen hemen yarısında (%45) anksiyete düzeyinin yüksek olması dikkat çekici olmuştur. COVID-19 virüsünün sağlık çalışanları ve toplumda yaşayan bireylerin üzerinde çeşitli etkilerinin olduğu gözlenmiştir (Liu vd., 2020).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, COVID-19 ile etkili mücadele etmek amacıyla, alanında uzman 31 bilim insanından oluşan Koronavirüs Bilim Kurulunu 10 Ocak 2020 oluşturdu. Sağlık Bakanımız Sayın Fahrettin Koca başkanlığında oluşturulan kurulda enfeksiyon hastalıkları uzmanı, mikrobiyoloji, viroloji, halk sağlığı uzmanı, iç hastalıkları

uzmanı, yoğun bakım ve göğüs hastalıkları uzmanı akademisyenler yer aldı (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Bilim Kurulu'nun mevcut vaka sayısı ve şartları doğrultusunda aldığı kararlarla Türkiye COVID-19'a karşı mevcut mücadelesini sürdürmüştür. Türkiye'de alınan tedbirlerde dünya genelinde olduğu gibi COVID-19'a karşı kullanılabilecek bir aşı ve tedavi edici bir yöntemi olmaması nedeniyle hastalığın yayılmasının önlenmesine ve Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileriyle bireyler özellikle hijyen kurallarına dikkat edilmesine yönelik uygulamalar gerçekleştirildi. Sağlık Bakanlığı halkın bilinçlenip daha dikkatli olması açısından bu süreçte kurumsal web sayfasından COVID-19 virüsü hakkında genel bilgiler, el yıkama hijyeniyle ilgili bilgiler, virüsten korunmanın yolları gibi çeşitli konularda kamu spotları ve videolar paylaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

COVID-19 vakasının Türkiye'de ilk kez görülmesinin ardından, sağlık ve güvenlik tedbirlerine öncelik gösterilerek tüm ilk ve ortaöğretimlerde, yükseköğretim kurumlarında eğitime ara vermesi kararı alınmıştır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2020). Ülkede salgının hızla yayılması ve sonuçlarının ağırlaşmasıyla; tüm yurtdışı ve yurtiçi uçuşlar iptal edilerek, bilim ve sanat benzeri toplantılar ile aktiviteler ertelenmiştir. Bir süre düğünler yasaklanmıştır (Resmi Gazete, 2020). Bulaşma riskini azaltmak için kamu kurum ve kuruluşlarında esnek çalışma yöntemleri (uzaktan çalışma, dönüşümlü çalışma) uygulamasına geçilmiş, hamile ve belgelendirilmiş kronik rahatsızlığı olan çalışanlara idari izin verilmiştir. Valilikten izin alınarak şehirlerarası seyahate izin verilirken, 20 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylere sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. Belirlenen 30 ilimizde tüm bireyler belirlenen zamanlarda, özellikle hafta sonları ve akşam belirli saatten sonra sokağa çıkma kısıtlaması ilan edilerek durum kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır. Türkiye'de ve dünyanın pek çok bölgesinde bu gibi önlemler 2020 yılının Mart'tan Mayıs' kadar geçen zamanda sıkı bir şekilde uygulanırken, 2020 yılının Haziran ayından itibaren Aralık ayına kadar kısmen esnetilerek sürdürülmüştür. Ancak, Türkiye'de ve pek çok ülkede alınan tüm sıkı önlemlere rağmen COVID-19 vakalarına yenileri eklenmiştir (Erdoğan vd., 2020).

Daha önce benzeri görülmemeyen COVID-19 sürecindeki bu karantina önlemleriyle birlikte, çok sayıda bireyin zorunlu olmadıkça diğer bireylerden izole şekilde evlerinde kalmaları, bazı şehirlerde başlayan sokağa çıkma yasakları insanların yaşamlarını birçok yönden etkilemiştir. Gerçekleşen bu değişimler kişilerde, kaygı, stres, depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunların gözlenmesine doğrudan veya dolaylı olarak neden olmuştur (Gao vd., 2020).

Evrensel olarak sürekli arttığı gözlenen hasta ve ölen kişi sayıları karşısında ülkemizde de aşırı tüketimi gerçekleştiren sağlık bakım kaynakları karşısında sağlık çalışanlarının sorumluluk ve fedakârlık alanlarının da genişlediği deneyimlenerek gözlenmiştir. Sağlık çalışanlarının pandemi şartlarında aralıksız olarak izin haklarını kullanmadan çalışmaları, ailelerinden uzakta kimi zaman otel odası, lojmanlarda, öğretmenevi gibi yerlerde konaklamaları gösterilen fedakârlık örneklerinden sadece bazılarıdır. Bu örnekler, yaşanan salgının bireylerin üzerinde psikolojik ve ruh sağlıklarının da en az fiziksel sağlıkları kadar etkilendiğinin bir göstergesidir. Salgının önlenmesi için aşı geliştirme çalışmalarının devam etmesi ve henüz kontrol altına alınamamış olması insanlığı büyük bir belirsizliğe sevk etmiştir. Ortaya çıkan belirsizlikten kaynaklı bireylerde korku, panik atak, kaygı bozukluğu, korku ve stres gibi birçok istenmeyen psikolojik belirtiler gözlenmektedir (Baltacı, 2020).

COVID-19 pandemisi dünya genelinde sağlık hizmetlerinin sunumunu bir kriz haline dönmüştür. Pandemi ile bireylerin günlük yaşam rutinlerinde değişiklikler meydana gelmiş ve yeni yaşam rutinine uyum sağlamada zorluklar yaşanmıştır. Sağlık çalışanları bu süreçte hasta bireylerle en çok etkileşim halinde olan grup olmanın getirdiği ağır yükü karşı karşıya gelmiştir. Yabancıları oldukları bir hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmak sağlık çalışanlarını derinden etkilerken, aşırı artan iş yükü, hasta tedavi ve triyajın da yaşanan ahlaki ikilemlerden de fazlasıyla etkilenmişlerdir. Aylar boyunca aile ve yakın çevresinin enfekte olmaması için ayrı kalmak, koruyucu ekipman yetersizliğinin birçok ülkede yarattığı kaos ortamı da sağlık personelinde bir tükenmişliğe sebep olmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde yüksek oranlarda uyku sorunları, anksiyete, depresyon belirtileri çoğu sağlık personelinde olduğu görülmüştür. 2003 yılında SARS salgını sırasında sağlık çalışanları ile

yapılan çalışmalar bunlara ek olarak sağlık çalışanlarının bir kısmının damgalanma hissettiğini bir kısmının da istifa etmeyi düşündüğünü göstermiştir (Chong vd., 2004).

1 Temmuz 2020 tarihinde Dünyadaki durum incelendiğinde verilerin gösterdiğine göre toplam 64 ülkeden yaşları 20-90 arasında dağılım gösteren 1800 sağlık çalışanının vefat ettiği şeklindedir. Dünyada COVID-19 pandemisinden kaynaklı ölümler konusunda sağlık çalışanlarının sistematik veri kayıt veya takip sistemi olmamasına rağmen, Amnesty International'ın sunduğu verilere göre sağlık çalışanlarının 79 ülkede 3000'den fazlasının COVID-19'dan kaynaklı hayatını kaybettiği bilinmektedir. 1000'den fazla sağlık çalışanı (260'dan fazla hemşire) COVID-19 nedeniyle Amerika Birleşik Devletleri'nde hayatını kaybetmiş, 90.000'den fazlası da enfekte olmuştur. Kadın sağlık çalışanlarıyla COVID-19 pandemi döneminde yapılan bir çalışmada, kesici ve delici ekipmanları kullanırken yaralanma riskleri, kişisel koruyucu malzemelerin tulum, maske, siperlik ve gözlüğün el, yüz, deri ve vücutta neden olduğu yara ve tahribatlar kaygılanmalarına sebep olmaktadır. Yine aynı araştırma grubunun kendilerine hasta bireylerden virüs bulaşarak hastalanma riski veya kendilerinde bulunan virüs yükü ile aile bireyleri veya diğer kişileri enfekte etme risklerinin olması ve hasta yakınları veya hastaları tarafından şiddete maruz kalma riskleri kaygı yaşamalarına sebep olmaktadır (Saatçı, 2020).

Stresli meslek üyesi olarak kabul edilen hemşireler, sağlık hizmetleri sisteminde en önemli rolü üstlenerek hastalara veya hastalık riski taşıyanlara sağlık bakım hizmeti sunmaktadır. Hemşirelerde yoğun iş stresi yaşanmasına 24 saat boyunca ara vermeden yüksek düzeyde mesleki bilgi, beceri ve donanım gerektiren bir iş yapılıyor olması neden olabilir. Ayrıca ölümcül hastalıklı hastalara bakım hizmeti sunma, dinlenme sürelerinin azlığı, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalmaları, sağlık hizmeti sunumundaki bazı yetersizlikler, çalışılan birimde personelin yeterli sayıda olmaması veya dengesiz dağılımı gibi nedenlerde hemşirelerin yoğun iş stresi yaşamasına yol açmaktadır. Çalışanın kabiliyetlerinde kısıtlanmaların yaşanması, ruhsal ya da bedensel etkenlerden de kaynaklı olarak bireyde ortaya çıkan, bireylerde gerilim meydana getiren durumları iş stresi olarak adlandırırız. Çalışanların yetenekleri, kaynaklar ve ihtiyaçlarla eşleşmediğinde de ortaya çıkmaktadır. Bireyler iş stresinden çok yönlü etkilenirken, çalıştığı kurumu veya birimi de etkileyerek kurumsal sorunlardan biri olan deneyimli personel

kaybına neden olmaktadır. Bu şekilde kurumsal sorunların oluşmaması, çabuk çözüme ulaşması için hemşirelerin iş streslerinin belirlenmesine yönelik çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir (Yılmaz vd., 2021).

Evrensel ve ölümcül kabul edilen bir salgında, ağır duygusal yükü baş etmek için 'kurtarıcı' rolünü üstlenmek, öncelikli bir değer taşıyor. Etik kurallar çerçevesinde motive edici bir faktör olarak yaşamını yitirmiş hayatlara karşı iyileşmiş olanlara ve iyileşmesi için çaba harcanan hastaların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Çin'de COVID-19 çalışanlarıyla gerçekleştirilmiş güncel bir çalışma bu görüşü desteklemektedir. Travmatizasyon düzeyleri, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli olanlar üzerinde bakılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmeti sunan (COVID-19 servislerinde) sağlık çalışanlarında dikkat çekici biçimde koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarına göre daha düşük düzeylerde travma belirtileri gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır. Travmatizasyon düzeyi; toplum genelinde, tedavi edici sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Toplum genelindeki bireylerinde, sağlık bakım hizmetlerinin koruyucu kısmında çalışanlarında psikolojik desteğe ihtiyaçları tedavi edici kısımda çalışanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Holmes vd., 2020).

Sağlık bakım hizmeti ihtiyacı olan kişilere öncelikli olarak temas eden Acil Sağlık Hizmetleri (ASH)'nde sağlık çalışanları sağlık sisteminin öncü ve önemli bir parçasını oluşturmaktadırlar. Doğal afet, salgın gibi acil durumlar için sürekli destekleyici şekilde hizmet sunmaktadır. Acil sağlık hizmetlerindeki sağlık çalışanlarının sağlık bakım ihtiyacı olan bireylere zamanında ve etkili hizmetin sunulabilmesi için sosyal, psikolojik, maddi ve manevi ihtiyaçlarının karşılanması ve desteklenmesi gereklidir. Daha fazla desteklenme ihtiyacı özellikle pandemi ve afetler gibi normal dışı durumlarda olmaktadır. Ancak, literatürde acil sağlık bakım sistemlerinin ve çalışanlarının üzerine gerçekleştirilmiş çok az çalışma bulunmaktadır. Literatürden incelenen bazı çalışmalarda (Gershon vd., 2009) bu ihtiyaçların; çalışanın kendisi ve ailesinin güvenliğiyle ilgili endişelenmesi, yeterli düzeye ulaşmayan bilgi ve deneyim eksikliği ile ruhsal destek konularında olduğu ortaya çıkmıştır. Acil Sağlık Hizmetlerinin sağlık çalışanları, şüpheli durumlarda ilk müdahaleyi gerçekleştirenler oldukları için sürekli olarak hastalanma, yaralanma ve ölüm riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Silverman vd., 2004).

Kanada’da çalışan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının SARS salgınında neredeyse yarısı virüse yakalanarak, karantinaya alınıp ve gerekli görülenlerde hastanede tedavi edilmiştir. İş yükünde ve sağlık çalışanlarının sunduğu bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğinde bazı aksaklıklar oluşmuştur. 2014 yılında yaşanan Ebola salgınında sağlık çalışanlarının genel nüfusa oranla 21-32 kat aralığında daha fazla virüse maruz kaldığı tespit edilmiştir (Hoşgör vd., 2020).

2.7 Stres Tanımı ve Kaynakları

Stres, insanların varoluşlarından günümüze kadar hayatın içerisinde olup biten olaylar karşısından gösterdiği çaba olarak tanımlanabilir. Stres kelimesi, aslında kişilerin hayatlarında karşılarına çıkan zorluklara karşı kendilerini ifade etmek için kullanılmaktadır. ‘‘Estrictia’’ kelimesi Latince olup, stres anlamına gelmektedir. Stres, 17. yüzyılda elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi ifade etmek için fizik alanında kullanılan bir kavramdır. 19. yüzyılda psikososyal içerikli baskılanma, güç, gerilim ve zorluk gibi anlamlar yüklenmiştir. 20. yüzyıldan sonra da psikiyatri, psikoloji gibi bilim alanlarında sık sık kullanılmaya başlanmıştır. (Güler ve Çınar, 2010).

Selye’ye göre stres, bireyin üzerinde etkiler bırakan çevresel uyarılar olarak görülmüştür. Selye 1950’de yaptığı bir çalışmada organizmanın kendi içindekilerden kaynaklı çevreye karşı aldığı bir durum olarak tanımlamıştır. Bu çalışmasından sonra Selye, çalışmalarında stresör ve stres kavramlarının ön plana çıkarılarak, bireylerde birçok tepkiler gerçekleştiren çevresel uyarıcıları stresör, bireylerin bu uyarılara karşı gerçekleştirdikleri tepkiye de stres demiştir. Özetle stresi "bireylerin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdikleri genel tepkiler" şeklinde tanımlamıştır. Selye, canlının içselleştirdikleri, dış çevresi, ortamları tarafından içsel dengesinin zorlanması durumunu, yaşamında devam eden tüm farklı uyumların toplamını stres olarak tanımlamıştır. Bireylerin kaslarda meydana gelen gerilme-gevşeme, organların çalışması, salgılar vb gibi tepkileri ortaya çıkmaktadır. Yaşamın içerisinde ortaya çıkması normal ve olması gerekli bir süreç olarak düşünülmektedir (Güçlü, 2001).

Cüceloğlu; "Bireyin fiziki ve sosyal çevresinde meydana gelen veya var olan olumsuz koşullara karşı koymak için, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir." diyerek stres tanımını yapmıştır (Cüceloğlu, 1994). Bireylerin refah ve huzuru için tehlike, uyarı olarak algıladığı durumlar karşısında gösterilen, fizyolojik ve psikolojik bir etkiyle insanların baskının karşısında gösterdikleri tepki şeklinde ifade edilebilir (Aytaç, 2005).

Stresi tanımlandıktan stresin ne olmadığından bahsetmekte isabetli olacaktır. Endişe sadece duygusal ve psikolojik anlamda ortaya çıkarken; stres kendini duygusal, psikolojik ve fizyolojik şekilde belirtiler göstermesi stres basit bir endişe gibi basit kalacaktır. Stresi, endişenin de sinirsel tansiyonu desteklediğinden basit bir sinirsel tansiyon olarak yorumlamamak gerekir. Stres ve endişe farklı olgulardır. Bazıları stres durumunda stres yönetimi yaparak onu kontrol etmeye çalışırken kontrol edemeyen bireyler doğrudan stres olgusuna maruz kalırlar. Mutlaka yönetimi yapılarak stresin önlem gerektiren bir olgu olarak görülmesi de büyük bir hata sayılır. Stres çoğu durumun tam tersi şekilde, bazı durumlarda organizmanın hareketlenmesine, eyleme geçmesini sağlayan önemli temel faktördür (Yüksel, 2014).

Stres bireylerin çalışma performansını düşürebileceği gibi arttırabilecekte olan, bireye olumlu veya olumsuz katkıları olan çok yönlü bir olgudur. Stres genellikle kaçınılmaz bir durumdur. Bireyler içinde buldukları sosyal çevreleri, ailedeki ilişkileri, çalıştıkları kurumun örgüt yapısı, yaptıkları işin kendisine fazla gelmesi, çalışma arkadaşları ve amirlerinden kaynaklı baskılama, binanın iklimlendirmesi, aydınlatması, gürültüsü, hedefine odaklanamaması, karar verememesi gibi birçok durum çalışan bireyleri olumsuz etkileyen stres faktörleridir. Stres altında kalan bireyler fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak farklı belirtiler gösterir (Aktaş, 2001).

Stres, bireyler üzerinde değişiklikler meydana getirerek, bireysel davranışlarını, başka insanlarla olan ilişkilerini de etkileyen bir kavramdır. Kendiliğinden veya durduk yere oluşan bir durumdur denemez. Bireylerin içinde bulunduğu, hayatını devam ettirdiği ortam ve çevresinde meydana gelen değişimlerden etkilenmesi bireylerde stres oluşması için gereklidir. Ortamda oluşan değişimlerden bireyler diğer bireylere göre daha derinden veya daha yavaş şekilde etkilenmektedir. Stres, bireylerin yaşadıkları ortamı değiştirmesi veya

ortamındaki değişikliklerin onun üzerinde olumsuz etkiler bırakmasıyla ilgilidir. Ortamdan etkilenen bireylerin vücudunda stresin oluşmasıyla meydana gelen biyolojik ve kimyasal değişmelerin etkisiyle vücut sisteminin hareketlenmesi gerekir. Stres karşısında tepkileri Selye "Genel Uyum Sendromu" olarak üç aşamaya bölmüştür (Güçlü, 2001).

1. Alarm Dönemi: Bireyler stres kaynağıyla karşılaştığında, sempatik sinir sistemi etkin durumda olduğundan "beden, savaş ya da kaç tepkisi" gösterir. Fiziksel ve kimyasal değişmeler savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedeni hazırladığından sonucunda bireyler, stres olgusunun kaynağından kaçmaya veya yüzleşmeye hazır duruma gelirler. Tansiyonun yükselmesi, nabzın hızlanması, solunum hızlanması ve ani adrenalın salgılanma şeklinde bu durum kendini gösterir. Alarm aşaması, bireylerin kaçtığı veya savaştığı aşamadır. Alarm döneminde, stresi yaratan kaynakların yoğunluklarının ölçüsü ve sayısının artması stres eğrisini hızlıca normal direnç seviyesinin üzerine çıkararak normal davranışlarından uzaklaşmanın ilk işaretleri gözlenir (Arıkan ve Karabulut, 2004).

2. Direnme Aşaması: Bu aşama alarm dönemini izleyen uyum veya direnme aşaması denilen dönemdir. Her şeyin normale dönmesi için stresin kaynağına uyum sağlamak gerekir. Bu aşamada bireyler kaybettiği enerjiyi, yeniden kazanmaya ve olumsuz fizyolojik değişimlerini gidermeye çalışır. Parasempatik sinir sistemi stresle başa çıktığında etkin olmaya başlayacaktır. Bireyin tansiyon, kalp atışı, kas gerilimi azalır ve solunum düzene girer. Stresin bu aşamasındaki bireyler stresli bir insan davranışı olarak, elinden gelen bütün gayreti strese karşı koymak için gösterirler. Bireyin davranış ve yaşamında da bir süre bunu gözlemek mümkündür (Yiğit ve Bacak, 2010).

3. Tükenme Aşaması: Birey direnme aşamasındaki strese neden olan kaynaklarını ve yoğunluklarının derecelerini azaltmadığında veya artış göstermesi durumunda bireylerin gayreti kırılarak ciddi boyutlarda davranışlarında sapmaların olduğu ve hayal kırıklıklarının yaşanacağı bir döneme girer. Stres kaynağıyla başa çıkılamaz veya bu duruma uyum sağlanamazsa, fiziksel kaynaklarında kullanılamamasıyla birey tükenme aşamasına geçer. Parasempatik sinir sistemi tükenme aşamasında etkindir. Birey tükenmiş olmasına rağmen stres kaynağı hala vardır. Stres kaynakları ile uzun zaman mücadele edilemeyerek ve bireyin

başka stres kaynaklarından da etkilenmeye açık olma durumuna bu aşamada gelinir. Bireylerin uzun süreli olarak strese karşı direnç gösterememeleri ve uyum sağlayamamaları kişilerde fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Bireyler strese karşı fiziksel olarak; hızlı ve yüzeysel olarak gerçekleşen solunum, nabzın yükselmesi, çarpıntı oluşması, yorgunluk, kaslarda gerginlik ve seğirme, tik oluşması, mide yanması ve hazımsızlığı, uyuşukluk, ağız kuruluğunun oluşması, el ve ayaklarda aşırı terleme-soğuma, deri kaşınmaları ve dökülmeleri, sık idrara çıkma durumu, tırnak yeme, cinsel isteksizlik, peptik ülser, aşırı yeme isteği veya iştahsızlık, hareketlerde denge kaybı, baş ağrısı ve dönmesi, konuşma güçlüğü, ışık ve sese karşı duyarlılık vb. şekilde belirtiler göstermektedir (Akgemci, 2001).

Bireylerin strese karşı uzun süre direnmeleri karşısında ölüm ve intihar düşüncelerinin oluşması, diğer bireylere veya kendine karşı öfke, sabırsızlık, tahammülsüzlük, düşmanlık, endişe, huzursuzluk, panik ve üzüntü hali, kaygı bozukluğu, karar verme gücünün yaşanması, gerçek boyutta hayal kurmak, alışıl gelen düzenin dışına çıkılması, uyku bozukluğu, bağımlılık yapan madde kullanımı veya artışı, özsaygı ve yaşam veriminin azalması vb. şekilde belirtiler stresli kişinin göstereceği psikolojik belirtilerdir (Yıldırım, 1991).

Bireylerde stresin normal yaşamlarına oranla aşırı durağanlık veya aşırı hareketlilik sergilemesi, ani öfke patlamaları, huzursuzluk hali, kavga-tartışmaya yatkınlık, konsantrasyon bozukluğu, dikkat dağınıklığı, ağlama-gülme krizleri, dinlemesinde donukluk veya bozulma şeklinde davranışsal belirtiler gösterirler (Özel ve Karabulut, 2018).

Bireyler planlamalarını ve tasarladıkları programlarını kendilerinin düşündükleri gibi gerçekleştiremediğinde ve birde dış faktörlerin ısrarı, zorlaması üzerine değiştirmek zorunda kaldıklarında büyük stres ya da gerilim yaşamaktadırlar. Bireylerin kişisel stres kaynakları, bireylere iş çevresinin oluşturduğu stres kaynakları, genel çevresinin bireylerde oluşturduğu stres kaynakları bireylerde strese neden olan başlıca stres kaynaklarıdır (Güçlü, 2001).

İnsan yaşamının içerisinde iş ve faktörleri kişinin yaşamı için önemli bir yer edinmiştir. İşle ilgili olumsuz faktörlerin çalışanların üzerinde psikolojik ve fizyolojik baskılar, yıkımlar oluşturduğu, başarılarını ve sağlıklarını olumsuz etkilediği daha önce yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur. Bireylerde iş gücü devrinin artması, işe devamsızlık veya ayrılma isteğinin oluşması yine işle alakalı olan stres ve zorlanmalara bağlıdır (Karakaya ve Gürel, 2015).

Bireylerin çalışma ortamındaki rol ve görevlerindeki belirsizlikler, roller arası çatışma, zaman yönetiminde başarısızlık yaşanması, ortamdaki dedikodu, iş yükü, işin niteliği, düşük ücret, sorumluluklar, katılım, iş güvenliği, yönetim şekli, çevresel faktörler, kapasitenin üstünde iş gücünün beklenmesi ve görevin çeşitliliği ya da çok yönlülüğü strese neden olan faktörlerin başında gelmektedir (Avcı, 2019).

Çalışan bireylerin organizmasını iş stresi olumsuz şekilde etkilerken ayrıca bireylerde sigara, aşırı kafein ve alkol tüketimi gibi olumsuz alışkanlıklara yönlendirmektedir. Çalışan bireyler üzerinde ciddi problemlere sebep olan ve çalışma hayatının en önemli sorunlarından biri olan iş stresi, bireylerde bu baskıcı durumdan kurtulma isteği oluşturmaktadır. Bireylerde iş stresinin oluşmasına neden olan kaynaklar ve sonuçları bireysellik göstermektedir. Stres üzerine birçok çalışmalar yapılmış, açıklamalar getirilmeye çalışılmış ve çözüm noktasında farklı bakış açıları sunulmuştur (Cam, 2004).

2.8 Örgütsel Stres, Kaynakları ve Sonuçları

Örgüte üye bireylerin kendilerinde oluşturulan inanç ve değerlere örgüt kültürü denmektedir. İnsan psikolojisinin derinliklerinde örgütsel iklim kültürü bulunur. Bu oluşturulan kültür örgütün gizli psikolojisini oluşturur. Örgüttekilerin iklim kültürünün değer ve inançları doğrudan gözlenemezken, iklim kültürünün politikaları ve teşvikleri gözlenir. Örgütün kültürünü, örgüttekilerin davranışları oluşturmaktadır (Güçlü ve Şehitoğlu, 2006).

İş görenlerin uyumu ve uyumsuzluğunu bu ortam içinde kendini göstermektedir. İş görenler tarafından gerçekleşen davranışlar, örgütün kültür ve düzgülerini oluşturur. Ortaya çıkan bu değer ve düzgülerle örgütün özelliği anlatılır. Örgütlerin kültür değer ve düzgüleri, iş görenin uyumu için hem aracılığını hem de ölçeklendirmesini üstlenir (Sarpkaya, 2011).

Örgütsel kültürün yapısını; örgütteki bireylerin ortak paylaştığı etkinlikler, beklentiler, duygular, inanç ve varsayımlar, tutum ve değerler oluşturur (Korkmaz ve Ceylan, 2012). Örgütlerin yönetim şekli, açık ve net olmayan iletişim, mesleki farklılıkları, rollerdeki belirsizlikler ve çatışma, iş yükünün fazla olması, çok veya az çalışma durumları, etkili olmayan kariyer yönetimi ve performans değerlendirmeleri örgütlerde strese neden olan başlıca faktörlerdir (Akgemci, 2001).

İş hayatını rahatlatarak verimliliğin artmasını sağlamak örgütlerin temel amacıdır. Örgütteki bireylerin yaşam kalitesinin yükselmesiyle iş ortamı da daha kaliteli ve rahat bir hale gelecektir. Örgüt üyelerinin açık ve net iletişim kurabilmeleri, tatmin duygusu, stres ve bezginlikleri iş hayatının kalitesini etkileyen noktalardır (Yüksel, 2014).

Örgütsel stresin işletmelerin verimliliğini etkilenmemesi için önlenmesi gerekmektedir. Örgütsel stresi önlemeye önce nedenlerini belirleyerek başlanmalıdır. Stres nedenleri başlıca örgütsel politika ve yapıdan, örgütteki kişiler arası iletişimden, fiziki koşullardan ve işin yapısından kaynaklanır. İşletmeler örgütsel stresle zaman yönetimi yaparak, sosyal destek sağlayarak, amaçlarını belirleyerek, katılımcıların yönetimiyle, rollerin netleştirilmesiyle, fiziksel çalışma koşulları ve ücretlerin iyileştirilmesi ile yapılabilir. Bireysel stres yönetimi ve örgütsel stres yönetimi paralel olarak yürütülürse daha verimli sonuçlar alınır (Aydın, 2004).

Stres örgütteki bireylerin zihinsel, duygusal yeteneklerini ve çalışma verimliliklerini olumsuz etkiler. Stres, işgörenlerin çalıştığı ortamda iş tatmini bulamamasına bununla birlikte iş devir hızına ve işe devamsızlığına neden olmaktadır. Nitelikli eleman ve verimlik kaybedilir. Stres örgütte bireysel çatışma veya gruplar arası çatışmaların yaşanmasına sebep olur. Buda performansın düşmesine neden olur (Tutar, 2000).

2.10 Stres ve Performans

Bireylerin çalışma hayatı birçok stres kaynağını barındırdığı için stressiz bir çalışma ortamı olduğunu düşünmek yanlış olacaktır. İşin kendinden kaynaklı stres kaynakları olduğu gibi toplumsal olaylar çerçevesinde de iş stresinin durumu şekillenir. Olaylar ve olgular aynı olsa da bireyleri etkileme biçimleri ve düzeyleri farklılık göstermektedir. Bireylerin iş stresine karşı gösterdikleri stres belirtileri de farklılık göstermektedir. Bazı bireyler daha derinden etkilenirken bazı bireyler bu durumdan daha yüzeysel etkilenmekte veya hiç etkilenmemektedir. Bireylere etki eden iş stresi incelenirken bireylerin kendine özgü özellikleri, stresle baş etme yöntemleri ve potansiyelleri, toplumsal şartlar göz önünde bulundurularak stres konusunun çok boyutluluğuna dikkat çekilmelidir. Çalışan bireyleri buldukları ortam tatminsizliğe yönlendirecek nitelikteyse bireyler fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkilenecektir. Bireylerin üzerinde oluşan bu etkiler örgüt kültürünü etkileyerek, örgütün kimliğinde olumsuzluklara neden olacaktır. Kısacası bireylerin iş ortamındaki beden ve ruh sağlığı örgütün kimliğinin pozitif veya negatif algısını etkileyecektir (Aktaş, 2001).

Bireylerin buldukları çalışma koşullarında karşılaştıkları durumlar, stresin çok yönlü bir durum olduğunu ortaya koyar. Olumsuz etkilerinin olduğu kadar doğru stres yönetimi sayesinde olumlu sonuçlar almakta mümkündür. Çalışanların performansının düşmesine neden olabileceği gibi tam aksine yükselmesine de neden olabilir. Sosyal, fizyolojik ve psikolojik durumlar göz önünde bulundurularak, iş stresinin temeli olan istek, tepki ve sonuçlarla beraber değerlendirildikten sonra iş stresinin temel dinamiği anlaşılmış olacaktır. Olmazsa olmaz bir olgu çalışma ortamlarındaki iş stresidir. İş görenleri buldukları kurumun temel özellikleri, iş anlayışı, görevleri, ortamdaki ısı, ışık ve gürültü gibi fiziki şartların strese sevk edebileceği gibi sosyal çevreleri, aile ilişkileri, çalışma arkadaşları, amirleri de iş stresine yönlendirebilir. Bireyleri daha fazla kazanma isteği, terfi alma, daha fazla maaş, daha iyi bir pozisyonda çalışma isteği veya daha başarılı olma isteği de olumlu faktör olmasına rağmen strese girmesine zemin hazırlar. İş yerlerinde hem olumsuz hem de olumlu stres nedenleri vardır. Bireyin örgütün içerisindeki hedefledikleri ve hedefler doğrultusunda karşılaştıkları zorluklar da iş stresiyile ilgilidir. Çalışanın hedeflediği olumlu stres kaynakları başarı, terfi, daha iyi kariyeri beraberinde getirecekken iş görenlerin bazı istekleri ve mevcut kısıtlamalar iş görenin hedeflerine engel olacaktır.

Başarısızlık olarak ortaya konan çıktılarsa kişi için işten ayrılma şeklinde sonuçlanabilir. Sistemin hedeflerine ulaşamayan bireyin durumunu başarısızlık olarak değerlendirmesi bireyin üzerinde ciddi bir stres yaratır. (Yüksel, 2014).

Maliyetin artmasına ve iş verimliliğın düşmesine stres neden olmaktadır. Çalışanların iş ortamında daha verimli ve daha talep edilen kişiler olmasını sağlamak istiyorsak stres kaynaklarının doğru tespit edilerek uygun mücadele etme yöntemlerinin uygulanması gerekir (Arıkan ve Karabulut, 2004).

Hemşirelerin sunduğu sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin düşmesine stresin olumsuz etkileri neden olmaktadır. Örgütsel ve bireysel olarak da stres ve gerginliğin olumsuz sonuçları vardır. Çalışanların sağlığı ve onun örgüte katkısının zarar görmesine uzun süre bireyin stres yüzünden fiziksel ve olumsuz etkiler görmesidir. Çalışanların işe devamsızlık veya işten ayrılmalarına stres neden olmaktadır. İşyeri bu durumdan olumsuz etkilenir. Verimliliği azalmasına neden olan stres, bireyin diğer çalışanları da olumsuz etkilemesine neden olur. İş stresi işverenler için oldukça karmaşık ve maliyetli bir olgudur (Arıkan ve Karabulut, 2004).

İşe devamsızlık ve işten ayrılma isteği işletmelerin verimliliğini düşüren ve işletmelerin çözmek zorunda kaldıkları ciddi bir sorundur. İşletmelerin istihdam politikalarını ve insan kaynaklarını etkileyen bu sorun işveren ve işçi arasındaki ilişkileri de etkilemektedir. Tatmin düzeyinin azalmasına işin zorluğu ve monotonluğu etki etmektedir. Bu durumda direkt olarak işten ayrılma veya işçi değişimindeki sirkülasyonu hızlandırmaktadır (Bacak ve Yiğit, 2010).

Kişilerde iş ortamında karşılaşılan stresin devam etmesi durumunda tükenmişlik ve bezginlik görülür. İşgörene aynı anda birçok iş verildiğinde veya potansiyelinin fazlasında işler verildiğinde bezginlik veya tükenmişlik durumu ortaya çıkar. İş ortamında mükemmeliyetçilik prensibi ile çalışan bireylerde bu sendrom daha belirgin şekilde gözlenir. İdealist ve vizyoner insanlarda daha sık rastlanır. Kötümserlik, hoşnutsuzluk, yetersizlik duygusu yaşayarak çalıştıkları ortama ve kendilerine karşı düşmanlık gütme

eğilimindedirler. Eklem iltihabı, depresyon, ülser, yüksek tansiyon, kolesterol ve kalp rahatsızlığı gibi sağlık sorunlarına da yine iş çevresinin kalitesizliğinin sebep olduğu iş stresi etkili olur (Yüksel, 2014).

2.12 Stres Yönetimi

Bireyler yaşam kalitesini arttırmak için buldukları durumu veya duruma karşı verdikleri tepkiyi stresle baş etmek için değiştirirler, bu duruma stres yönetimi denmektedir (Ersarı, 2012). Stresi yaşayan bireyler tarafından durumun benimsenerek, az etkilenme yaşanacak şekilde hayat tarzlarında değişiklikler yapması, stresten kaçınma, yeniden yorumlama, iyileştirme, bilişsel yeniden yapılanma politikalarına ve değiştirebilecek uygulamalar yapmasına stres yönetimi denir (Karakaya ve Gürel, 2015). Bireylerin öngördükleri kişisel alışkanlıklarıyla fiziksel, davranışsal ve psikolojik yapılarını kontrol altına almaya çalışmaları uygulanan stratejilerin ortak yönüdür. Bu şekilde fiziksel olarak başlayan strese karşı önlemler alınmaktadır. Meditasyon yapmak, solunum egzersizleri, diyet, gevşeme egzersizleri yapmak, sosyal ve kültürel aktiviteler, spor yapmak, masaj, ibadet vb. uygulamaları stresle başa çıkmada en sık ve yaygın kullanılan baş etme yöntemleridir. İşletme ortamındaki stres kaynaklarının azaltılması ve kontrolü, işgörenlerin iş stresini azaltmak ve önlemek için yönetsel şekilde stresle başa çıkma stratejileri uygulanmaktadır (Güçlü, 2001).

Stresin yönetilmesi için stresi kontrol altına almak veya nedenlerini ortadan kaldırmak, stresin etkilerini en aza indirmek veya yok etmek, bireylerin dirençlerini arttırarak strese karşı daha güçlü hale getirilmesi sağlanmalıdır (Aydın, 2004).

Yöneticilerin bedensel açıdan rahatlaması ve yönetim becerilerinin gelişmesini stres yönetimi sağlar. Yaşam biçimleri ve faaliyet dengelerini gözlemlemesine de fayda sağlar. İş görenler üzerinde stres yönetimi özdenetim ve kışkırtmalara uymamalarını sağlayacak bir tavra sahip olmalarını sağlar. Etkisiz olarak stresle baş etme yöntemlerine madde bağımlılığı, yansıtma, kaçınma gibi savuma mekanizmalarını, etkili baş etme yöntemleri ise meditasyon, biyofeedback, solunum egzersizlerini örnek gösterebiliriz (Folkman ve Lazarsuz, 1980).

Hekimlerin genel olarak streslerini işe ara vererek (dinlenme), arkadaşlarıyla sohbet ederek, kızarak, sinirlenerek, stres yapan ortam ve durumdan uzaklaşarak, zaman yönetimiyle, alkol tüketimi, fazla yeme, hızlı araba kullanma, pasif rahatlama, gülerak rahatlama, egzersiz yapma, işlerini başkasına devretme, danışmanlık alma (profesyonel yardım) olduğuna ulaşılmıştır (Chambers vd., 1996).

İnsanlar stresle hayat içerisinde sık sık karşı karşıyadır. Sık sık veya yoğun şekilde strese maruz kalmak bireylerin bu durumdan zarar görmelerine neden olur. Düşük seviye ve sık sık tekrarlanmayan stres durumu ise bireyler üzerinde verimliliğe neden olur. Zamanınızı, efendiniz değil ortağınız yaparsanız, çoğunlukla işinizi onaylayan insanlarla birlikte olursanız düşük stres verimliliğe dönüşecektir. Sağlığınıza iyileştirmek için sporla ilgilenme, yaşamın bütün yönlerinden yararlanmak, anlamlı ve doyurucu bir işe gitmek, beslenme düzenine dikkat etmek, kötü alışkanlıkları bırakmak, kişisel özgürlüklerinizi sıkı şekilde korumak, yeniliklere açık olmak ve görüş açınızı geliştirecek yazılar okumakta düşük stresi verimliliğe ulaştıracak uygulamalardır (Akgemci, 2001).

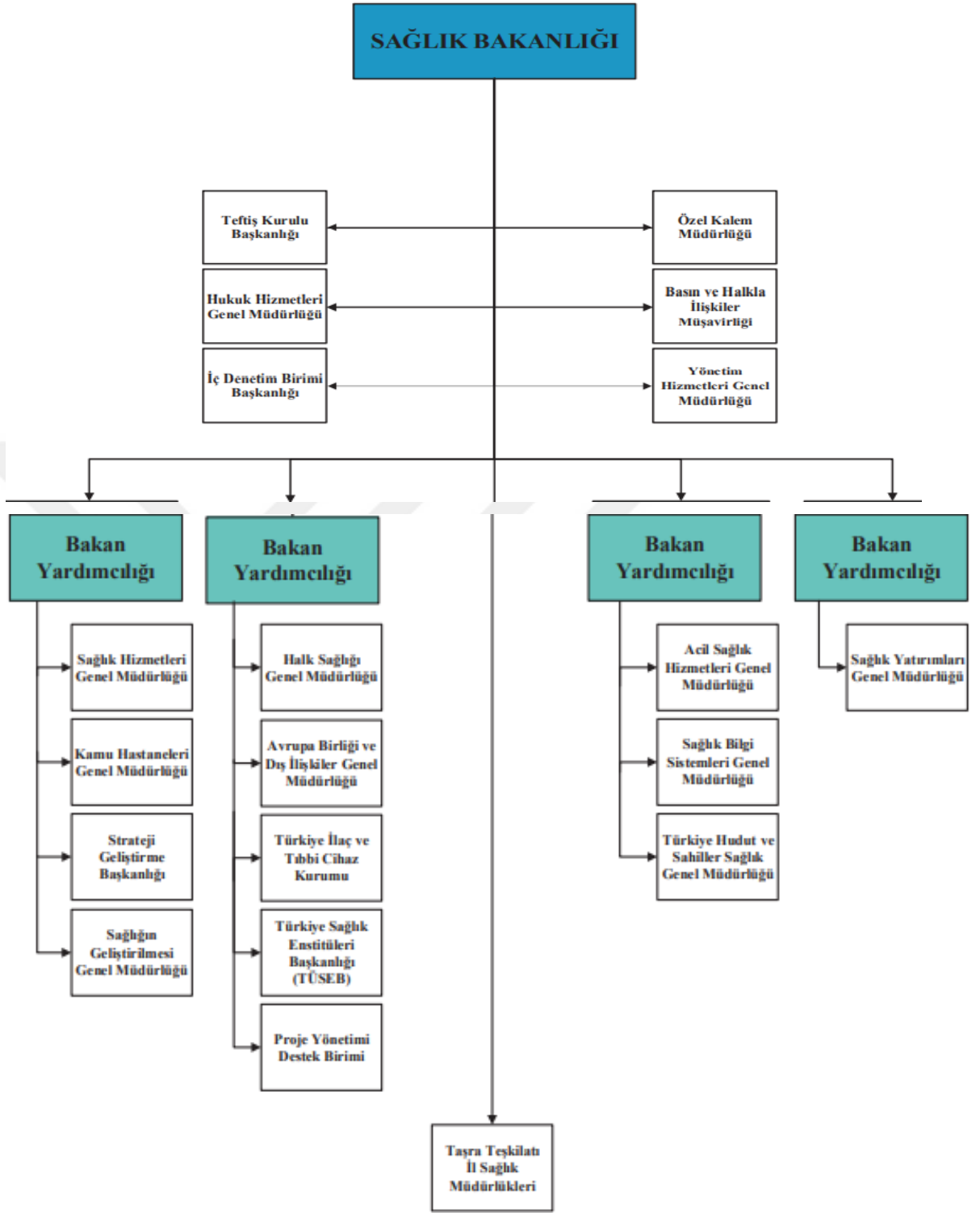
Bireyler streslerini azaltmak veya en az düzeye indirmek için ekip çalışmasından faydalanabilirler. Ekipteki başka birey aynı işin daha az stresli olduğunu düşünebilir. Ekip içerisinde iş yükünün paylaşılması bir yerde sorumluluğun paylaşılması anlamına gelir. Yüksek hedef ve yaşanan çaresizlik, panik olgusunun da paylaşılması anlamına gelir (Korkmaz ve Ceylan, 2012).

2.13 Sağlık Kuruluşlarının Genel Yapısı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25. Maddesinde temel insan haklarından biri olarak kabul ettiği sağlık hakkını; ‘gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dâhil olmak üzere sağlık ve refahını sağlayacak uygun yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda” herkesin sahip olması gereken güvence hakkı şeklinde tanımlanmıştır (Metin B., 2017).

Osmanlı İmparatorluğu Döneminde genel olarak orduya hizmet etmek amacıyla, devlet eliyle yürütülen bir sağlık sistemi mevcuttur. Şifa evleri, hayırseverlerin veya padişahın kurdukları hastaneler şeklinde sağlık hizmeti sunumu gerçekleşmiştir. Sağlıkla ilgili düzenlemelerin ve hizmetlerin yürütülmesini Reis Etibbalık (Hekimbaşı) resmi olarak üstlenmiştir. Cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra 1921-1937 yılları arasında Sağlık bakanı Dr. Refik SAYDAM, sağlık hizmetlerinin örgütlenerek koruyucu sağlık hizmetlerinin yerleşmesinde önemli çalışmalar yapmıştır. Numune hastanelerini açarak belediye ve özel idareleri hastane kurmaya teşvik etmiştir. Yeterli insan gücünün sağlanması için eğitim alanında önemli reformlar gerçekleştirmiştir. 1946 yılında ‘Behçet UZ Planı’ ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayırarak, köylerde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunacak sağlık merkezleri kurmuştur. 1961 yılında Dr. Nusret FİŞEK önderliğinde ‘Sosyalleştirme Dönemi’ başlatılmıştır. 1982 Anayasası ile birlikte ‘insan haklarına saygılı devlet’ politikası benimsenmiştir (Kol, 2015).

Sağlık bakım hizmetleri çok yönlü, merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Türkiye’de ve dünyada birçok ülkede sağlık hizmetleri reformları olduğu gözlenmektedir. 2003 yılı başından itibaren ‘‘Herkesin Sağlık’’ başlığının altında yaygın, erişilebilir ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş, temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi olması benimsenmiştir. Sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe sahip olması, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü hedeflenmiştir. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon planlanmıştır. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma hedeflenmiştir (Durmuş ve Durmuş, 2019).



Şekil 3. Sağlık Bakanlığı Yönetim Şeması

(Sağlık Bakanlığı, 2021)

Sağlık bakım hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici şekilde gruplandırılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri; çevreye ve insan sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ile gerçekleşir. Tedavi edici sağlık bakım hizmetleri; ayaktan başvuru, yataklı tedavi ve üst teknoloji şeklinde gerçekleşir. Rehabilite edici sağlık bakım hizmetleri ise tıbbi ve sosyal rehabilitasyon şeklindedir (Akdur vd., 1998).

2.13.1 Halk Sağlığı Müdürlüğü

Halkın sağlığının korunup, geliştirilmesi ve risk oluşturabilecek faktörlerle mücadele edilmesi sağlanmalıdır. Bulaşıcı hastalık, bulaşıcı olmayan hastalık ve kronik hastalıklar grubundaki riskli kişilerin izlemlerinin yapılması, sürveyans, inceleme, bağışıklama çalışmalarının tamamlanmasını sağlar. İlgili verileri toplayarak, geliştirici programlar hazırlar, uygular ve denetler, değerlendirmesini yapar. Birey, topluluklar ve çevreyi etkileyen konularda her türlü etkeni inceleyerek takibini yapar. Gerekli durumlarda analiz için laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlar. İnsani tüketim amaçlı suları ve biyosidal ürünler gibi konularda tüketicilerin güvenliğini sağlayacak saha çalışmalarının yürütülmesini sağlar. Biyolojik ürünler, test materyali ile benzeri ürünlerin araştırılması, geliştirilmesi ve bu ürünlerin temin edilmesi sağlar (Akdur vd., 1998).

Toplumun sağlığını tehdit edecek durumlarda erken uyarı ve erken yanıt için gerekli tedbirleri alarak, organizasyonu sağlar. Kişilerin yaşam kalitesinin artması ve sağlığının gelişmesi amacıyla hatalı beslenme alışkanlıkları, sigara, obezite gibi risklerle mücadele ederek sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalar yapar. Sunulan sağlık bakım hizmetlerinde bir standardizasyon sağlamalıdır. Personelin yetiştirilmesi amacıyla diğer kurumlarla işbirliği halinde eğitim programları hazırlar. Koruyucu sağlık hizmeti sunan kuruluşların kurulması, işletilmesi, ayrılması veya kapatılması işlemlerini yürütmektir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri veya Entegre İlçe Devlet Hastanelerinin görev ve sorumlulukları ise insan sağlığına yönelik koruyucu sağlık bakım hizmetlerinin sunumunu sağlamaktır.

Koruyucu sağlık bakım hizmetlerinden konar-göçer halkın (mevsimlik tarım işçi ve aileleri, roman vatandaşlar vs.) faydalanmasını sağlar. Koruyucu sağlık bakım hizmeti sunan kurum ve kuruluşların (ASM tarafından yürütölenler hariç) hizmetlerinin yürütölmelerini, geliştirilmesini ve izlem, değerlendirme faaliyetlerinin yürütölmelerini sağlar. Halk sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi için gelişen ve güncellenen bilişim projelerine katkı sağlarlar. Sunulan hizmetin iyileştirilmesine yönelik toplumun bütün kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişilebilirliğinin sağlanması için bölgesel programların (Mobil Sağlık Hizmeti vb.) uygulanmasını, geliştirilmesini, bölgesel programı yapan aile sağlığı merkezlerinin desteklenmesini ve denetlenmesini gerçekleştirir (Öztürk, 2022).

Kişilerde farkındalık oluşturması ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunumunun geliştirilmesine yönelik amaçlanan ilgili birimlerle işbirliğiyle koordine edilen “Halk Eğitimlerinin” gerçekleşmesini sağlarlar. İlgili birimlerle koordinasyonlu şekilde “Hizmet içi eğitimlerin” planlanması, yürütölmeleri, geliştirilmesi ve değerlendirmesini yapar. Entegre olarak sağlık hizmeti sunulan merkezlerde hizmet sunumunu ve işlemlerin yürütölmelerini sağlar. Sağlıklı hayat merkezleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yürütölmelerini sağlayarak, gerçekleştirilen iş ve işlemlerin takibini sağlar. Toplu yerlerde sunulacak olan koruyucu diş sağlığı taramalarını, ölüm bildirimlerinin yapılmasını ve adli tabipliklerin organize edilmesini sağlar. Tarafına bildirilen şikâyet ve talepleri değerlendirmektir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri veya Entegre Devlet Hastaneleri bünyesinde görevli sağlık çalışanları filyasyon ekiplerinde görevlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi doğrultusunda semptomu olan hastalardan kendi kişisel koruyucu ekipmanlarını kullanarak PCR (Polymerase Chain Reaction- Polimeraz Zincir Reaksiyonu) numune çubukları ile ağızdan ve burundan sürüntü şeklinde salgı örneği alınmıştır. Bu örnekleri önceleri Ankara Halk Sağlığı Laboratuvarına iletleyen süreçte bağlı buldukları ilin Halk Sağlığı Laboratuvarına analize göndermiştir. Test sonuçları Halk Sağlığı Yönetim Bilgi Sistemi (HSYS) üzerinden uygulamaya tanımlı personelin mobil uygulaması Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS)’ne bildirilmiştir. Ekipler vakanın bulunduğu ikamet adresini önce vakanın kendisini arayıp teyit ederek sonrasında, işlemleri

gerçekleştirmek için çıkmıştır. Olası vakalardan numune alımları, kesin vakaların ilaç tedarikleri, temaslı filyasyonları ve buna müteakip semptom var ise numune alınması işlemleri uygulanmıştır. Bunların yanında olası, kesin ve yakın temaslı vakaların hepsine izolasyon hakkında bilgilendirme yapılmış ve karantina kurallarına uymalarını beyan eden onamları alınmıştır. Ekipler tarafından gün sonunda, vakaların tüm verileri bağlı buldukları il sağlık müdürlüklerine iletilmiştir. Aynı ilçede olmayan pozitif vaka veya temaslı vakaların işlemleri beyan ettikleri adresin filyasyon ekipleri tarafından yapılmıştır. Bütün bu işlemlerin yanında, il sağlık müdürlükleri tarafından hastalara telefon ile ulaşılarak psikososyal destek sağlanmıştır. İzolasyon sürecindeki hastaların beyan adreslerindeki karantina kurallarına uyup uymadıklarının kontrolleri kolluk kuvvetleri, muhtarlar veya görevliler tarafından gerçekleştirilmiştir (Erdem vd., 2021).

2.13.2 Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Görev ve Yetkileri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırarak, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır (Can ve İbicioğlu, 2008).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının kurulmasını, işletilmesini, gerekirse birleştirilmesini ve ayrılmasını, nakledilmesini veya kapatılmasını yapar. Sağlık kuruluşlarında sunulan her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakım hizmetlerinin sunumunun yürütülmesini, izlenmesini ve değerlendirilmesini yapar. Performans değerlendirilmesi sistematığının her türlü alt yapının kurulmasını sağlar ve performans değerlendirmesini yapar. Sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmalarının gerçekleşmesini sağlar. Bakanlık tarafından bildirilen diğer görevleri yapar (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Hastane Hizmetleri Birimi Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının kurulmasını, işletilmesini, gerekirse birleştirilmesi ve ayrılmasını,

nakledilmesi veya kapatılması yapar. Sağlık kurum ve kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakım hizmetlerinin yürütülmesini sağlayarak, faaliyetlerin izlem ve değerlendirmesi yaparak iyi uygulamaların örneklerini yaygınlaştırır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için gerekli olan koordinasyon merkezlerinin kurulması ve işlemlerin yürütülmesini sağlar. Koordinasyonlu şekilde evde sağlık hizmetleri faaliyetlerinin yürütülmesini sağlar (Yavuz, 2015).

Evde sunulan sağlık bakım hizmetlerinin, toplum temelli olan ruh sağlığı hizmetlerinin, palyatif bakım hizmetlerinin, obezite danışmanlığı, rehabilitasyon merkezlerinin faaliyetlerinin planlara uygunluğunu sağlar. Özellikle planlamaya gerek duyulan acil servis, yoğun bakım, perinatal merkezi, organ ve doku nakli merkezleri, travma merkezleri, onkoloji, kalp-damar cerrahi, anjiyografi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri tıbbi hizmet sunumu yapacak birimlerin belirlenmiş planlamalara uygun olarak kurulmasını, hizmetlerin yeterli seviye ve kapasitede sunumunu gerçekleştirir. Hastanelerin sunduğu hizmetlerdeki rolleri ve yatak sayılarının belirlenmesiyle isimlendirmeye ilişkin işlemlerin yürütülmesini sağlar. Sağlık bakım hizmetleri sunumunda gerekli olan hastane otelcilik hizmetlerinin yürütülmesini sağlar. Personel, tıbbi cihaz ve donanım ihtiyaçlarının tespiti, temini ve tahsisi konusundaki hastanenin temin çalışmalarını yürütür. Özellikle hizmet sunan birimlere personel temini yapar (Mevzuat Bilgi Sistemi, 1983).

Üniversitelerle birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı tesislerin kullanılmasına yönelik faaliyetleri yürütür. Çalışma alanlarıyla ilgili eğitim programlarının hazırlanıp uygulanması veya uygulatılmasını, görev ve alanlarıyla alakalı araştırmaların yapılması, konu hakkında sempozyum, panel, çalıştay, seminer gibi etkinliklerin düzenlenmesi, düzenlenen etkinliklere ulusal ve uluslararası katkı, katılım sağlamalıdır. Çalışma alanları ile ilgili verileri toplayarak, analizinin ve raporlama çalışmalarının yapılmasını sağlar. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile alakalı işlemlerin il düzeyinde yürütülmesini sağlar (Can ve İbicioğlu, 2008).

Salgının başladığı dönemde belirlenen bazı kamu hastaları pandemi hastanesi olarak kullanılırken yetersiz gelmeleri karşısında enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, klinik

mikrobiyoloji ve iç hastalıkları uzmanlarının en az ikisinin bulunduğu üçüncü seviye yoğun bakım yatağı bulunan devlet, vakıf ve özel hastaler pandemi hastanesi olarak ilan edildi. İlerleyen süreçte bu mücadele ağırlıklı olarak tıp fakülteleri, eğitim araştırma ve şehir hastalari ile yürütüldü (Öztürk ve Karcıoğlu, 2020).

Hastaneye yatışı yapılan COVID-19 vakasının hastane odasında izolasyonu sağlanmaktadır. Ziyaretçi yasaklanmış, gerekliyse refakatçi bir kişi olarak sınırlandırılmıştır. Hastanın odası sürekli havalanacak şekilde camlar aralıklı açık kullanılmıştır. Hastanın muayenesi için odaya giren personel eldiven, önlük, maske, gözlük ve siperlik gibi kişisel koruyucuları eksiksiz olarak kullanmaya özel göstermektedir. Kişisel koruyucu ekipmanların sırasıyla giyilmesine, çıkarırken de sırasıyla çıkarılmasına özen gösterilmiştir. Kişisel koruyucu ekipman kullanma konusunda İl Sağlık Müdürlükleri tarafından gerekli eğitimler verilmiştir. Hasta taburcu olduktan sonra kişisel koruyucu kullanılarak oda temizliği ve yüzey dezenfeksiyonu sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.13.3 Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Görev ve Yetkileri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri afet, kaza ya da hastalık durumunda acil yardıma ihtiyaç duyan bireyler için hastane öncesinde acil bakım hizmetlerinin sağlanmasını ve güvenli şekilde naklinin gerçekleşmesini sağlar. Modern sağlık sistemlerinin temel yapı taşlarından birini oluşturan bu hizmetlerin esas amacı özellikle büyük travma, kronik hastalık ve ani gelişen sağlık sorunlarına bağlı ölüm, yaralanma ve hastalanma oranlarını azaltılması amaçlanmıştır (Şimşek vd., 2019).

Acil sağlık hizmetleri; hem acil hastalık hem de yaralanma durumlarında alanında uzman kişiler tarafından kurulan ekibin tıbbi araç ve gereçlerini kullanarak olay yerinde, nakil esnasında, sağlık kuruluşunda ihtiyacı olan kişilere sunulan bütün sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Acil sağlık hizmetleri acil yardım ve kurtarma ile başlayarak, taşıma (ambulans hizmetleri), acil servis ve iyileştirme ile devam eden zincirleme bir sistemdir. Sistemin bir yerindeki aksaklık, diğer işlemleri de aksatmaktadır. Türkiye’de 1986 yılında Acil Sağlık Sistemi’nin ilk temelleri atılmış ve ‘Hızır Acil’ olarak isimlendirilmiştir. 1994

yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri kullanılmaya başlanmış ve geliştirilerek devam etmiştir (Aslan ve Güzel, 2018).

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli olan acil sağlık hizmetleri istasyonlarının yer alacağı noktaları valilik belirler. ASKOM tarafından alınan vaka ihbarları en yakın 112 istasyonuna telsiz aracılığıyla gerekli bilgilendirilerek, müdahale konusunda yönlendirilir (Demirbilek ve Hatık, 2020).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, acil durum ve afetlerde sağlık bakım hizmetleri sunumunun ülke geneline ulaşmasını sağlayacak şekilde koordine eder ve uygulanmasını sağlar. Hastane öncesinde acil sağlık bakım hizmetlerine ait birimlerin kurularak, işletilmesini ve hastanelerin acil servisleriyle koordinasyonunu sağlar. Faaliyetlerin izlenmesini ve değerlendirilmesi, hastanın nakil ve sevk koordinasyonunun yapar. Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlarda tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerinin işbirliği ve koordinasyonlu şekilde işleyişini sağlar. Kara, hava ve deniz ambulanslarının temini, tahsisi, sevk ve idaresini yapar (Aslan ve Güzel, 2018).

Afet ve acil durumlarda ihtiyaç duyulan haberleşmenin, ilaç, tıbbi ve teknik malzemelere yönelik planlamaların, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerinin yürütülmesini sağlamaktır. Acil sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için gerekli telsiz haberleşme altyapısının kurar ve işletir. Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda sağlık ve insanî yardım faaliyetlerinin sivil toplum örgütleri ile işbirliğinde kalarak yürütülmesini sağlar. Sağlık açısından tehdit unsuru olan tehlikeli ve kimyasal maddelere, biyolojik ajanlara karşı hazırlıklı olacak şekilde planlamalarını yapar ve organizasyonunu sağlar. Personelin daha hazırlıklı hale gelmesi için ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmasını sağlar, gerekli kurum ve kuruluşlarla beraber eğitim programlarını hazırlar. İlk yardım bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla topluma gerekli eğitimlerin verilmesini sağlayacak planlamaların yapılmasını ve yürütülmesini takip eder. Bakanlık tarafından bildirilen diğer görevleri yapar (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Birimi kamu ve özel, hukuk tüzel kişilere ve gerçek kişilere ait tüm sağlık kuruluşlarının acil sağlık hizmetlerinin sunumunun aksamaması için sevki ve idaresine ilişkin iş ve işlemlerin yürütülmesini sağlar. Hastane öncesi acil sağlık bakım hizmetlerine ait birimlerin kurularak işletilmesi, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre edilmesini yapar. Yapılan faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi, hasta sevk ve nakil koordinasyonunun sağlar. (Şimşek vd., 2019).

Acil servis hizmetlerinin il düzeyinde etkinliği için gerekli koordinasyonun sağlanması, hasta sevk ve hareketlerinin incelenerek, iyileştirici tedbirlerin alınıp uygulanmasını ve kayıt altına alınmasını sağlar. 112 acil sağlık hizmetlerinin uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun olarak gelişmesine yardımcı olur. Acil sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren, ambulans hizmeti veren resmi, özel kurum ve kuruluşları denetlemesini yapar. Hizmet amacına uygun mal ve hizmet alımlarının planlama ve organizasyonunu sağlar. Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen eğitim programlarını düzenler ve uygular (Aslan ve Güzel, 2018).

Bireyler COVID-19 salgını döneminde şikâyetleri için 112 Acil Çağrı Merkezi ile iletişime geçmektedir. Çağrı karşılama ekipleri tarafından telefonda sorulan bazı sorularla bir nevi triyaj işlemi uygulanır. Hastanın COVID-19 hastası mı, yoksa diğer türlü hasta mı olduğu tespit edildikten sonra olması gereken çağrı protokolleri uygulanır. Çağrı merkezi tarafından COVID-19 olası vakalar, ambulans ekibine bildirilirken olası vaka olduğu anons esnasında belirtilmektedir. Ambulans ekibinin olası vakanın olay yerine ulaşmadan önce kişisel koruyucu ekipmanlarını kullanmaları gereklidir. Eğer hasta ayaklı hastaysa, cerrahi maske takılması sağlanarak en yakın pandemi hastanesine nakli gerçekleştirilir. Eğer hasta arrest ise, kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılarak durumu karşılayacaksa bir kişinin müdahale etmesi sağlanır. Kullanılan bütün ekipmanlar tek kullanımlık olmalı veya daha sonra mutlaka strelizasyon uygulanmalıdır. Bütün atıklar tıbbi atık poşetinde toplanmalıdır. Nakil işleminden sonra ambulans temizlenerek, dezenfekte edilir ve havalandırılır (Durmuş vd., 2021).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

Günümüzün modern hastalıklarından olan stres, bireylerin yaşam kalitesi ve iş performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinde Balıkesir ili İvrindi ilçesinde görev yapan sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları stres durumlarını ve demografik değişkenlerin stresleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analiz süreci açıklanacaktır.

3.1 Araştırmanın Türü

Sağlık çalışanlarının bazı demografik özellikleri ile stres belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden faydalanılarak tanımlayıcı bir araştırma tasarımı kurgulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu çalışmaya konu olan evren salgın döneminde Balıkesir ili İvrindi ilçesinde farklı sağlık kuruluşlarında 2020-2021 yılları arasında çalışmış olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yönteminin kullanıldığı bu tez çalışması kapsamında ilçede bulunan sağlık kuruluşları ve personele ulaşmada bir sorun yaşanmamıştır.

Araştırmanın örnekleme, evren içerisinden araştırmaya katılmak istemeyen veya anket çalışmaları esnasında izinli olan sağlık çalışanlarının dışında, gönüllülük esasına bağlı olarak katılmak isteyen 172 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Balıkesir ili İvrindi ilçesinde bulunan sağlık kuruluşlarında (İvrindi Devlet Hastanesi, İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü, İvrindi Aile Sağlığı Merkezleri, İvrindi 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu) görev yapan bütün sağlık çalışanlarına çalışma için alınan izinler, kişisel veri formları ve ölçek çalışma esnasında dağıtılmıştır. Çalışma hakkında bilgi verilerek

çalışmaya katılımın zorunlu olmadığı gönüllülük esasına göre katılım yapmaları gerektiği anlatılarak, elde edilen bilgilerin yapılan araştırma haricinde kullanılmayacağı açıklanarak onayları alınmıştır.

Çalışmaya gönüllü olarak, Mart 2020 ve Ekim 2021 tarihleri arasında çalışmada belirtilen kuruluşlardan birinde görev yapıyor olmak koşuluyla, 18 yaşından büyük, anket doldurmaya engeli bulunmayan bireyler katılmıştır. 18 yaşından küçük ve belirtilen tarihlerde, belirtilen kuruluşlarda görev yapmayan, çalışmayı kabul etmeyen sağlık çalışanları çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.3 Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma öncesi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan ve çalışmanın gerçekleştirileceği Balıkesir ili İvrindi ilçesi için Sağlık Bakanlığı, Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü, İvrindi Devlet Hastanesi, İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Balıkesir İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden gerekli yasal izinler alınmıştır.

Çalışmaya katılan bireylere araştırmanın amacı, form ve anketlerin içeriği ile ilgili açıklama yapıp katılımcılardan sözlü izin alınarak “Bilgilendirilmiş Gönüllülük Onam Formu” imzalatılmıştır. Araştırmaya katılmamak konusunda ve araştırmaya katıldıktan sonra istedikleri zaman ayrılmakta özgür oldukları ifade edilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesine, bilgilerinin gizli kalıp, kimseyle paylaşılmayacağı bildirilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmuştur.

3.4 Veri Toplama Araçları

Çalışmadaki veriler, araştırmacı tarafından literatürdeki benzeri kaynakların taraması yapıldıktan sonra sağlık çalışanlarına uygulanmak üzere, araştırmada kullanılacak verileri

toplamak amacıyla nicel araştırma tekniklerinden anket yöntemi kullanılmıştır. Kişisel Veri Formu ve ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ kullanılarak araştırma verileri toplanmıştır.

3.4.1 Kişisel Veri Formu

Araştırmacı tarafından Kişisel Veri Formu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla geliştirilmiştir. Kişisel Veri Formu dokuz maddeden (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, branş, çalıştığı sağlık kuruluşu, medeni durumu, kiminle yaşadığı, çocuk sayısı, gelir düzeyi) oluşmaktadır.

3.4.2 Stres Belirtileri Ölçeği

Araştırmacı sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeyini belirlemek amacıyla (Karadavut, 2005) Stres Belirtileri Ölçeği kullanılmıştır. Stres Belirtileri ölçeği beşli Likert tarzında otuz iki madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ters yönlü maddesi bulunmayan ölçek Pek Çok=5, Çok=4, Orta=3, Az=2, Yok=1 şeklinde puanlanmıştır. Bu alt boyutları davranışsal stres belirtileri, fiziksel stres belirtileri ve psikolojik stres belirtileri oluşturmaktadır. Stres belirtileri ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 160, en düşük puan ise 32’dir. Stres belirtileri ölçeğinin birinci alt boyutu olan davranışsal stres belirtileri ile ilgili olarak güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha değerini 0.889 ölçeğin ikinci alt boyutu olan fiziksel stres belirtileri ile ilgili olarak güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha değerini 0.913 ve ölçeğin üçüncü alt boyutu olan davranışsal stres belirtileri ile ilgili olarak güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha değerini 0.917 olarak hesaplamıştır. Cronbach Alpha değerleri açısından incelendiğinde ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir (Karadavut, 2005).

3.5 Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak kullanılan Stres Belirtileri Ölçeği için gerekli olan izinler alınmıştır (EK-1, EK-2). Veri toplama araçlarının sağlık kuruluşlarında uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığı’ndan izin alındıktan sonra araştırmacı tarafından belirlenen sağlık

kuruluşlarına gidilerek uygulamanın amacıyla ilgili kurum amirlerine gerekli açıklamalar yapılmıştır. Kurum yöneticilerinden sözlü ve yazılı (EK-3) onay alındıktan sonra Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü komitesine Sağlık Bakanlığı Onay yazısı ile sunulmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü'nden komite tarafından oy birliği sağlandıktan sonra verilerin toplanmasına 01 Ekim 2021 tarihinde başlanmış olup katılımcıların görev yaptıkları sağlık kuruluşlarına gidilerek çalışma hakkında gerekli açıklamalar yapılmış ve anket sorularına gönüllülük esasına dayalı olarak samimi ve doğru yanıtlar vermeleri istenerek veri toplama süreci 01 Aralık 2021 tarihinde sonlandırılmıştır.

3.6 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin kontrolleri araştırmacı tarafından yapılarak veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26 Windows” (SPSS.26.0) istatistik paket programı kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Verilerin analizine başlamadan önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için çarpıklık katsayısı (skewness) değerine bakılmış olup araştırma verilerinin çarpıklık katsayısı (skewness) değerlerinin -1 ile +1 arasında olduğu belirlenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilerek veriler parametrik testlerle analiz edilmiştir. Ayrıca kişisel bilgi formunda yer alan ‘bekârsa kiminle yaşadığı’ değişkeninde çalışanların medeni durumu önemsenmeksizin ‘kiminle yaşadığı’ şeklinde kabul edilip analizler ona göre yapılmıştır. Çalışmaya katılan uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi, fizyoterapi, diyetisyenleri sağlık personeli olarak; hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, paramedik, eczane teknikeri, sağlık memuru, tıbbi sekreter, röntgen teknisyeni, çevre sağlık teknisyeni vb. sağlık çalışanlarını yardımcı sağlık personeli olarak; veri kontrol işletmeni, güvenlik personeli, aşçı, hastane personelini, elektrik teknisyeni, şoför vb. çalışanları da diğer sağlık personeli olarak tanımlanmıştır. Demografik verileri daha görünür hale getirmek için Demografik Kısım Analizi gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, çalışanların medeni durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız gruplar T Testi, hizmet grubu, yaş ve çalıştığı sağlık kuruluşu değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Bütün analizlerde anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı İvrindi ilçesinde bulunan İvrindi Devlet Hastanesi, İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü, İvrindi 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanan anket ve ölçek; sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli ve destek hizmetleri personeli üzerinde Mart 2020- Ekim 2021 arasında tam zamanlı olarak görev yapan gönüllü olan bütün sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Belirtilen sürede kuruluşta çalışmayan veya sürece sonradan dâhil edilen personel araştırma grubuna dâhil edilmemiştir.

Balıkesir'in ilçe ve personel sayısı fazla olduğu için çalışma, tez yazarının görev yaptığı İvrindi ilçesi ile sınırlandırılmıştır. Araştırma sadece çalışmanın yapıldığı ilçenin belirlenen sağlık kuruluşlarında belirlenen tarihlerde görev yapan sağlık personeline yapıldığı için tüm evrene genelleme yapılamaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde Balıkesir İli İvrindi ilçesinde bulunan sağlık çalışanlarından toplanan verilerin, demografik açıdan çözümlenmesiyle elde edilen tablolar ve yorumları sunulmuştur. Sağlık çalışanlarının medeni durum, hizmet grubu ve sağlık kuruluşunun stres belirtilerine etkisini inceleyen bulgulara ve bulgulara ait yorumlara yer verilmiştir.

Tablo 1.

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Cinsiyet Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		Cinsiyet		Total
		Kadın	Erkek	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	62	53	115
	% of Total	%36,0	% 30,8	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	9	7	16
	% of Total	% 5,2	% 4,1	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	7	7	14
	% of Total	% 4,1	% 4,1	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	17	10	27
	% of Total	% 9,9	% 5,8	% 15,7
Toplam	Count	95	77	172
	% of Total	% 55,2	% 44,8	% 100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanın 62'si (%36,0) kadın, 53'ü (%30,8) erkek katılımcıdır.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanın 9'u (%5,2) kadın, 7'si (%4,1) erkek katılımcıdır.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanın 7'si (%4,1) kadın, 7'si (% 4,1) erkek katılımcıdır.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 17'si (%9,9) kadın, 10'u (% 5,8) erkek katılımcıdır. Toplamda 95'i (% 55,2) kadın ve 77'si (%44,8) erkek olmak üzere 172 kişi katılmıştır.

Tablo 2

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Yaş Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		YAŞ						Total
		20-24	24-28	28-32	32-36	36-40	40 ve Üstü	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	8	24	16	5	14	48	115
	% Total	% 4,7	% 14,0	% 9,3	% 2,9	%8,1	% 27,9	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	0	6	3	2	1	4	16
	% Total	% 0	% 3,5	% 1,7	% 1,2	% 0,6	% 2,3	%9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	1	3	6	3	0	1	14
	% Total	%0,6	% 1,7	% 3,5	% 1,7	% 0,0	% 0,6	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	2	6	3	2	3	11	27
	% Total	% 1,2	% 3,5	% 1,7	% 1,2	% 1,7	% 6,4	% 15,7
Total	Count	11	39	28	12	18	64	172
	% Total	% 6,4	% 22,7	% 16,3	% 7,0	% 10,5	% 37,2	%100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının yaş dağılımı 8'i (%4,7) 20-24 yaş, 24'ü (%14,0) 24-28 yaş, 16'sı (%9,3) 28-32 yaş, 5'i (%2,9) 32-36 yaş, 14'ü (%8,1) 36-40 yaş, 48'i (%27,9) 40 yaş ve üzeridir.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının yaş dağılımını 6'sı (%3,5) 24-28 yaş, 3'ü (%1,7) 28-32 yaş, 2'si (%1,2) 32-36 yaş, 1'i (%0,6) 36-40 yaş, 4'ü (%2,3) 40 yaş ve üzeridir.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının yaş dağılımı 1'i (%0,6) 20-24 yaş, 3'ü (%1,7) 24-28 yaş, 6'sı (%3,5) 28-32 yaş, 3'ü (%1,7) 32-36 yaş, 1'i (%0,6) 40 yaş ve üzeridir.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının yaş dağılımı 2'si (%1,2) 20-24 yaş, 6'sı (%3,5) 24-28 yaş, 3'ü (%1,7) 28-32 yaş, 2'si (%1,2) 32-36 yaş, 3'ü (%1,7) 36-40 yaş, 11'i (%6,4) 40 yaş ve üzeridir.

Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının 11'i (%6,4) 20-24 yaş, 39'u (%22,7) 24-28 yaş, 28'i (16,3%) 28-32 yaş, 12'si (%7,0) 32-36 yaş, 18'i (%16,5) 36-40 yaş, 64'ü (%37,2) 40 yaş ve üzeridir. Katılımcıların çoğunluğunun yaş aralığı 40 yaş ve üzeridir.

Tablo 3

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Eğitim Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		EĞİTİM						Total
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	Doktora	
İvrindi Devlet Hast.	Count	4	4	29	60	13	5	115
	%Total	% 2,3	% 2,3	% 16,9	% 34,9	% 7,6	% 2,9	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	0	0	4	11	1	0	16
	%Total	0,0%	0,0%	% 2,3	% 6,4	% 0,6	% 0,0	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	0	0	5	9	0	0	14
	%Total	% 0,0	% 0,0	% 2,9	% 5,2	% 0,0	% 0,0	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	1	0	4	15	5	2	27
	%Total	% 0,6	% 0,0	% 2,3	% 8,7	% 2,9	% 1,2	% 15,7
Total	Count	5	4	42	95	19	7	172
	%Total	% 2,9	% 2,3	% 24,4	% 55,2	% 11,0	% 4,1	% 100

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 4'ü (%2,3) ilkokul, 4'ü (%2,3) ortaokul, 29'u (%16,9) lise, 60'ı (%34,9) üniversite, 13'ü (%7,6) yüksek lisans, 5'i (%2,9) doktora düzeyinde eğitim almıştır.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 4'ü (%2,3) lise, 11'i (%6,4) üniversite, 1'i (%0,6) yüksek lisans düzeyinde eğitim almıştır.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının 5'i (%2,9) lise, 9'u (%5,2) üniversite düzeyinde eğitim almıştır.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 1'i (%2,3) ilkokul, 4'ü (%2,3) ortaokul, 4'ü (%2,3) lise, 15'i (%8,7) üniversite, 5'i (%2,9) yüksek lisans, 2'si (%1,2) doktora düzeyinde eğitim almıştır.

Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının 5'i (%2,9) ilkokul, 4'ü (%2,3) ortaokul, 42'si (%24,4) lise, 95'i (%55,2) üniversite, 19'u (%11,0) yüksek lisans, 7'si (%4,1) doktora düzeyinde eğitim almıştır. Katılımcıların çoğunluğu üniversite ve üstü eğitim almış bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Hizmet Sınıfları Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		HİZMET SINIFI			Total
		Sağlık Pers.	Yardımcı Sağ. Pers.	Diğer Sağ. Personeli	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	23	70	22	115
	% of Total	% 13,4	% 40,7	% 12,8	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	5	9	2	16
	% of Total	% 2,9	% 5,2	% 1,2	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	0	11	3	14
	% of Total	% 0,0	% 6,4	% 1,7	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	9	17	1	27
	% of Total	% 5,2	% 9,9	% 0,6	% 15,7
Total	Count	37	107	28	172
	% of Total	% 21,5	% 62,2	% 16,3	% 100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 23'ü (%13,4) sağlık personeli, 70'i (%40,7) yardımcı sağlık personeli, 22'si (%12,8) diğer sağlık personelinde oluşmaktadır.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 5'i (%2,9) sağlık personeli, 9'u (%5,2) yardımcı sağlık personeli, 2'si (%1,2) diğer sağlık personelinden oluşmaktadır.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının 11'i (%6,4) yardımcı sağlık personeli, 3'ü (%1,7) diğer sağlık personelinden oluşmaktadır.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 9'u (%5,2) sağlık personeli, 17'si (%9,9) yardımcı sağlık personeli, 1'i (%0,6) diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının oluşturduğu hizmet grubunun 37'si (%21,5) sağlık personelinden, 107'si (%62,2) yardımcı sağlık personelinden, 28'i (%16,3) diğer sağlık personelinden oluşmaktadır.

Tablo 5

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Medeni Durum Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		MEDENİ DURUM		Total
		Evli	Bekâr	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	83	32	115
	% of Total	% 48,3	% 18,6	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	10	6	16
	% of Total	% 5,8	% 3,5	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	9	5	14
	% of Total	% 5,2	% 2,9	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	19	8	27
	% of Total	% 11,0	% 4,7	% 15,7
Total	Count	121	51	172
	% of Total	% 70,3	% 29,7	% 100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 83'ü (%48,3) evli, 32'i (%18,6) bekârdır.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 10'u (%5,8) evli, 6'sı (%3,5) bekârdır.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının 9'u (%5,2) evli, 5'i (%2,9) bekârdır.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 19'u (%11,0) evli, 8'i (%4,7) bekârdır.

Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının 121'i (%70,3) evli, 51'i (%29,7) bekârdır. Evli sağlık çalışanlarının çoğunlukta olduğu gruptur.

Tablo 6

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Kiminle Yaşadığı Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		KİMİNLE YAŞADIĞI			
		Tek	Arkadaşlar	Aile	Total
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	8	4	103	115
	% of Total	% 4,7	% 2,3	% 59,9	% 66,9
İvrindi İlçe Sağ. Müd.	Count	2	1	13	16
	% of Total	% 1,2	% 0,6	% 7,6	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	1	0	13	14
	% of Total	% 0,6	% 0,0%	% 7,6	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	2	0	25	27
	% of Total	% 1,2	%0,0	%14,5	%15,7
Total	Count	13	5	154	172
	% of Total	%7,6	% 2,9	% 89,5	%100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 8'i (%4,7) tek, 4'ü (%2,3) arkadaşlarla, 103'ü (%59,9) ailesiyle beraber yaşamaktadır.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 2'si (%1,2) tek, 1'i (%0,6) arkadaşlarla, 13'ü (%7,6) ailesiyle beraber yaşamaktadır.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının 1'i (%0,6) tek ve 13'ü (%7,6) ailesiyle beraber yaşamaktadır.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 2'si (%1,2) tek ve 25'i (%14,5) ailesiyle beraber yaşamaktadır.

Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının 13'ü (%7,6) tek, 5'i (%2,9) arkadaşlarla, 154'ü (%89,5) ailesiyle beraber yaşamaktadır. Aile bireyleriyle yaşayanların oranı, çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 7

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Çocuk Sayısı Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		ÇOCUK SAYISI				Total
		Yok	1	2	3	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	48	11	46	10	115
	% of Total	%27,9	%6,4	%26,7	%5,8	% 66,9
İvrindi İlçe Sağ. Müd.	Count	9	4	2	1	16
	% of Total	%5,2	%2,3	%1,2	%0,6	%9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	6	5	2	1	14
	% of Total	%3,5	%2,9	%1,2	%0,6	%8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	9	3	14	1	27
	% of Total	%5,2	%1,7	%8,1	%0,6	%15,7
Total	Count	72	23	64	13	172
	% of Total	%41,9	%13,4	%37,2	%7,6	%100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 48'inin (%27,9) çocuğu yoktur. 11'i (%6,4) tek çocuk, 46'sı (%26,7) iki çocuğu, 10'u (%7,6) üç çocuk sahibidir.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 9'unun (%5,2) çocuk yoktur. 4'ü (%2,3) tek çocuk, 2'si (%1,2) iki çocuk, 1'i (%0,6) üç çocuk sahibidir.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının 6'sının (%3,5) çocuğu yoktur. 5'si (%2,9) tek çocuk, 2'si (%1,2) iki çocuk, 1'i (%0,6) üç çocuk sahibidir.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 9'unun (%5,2) çocuğu yoktur. Katılımcıların 3'ü (%1,7) tek çocuk, 14'ü (%8,1) iki çocuk, olduğu, 1'i (%0,6) üç çocuk sahibidir.

Katılım gösteren toplam 172 sağlık çalışanının 72'sinin (%41,9) çocuğu yoktur. Katılımcıların 23'ü (%13,4) tek çocuk, 64'ü (%37,2) iki çocuk, 13'ü (%7,6) üç çocuk sahibidir. Katılımcıların çoğunluğu çocuk sahibi değildir.

Tablo 8

Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Göre Gelir Düzeyi Frekans İstatistiği ve Yüzde Dağılımları

		GELİR DÜZEYİ					Total
		2000-3999	4000-5999	6000-7999	8000-9999	10000 TL	
		TL	TL	TL	TL	ve üzeri	
İvrindi Devlet Hastanesi	Count	7	53	35	5	15	115
	% of Total	% 4,1	% 30,8	% 20,3	% 2,9	% 8,7	% 66,9
İlçe Sağ. Müd.	Count	1	8	3	1	3	16
	% of Total	%0,6	% 4,7	% 1,7	% 0,6	% 1,7	% 9,3
Acil Sağ. Hiz. İstas.	Count	0	6	8	0	0	14
	% of Total	% 0,0	% 3,5	% 4,7	% 0,0	% 0,0	% 8,1
Aile Sağlığı Merkezi	Count	5	2	8	3	9	27
	% of Total	% 2,9	% 1,2	% 4,7	% 1,7	% 5,2	% 15,7
Total	Count	13	69	54	9	27	172
	% of Total	% 7,6	% 40,1	% 31,4	% 5,2	% 15,7	% 100,0

İvrindi Devlet Hastanesi'nde katılım gösteren 115 (%66,9) sağlık çalışanının 7'si (%4,1) 2000-3999 TL, 53'ü (%30,8) 4000-5999 TL, 35'i (%20,3) 6000-7999 TL, 5'i (%2,9) 8000-9999 TL, 15'i (%8,7) 10000 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir.

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde katılım gösteren 16 (%9,3) sağlık çalışanının 1'i (%0,6) 2000-3999 TL, 8'i (%4,7) 4000-5999 TL, 3'ü (%1,7) 6000-7999 TL, 1'i (%0,6) 8000-9999 TL, 3'ü (%1,7) 10000 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir.

İvrindi Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda katılım gösteren 14 (%8,1) sağlık çalışanının, 6'sı (%3,5) 4000-5999 TL, 8'i (%4,7,) 6000-7999 TL aylık gelir düzeyine sahiptir.

İvrindi Aile Sağlığı Merkezi'nde katılım gösteren 27 (%15,7) sağlık çalışanının 5'i (%2,9) 2000-3999 TL, 2'si (%1,2) 4000-5999 TL, 8'i (%4,7) 6000-7999 TL, 3'ü (%1,7) 8000-9999 TL, 9'u (%5,2) 10000 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir.

Katılım gösteren 172 sağlık çalışanının 12'si (%7,6) 2000-3999 TL, 69'u (%40,1) 4000-5999 TL, 54'ü (%31,4) 6000-7999 TL, 9'u (%5,2) 8000-9999 TL, 27'si (%15,7) 10000 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir. Katılımcıların çoğunluğu 4000-5999 TL gelire sahip olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. 2020 Mart ayında %0,57 ile başlayan TÜFE oranları anket çalışmasının uygulandığı 2021 yılının Ekim ayında % 2,39 oranına, Kasım'da % 3,51 ve Aralık'ta %13,58'dir (Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, 2022). Branş/Unvan aynı olsa bile bireyin çalıştığı sağlık kuruluşu veya kıdem/derece gibi faktörler aynı işi yapan bireylerin arasında maaş farkı olmasına neden olmaktadır. Ek döner, riskli birim ücreti veya öğrenim durumu farklılık oluşturan etmenlerdendir.

Sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek yapılan 'Bağımsız örneklem t-testi' sonuçları tablo-9'da verilmiştir.

Tablo 9

Stres Belirtileri Düzeyinin Medeni Duruma Göre T-Testi Sonucu

	Medeni Durum	N	X	S	T	P
Davranışsal Belirt.	Evli	121	2,20	0,75	-0,96	0,92
	Bekâr	51	2,21	0,71		
Fiziksel Belirt.	Evli	121	2,14	1,06	-0,26	0,79
	Bekâr	51	2,19	1,08		
Psikolojik Belirt.	Evli	121	2,38	1,07	-0,52	0,59
	Bekâr	51	2,48	1,03		

*p<0,05 anlamlı farklılık var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi

Tablo 9'da açıklandığı gibi sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için; normalliği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiş ve veriler 1 ve +1 aralığında olduğundan her grup için normal

dağıldığı tespit edilmiştir. Verilerde aykırı değer olmadığı kutu çizgi grafiğiyle incelenmiş ve aykırı değer elde edilmemiştir. Evli ve bekârların toplam tutum puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t–testi uygulanarak incelenmiştir.

İncelemenin sonucunda evli ve bekârların toplam tutum puanları ile ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni durum değişkenine göre sağlık çalışanlarının stres belirtilerinin davranışsal, fiziksel ve psikolojik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t_d = -0.96$, $t_r = -0,26$ $t_p = -0.52$ $p > 0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumlarının stres düzeylerine etkisi olduğu gözlenmemiştir.

Sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, yaş grupları değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ‘Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’ testi sonuçları Tablo-10’ da verilmiştir.

Tablo 10
Stres Belirtileri Düzeyinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	Yaş Grupları	N	X	S	F	P
Davranışsal Belirtiler	20-24	11	2,40	0,83	0,29	0,91
	25-28	39	2,18	0,76		
	29-32	28	2,29	0,66		
	33-36	12	2,18	0,81		
	37-40	18	2,14	0,90		
	40 yaş üstü	64	2,17	0,70		
Fiziksel Belirtiler	20-24	11	2,17	0,88	0,87	0,50
	25-28	39	1,96	0,93		
	29-32	28	2,08	0,81		
	33-36	12	2,44	1,16		
	37-40	18	1,95	1,12		
	40 yaş üstü	64	2,32	1,22		
Psikolojik Belirtiler	20-24	11	2,52	0,84	0,28	0,92
	25-28	39	2,26	1,02		
	29-32	28	2,53	0,96		
	33-36	12	2,34	1,17		
	37-40	18	2,38	1,07		
	40 yaş üstü	64	2,46	1,15		

* $p < 0,05$ anlamlı farklılık var, $p > 0,05$ anlamlı fark yok; Anova

Tablo 10’da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının toplam tutum puanlarının yaş gruplarına göre normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve verilerin her bir yaş grubu için normal dağıldığı tespit edilmiştir. Aykırı değer olup olmadığı kutu çizgi grafiğinde incelenmiş ve aykırı değer tespit edilmemiştir. Sağlık çalışanlarının yaş grupları arasında stres belirtileri düzeylerinin farklılık olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda yaş grupları farklı olan sağlık çalışanlarının toplam stres belirtileri düzeyleri ve ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($F_d= 0.918$, $F_r= 0.500$, $F_p= 0.923$ $p>0.05$). Yaş gruplarına göre sağlık çalışanlarının stres belirtilerinin davranışsal, fiziksel ve psikolojik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların stres düzeylerine yaşlarının bir etkisi olduğu gözlenmemiştir.

Sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, hizmet grupları değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yapılan ‘Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’ testi sonuçları Tablo-11’de verilmiştir.

Tablo 11

Stres Belirtileri Düzeyinin Hizmet Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	Hizmet Grubu	N	X	S	F	P
Davranışsal Belirtiler	Sağlık Pers.	37	2,16	0,73	2,35	0,90
	Yrd. Sağ.Pers.	107	2,29	0,72		
	Diğ. Sağ. Pers.	28	1,95	0,78		
Fiziksel Belirtiler	Sağlık Pers.	37	1,93	0,81	1,78	0,17
	Yrd. Sağ.Pers.	107	2,28	1,12		
	Diğ. Sağ. Pers.	28	2,01	1,12		
Psikolojik Belirtiler	Sağlık Pers.	37	2,22	0,84	1,40	0,924
	Yrd. Sağ.Pers.	107	2,52	1,02		
	Diğ. Sağ. Pers.	28	2,27	0,96		

* $p<0,05$ anlamlı farklılık var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; Anova

Tablo 11’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, hizmet gruplarına göre normal dağıldığı tespit edildikten sonra anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği uygulanmıştır. İnceleme sonucunda hizmet grupları farklı olan sağlık çalışanlarının toplam stres düzeyleri ve ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_d=2,35$, $F_f=1,78$, $F_p=1,40$, $p>0.05$). Hizmet gruplarına göre sağlık çalışanlarının stres belirtilerinin davranışsal, fiziksel ve psikolojik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların hizmet gruplarının stres düzeylerine etkisi gözlenmemiştir.

Sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, sağlık kurumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yapılan ‘Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)’ testi sonuçları Tablo-12’de verilmiştir.

Tablo 12

Stres Belirtileri Düzeyinin Sağlık Kurumlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	Sağlık Kuruluşu	N	X	S	F	P
Davranışsal Belirtiler	Devlet Hast.	115	2,25	0,74	1,90	0,13
	İlçe Sağ. Müd.	16	2,08	0,51		
	ASHİ	14	2,48	0,90		
	ASM.	27	1,96	0,71		
Fiziksel Belirtiler	Devlet Hast.	115	2,23	1,09	0,52	0,66
	İlçe Sağ. Müd.	16	2,12	0,91		
	ASHİ	14	1,97	0,90		
	ASM	27	1,99	1,12		
Psikolojik Belirtiler	Devlet Hast.	115	2,52	1,07	1,44	0,23
	İlçe Sağ. Müd.	16	2,21	0,88		
	ASHİ	14	2,34	1,17		
	ASM	27	2,10	1,02		

* $p<0,05$ anlamlı farklılık var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; Anova

Tablo 12’de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeylerinin, çalıştığı kurumlar türü değişkenine göre normal dağıldığı tespit edildikten sonra anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekniği uygulanmıştır. İnceleme sonucunda görev yaptıkları sağlık kurumları farklı olan sağlık çalışanlarının toplam stres düzeyleri ve ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F_d=1,90$, $F_r=0,52$, $F_p=1,44$, $p>.05$). Sağlık kuruluşlarına göre sağlık çalışanlarının stres belirtilerinin davranışsal, fiziksel ve psikolojik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır Katılımcıların görev yaptıkları sağlık kuruluşunun stres düzeylerine etkisi olmamıştır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireylerin günlük yaşamında meydana gelen fiziki ve sosyal zorluklara karşı gösterdikleri davranışsal, fiziksel ve psikolojik tepkilere stres denmektedir. Bireylerin yaptıkları iş, gelir düzeyleri, ilişkileri, çocukları, okulları, kaza veya terör saldırısına uğramaları gibi durumlar stres yaşamalarına neden olmaktadır. En stresli meslek grubu olarak; öğretmenlik, hava trafik kontrol memurluğu, trafik polisliği, maden işçiliği, telefon operatörlüğü, vardiyalı çalışanlar, polisler, savcı, doktor, hemşire, avukat olarak sıralanmaktadır (Avcı, 2019).

Çalışanların kurumsal ortamdaki ilişkiler, yönetim politikaları ve örgüt kültüründen kaynaklı sorunlara karşı geliştirdiği davranışsal, fiziksel ve psikolojik tepkiler örgütsel stres olarak tanımlanır. Bireysel nedenlerden kaynaklı, modern zamana ilişkin, örgütün ve işin kendisinden kaynaklı sebepler örgütsel strese neden olmaktadır. Yönetim tarzı, mesleki farklılıklar, rol çatışması ve belirsizlikleri, aşırı iş yükü, iş tatminsizliği, net olmayan haberleşme, kariyer yönetimi ve performans değerlendirmeleri gibi nedenlerde örgütsel stres kaynağıdır (Selvi vd.,2014). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; bireylerin sadece hastalık veya rahatsızlıklarının olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Bolsoy ve Sevil., 2006).

Türkiye salgının ortaya çıkmasından 12 Mayıs tarihine kadar geçen süre zarfında, hem ülke içinde çıkan tüm zorluklara rağmen sağlık sistemini etkin bir şekilde yönetmiş hem de 44 ülkeye tıbbi malzeme yardımında bulunarak onların ihtiyaçlarını karşılamaya destek olmuştur. Pandemi sürecinde bütün bunlar göz önüne alındığında Türkiye sağlık hizmetleri gücü ve sosyoekonomik olarak durumu Türkiye'den daha iyi durumda olan ülkelerden daha iyi bir performans ortaya koymuştur. Türkiye'nin daha iyi bir performans sergilemesinde geleceği öngören bir sağlık hizmetleri planlamasına ve yine donanımlı ve fedakâr sağlık insan gücüne sahip olması etkili olmuştur. Türkiye'nin salgın tarihi incelendiğinde salgın hastalıklarla mücadele etmeye alışmış bir toplum olduğu için sağlık politikaları ve insan gücü eğitimini de bu doğrultuda gerçekleştirmiştir. Türkiye'de oluşturulan komisyonlar,

bilgilendirme amaçlı yapılan yayın ve salgın yönetim rehberleri; nüfus ve yüz ölçümü dikkate alındığında hastalığın daha kötü sonuçlar oluşturmaya engel olmuştur. Sağlık hizmetleri finansman yönetiminin yanı sıra kalifiye sağlık çalışanlarının da insanlık ve sağlık sistemleri açısından ne kadar önemli olduğu, bir kez daha ortaya konmuştur (Budak ve Korkmaz, 2020).

Balıkesir'in İvrindi ilçesi doğuda Savaştepe ilçesi, güneydoğuda Manisa, güneyde İzmir ilçeleri, güneybatıda Burhaniye, batıda Havran, kuzeyde Balya ilçeleri, kuzeydoğuda da Merkez ilçe ile çevrilidir. İl merkezine 35 km uzaklığında olan ilçenin nüfusu yaklaşık 33.000'dir. Dağlık bir arazi yapısına sahip olan ilçe 4 merkez mahalle ve 65 kırsal mahalleye sahiptir (wikipedia, 2022).

Balıkesir İli İvrindi ilçesinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak sağlık bakım hizmetleri sunan İvrindi Devlet Hastanesi 50 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Pandemi süresinde ihtiyaçlar doğrultusunda COVID-19 hastalarına ayaktan müracaat ve yataklı sağlık bakım hizmeti sunmuştur. Şikâyetleri üzerine hastaneye müracaat eden hastalara gerekli tedaviyi uygulayarak hastalardan PCR numunesi alarak test için laboratuvara göndermiştir. Test sonuçları PCR(+) olan, Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından bildirilen hastalar İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü görevlendirilmiş fiyasyon ekiplerine bildirilmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından bir hekim, iki sağlık memuru ve iki şoför ile oluşturulan beşer kişilik toplamda üç ekip bu süreçte görevlendirilmiştir. Fiyasyon ekiplerine mobil uygulama (FİTAS) üzerinden bildirilen hastalara, adres bilgileri teyit edildikten sonra en kısa süre zaman içerisinde adreslerine gidilerek gerekli uygulamalar başlatılmıştır. Sık sık güncellenen Sağlık Bakanlığı COVID-19 Rehberi doğrultusunda PCR(+) olarak belirlenen birey ve temaslıları için gerekli izolasyon işlemleri başlatılmıştır. Hasta birey ve temaslıların Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması ile birbirine entegre olan Fiyasyon Takip Sistemi (FİTAS) üzerinden gerekli onam formları alınmıştır. İzolasyon süresince kurallara uymaması durumunda gerekli adli işlemlerin başlatılacağı özenle anlatılmıştır. Fiyasyon ekiplerinde bulunan hekimlerin görüşü ile evlerinde izolasyonu başlayacak hastalara ilaç başlanmış veya 112 ekiplerine bildirilerek hastaneye sevkleri gerçekleştirilmiştir. 112 ekiplerine hasta bildirim yapıldıkça gerekli kişisel bilgileri ve durumu hakkında bilgi verilerek ekiplerin olay yerine hazırlıklı gelmesi sağlanmıştır. Adresinden

aldıkları hastaların hastaneye sevkini gerçekleştiren 112 ekipleri işlemlerden sonra ambulans dezenfeksiyonuna da önem göstermişlerdir. Hastaneye yatışı gerçekleşen hastalara İvrindi Devlet Hastanesi COVID-19 servisi sağlık bakım hizmeti sunmuştur.

Günlük olarak hastaların verileri temaslıları ile birlikte izolasyon sürelerinin de belirtildiği veriler tablo şeklinde düzenlenerek Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü ve İvrindi Kaymakamlığı, İvrindi İlçe Emniyet Amirliği ve İvrindi İlçe Jandarma Komutanlığı'na bildirilmiştir. Hasta ve temaslı bireylerin izolasyon sürecine uyup uymadığı kolluk kuvvetleri tarafından günde iki defa yerinde kontrol edilmiştir. Vaka sayılarının arttığı mahalleler için köy veya hane karantinaları uygulanarak hasta ve temaslıların sayısını azaltmak hedeflenmiştir (İvrindi Kaymakamlığı, 2021).

Sağlık çalışanlarının, çeşitli stres ölçekleri ile yapılan birçok çalışmada branşlarının (Çamkerten vd., 2020), medeni durumlarının (Göksu ve Kumcağız, 2020), yaşlarının (Erşan vd., 2013), çalıştıkları birimlerin (Özcan vd.,2014) stres düzeylerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Balıkesir ili İvrindi ilçesinde çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının stres belirtileri düzeyleri yaş, medeni durum, hizmet grubu ve sağlık kuruluşu değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Sağlık çalışanlarında görülen fiziksel stres belirtileri, davranışsal stres belirtileri ve psikolojik stres belirtilerine de yaş, medeni durum hizmet grubu ve sağlık kuruluşunun anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Salgın döneminde stresli bir çalışma temposuna rağmen meditasyon yapmak, solunum egzersizleri, diyet, gevşeme egzersizleri yapmak, sosyal ve kültürel aktiviteler, spor yapmak, masaj, ibadet vb. uygulamaları stresle başa çıkmada en sık ve yaygın kullanılan baş etme yöntemleri olarak öne çıkmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanları bireysel baş etme yöntemlerinden yararlandığı için stres durumlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir.

COVID-19 pandemi sürecinde tez yazarının da kişisel gözlemleri ve deneyimlerine paralel bir şekilde sağlık çalışanlarının bireysel olarak tercih ettikleri yöntemler, ilçe mülki

amirinin süreci başarıyla yönetmesi, kurum yöneticilerinin olumlu tavırları, ekiplerin uyumu, kurumlar arası iş birliği ve koordinasyonun sağlanmış olmasının iş yükü artan sağlık çalışanlarının süreçteki stresle baş etme durumunu kolaylaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirildiği ilçenin nüfusun az olması, izolasyon kurallarının uygulanabilirliği açısından kolaylık sağlamıştır.

COVID-19'un meslek hastalığı kapsamına alınmış olması da sağlık çalışanları açısından önemli bir gelişmedir. Bunlara ek olarak Sağlık Bakanlığı'nın süreç esnasında sağlık çalışanlarına sağlamış olduğu kurumsal desteklerin de olumlu etki yarattığı söylenebilir.

Bu araştırma nicel bir araştırma yöntemi olarak yapılmıştır. Bununla birlikte strese neden olabilecek diğer etkenler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma sonuçlarının daha aydınlatıcı ve genellenebilir olması için farklı değişkenlerin de analize dâhil edildiği daha kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilmesi tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Afacan E., Avcı N. (2020). Koronavirüs(Covid-19) Örneği Üzerinden Salgın Hastalıklara Sosyolojik Bir Bakış. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 1-14.
- Ahmadı A. A., Şirin H. ve Ergüder T. (2020). Dünya Salgın Tarihi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 87-97.
- Akbıyık A., Avşar Ö. S. (2020). Coranavirüs Enfeksiyonu Hastalığının(Covşd-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 109-116.
- Akdur R., Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M.,ve Tunçbilek A. . (1998). Halk Sağlığı. *AÜ TF Antıp AŞ Yayınları*, 3-13.
- Akgemci T. (2001). Örgütlerde Stres ve Yönetimi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*(15), 1-2.
- Akgül Ö. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemisi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 3(1), 1-4.
- Aktaş A. M. (2001). Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 56(4), 25-42.
- Aktaş E. (2021). Çorum Sancağında Salgın Hastalıklar(1894-1914). *Karadeniz Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, 7(12), 107-123.
- Arık F. Ş. (1991). Selçuklular Zamanında Anadolu'da Veba Salgınları. *Tarih Araştırmaları Dergisi*, 15(26), 27-57.
- Arıkan D., Karabulut N. (2004). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 10-19.
- Arslan İ., Karagül S. (Mayıs 2020). Küresel Bir Tehdir (Covid-19 Salgını) ve Değişime Yolculuk. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-36.
- Aslan R. (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85), 35-41.

- Aslan Ş., Güzel Ş. (2018). Türkiye'deki Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri1 Pre-Hospital Emergency Health Services in Turkey . *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(31), 4995-5002.
- Avcı A. (2019). İş ve İş Stresi Yönetimi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 290-296.
- Aydın Ş. (2004). Örgütsel Stres Yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 49-74.
- Aytaç S. (2005). Çalışanların işlerine yönelik tepkilerin üzerindeki tepkiler. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 833-851.
- Babayiğit M. A., Bakır B. (2004). HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve Korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni Dergisi*, 280-290.
- Bacak B., Yiğit Y. . (2010). İşe devamsızlığın nedenleri, ekonomik sonuçları ve azaltılması gereken önlemler. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1).
- Bai Y., Lin C. C., Lin C. Y., Chen J. Y., Chue C. M. and Chou P. (2004). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved With the SARS Outbreak. *Psychiatric services*, 55(9), 1055-1057.
- Bakanlığı, S. (2020). *T.C. Sağlık Bakanlığı Organizasyon Rehberi*. Ankara.
- Bakanlığı, T. S. (2019). *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı*. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. adresinden alındı
- Baltacı N. N., Coşar B. (2020). COVID-19 pandemisi ve Ruh Beden İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Covid 19 Psikiyatri Özel Sayısı*.
- Bao Y., Sun Y., Meng S., Shi J., and Lu L. . (2020). 2019 nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*(395), e37-e38.
- Bolsoy N., Sevil, Ü. (2006). Sağlık- Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 78-87.
- Bozkurt Y., Zeybek Z. ve Aşkın R. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.

- Budak F., Korkmaz Ş. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 62-79.
- Büyüm N. (1993). *Medicana Genel Sağlık Ansiklopedisi* (Cilt 12). İstanbul: Ana Yayıncılık.
- Cam E. (2004). Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-10.
- Can A., İbicioğlu H. (2008). Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 253-275.
- Cemalettin Ş., Sipahioğlu,Ş. (2009). *Doğal Afetler ve Türkiye*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- Chambers R., Wall D. and Campbell I. (1996). (1996). Stresses, coping mechanisms and job satisfaction in general practitioner registrars. *British Journal of General Practice*, 46(407), 343-348.
- Chan A. O., Huak C. Y. . (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational medicine*, 54(3), 190-196.
- Chan J. F., Lau S. K., To K. K., Cheng V. C., Woo P. C., & Yuen K. Y. . (2015). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: Another Zoonotic Betacoronavirus Causing SARS-Like Disease. *American Society for Microbiology Clinical*, 28(2), 465-522.
- Chong M. Y., Wang W. C., Hsieh W. C., Lee C. Y., Chiu N. M., Yeh W. C., ... & Chen C. L. . (2004). Psychological Impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British journal of psychiatry*, 185(2), 127-133.
- Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (2020). *Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi*. 05 31, 2020 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı İdari İzin Mevzuatı: <https://www.mevzuat.gov.tr/#tebligler> adresinden alındı
- Cüceloğlu D. (1994). *İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çalışkan C., Özcebe H. (2013). Afetlerde Enfeksiyon Hastalıkları Salgınları ve Kontrol Önlemleri. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*, 12(5), 583-588.

- Çalışkan S. (2018). Salgın Haberleri. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 56-64.
- Çamkerten S., Tatar A. ve Saltukoğlu G. . (2020). Sağlık Çalışanlarının Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 257-265.
- Çiftçi E., Çoksüer F. (2020). Yeni Koronavirüs enfeksiyonu: COVID-19. *Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*, 25(1), 9-18.
- Demirbilek Ö., Hatık S. H. (2020). DÜNYADA VE TÜRKİYEDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE TARİHÇESİ.
- Durmuş A., Durmuş M. N. (2019). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229.
- Durmuş C., Guner N. G. ve Yurumez Y. . (2021). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve COVID-19 Hasta Yönetimi. *Phoenix Medical Journal*, 3(2), 51-53.
- Elçi İ. H. (2020). Salgın Hastalıkların Kısa Tarihi. *AREL USAM Stratejik Bakış*.
- Erdem B., Yıldırım A. D., Erdem F., Esencan, T. Y. ve Uyar N. (2021). Covid-19 Pandemi Mücadelesinde Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğünün Organizasyonel Yapısı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 170-178.
- Erdoğan Y., Koçoğlu F., ve Sevim C. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Erkmen N., Çetin Ç. (2008). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(19), 231-242.
- Ersarı G. (2012). İş Görenin İçsel ve Dışsal Motivasyonunda Stresle Mücadele Tekniklerinin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 81-101.
- Erşan E. E., Yıldırım G., Doğan O., ve Doğan S. . (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyum ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 115-121.
- Folkman S., Lazarus R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and social behavior*, 219-239.

- Gao C., Shi D., and Maydeu-Olivares A. (2020). Estimating the Maximum Likelihood Root Mean Square Error of Approximation with non-normal data:A Monte-Carlo study. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal*, 27(2), 192-201.
- Garfin D. R., Silver R. C., and Holman E. A. (2020). The novel coronavirüs(Covid-19)outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health pyschology*, 39(5), 355-357.
- Gershon R. R., Vandelinde N., Magda L. A., Pearson J. M., Werner A. and Prezant D. (2009). Evaluation of a Pandemic Preparedness Training Intervention for Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(6), 508-511.
- Göksu Ö., Kumcağız H. (2020). Covid-19 Salgınında Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi ve Kaygı Düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Güçlü N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Güçlü N., Şehitoğlu E. T. (2006). Örgütsel Değişim. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*(13), 240-254.
- Güler Ö., Çınar S. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stresörler ve Kullandıkları Başetme yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*(1), 253-261.
- Holmes E. A., O'Connor R. C., Perry V. H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., ... and Bullmore E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.
- Hoşgör H., Ülker Dörttepe Z. ve Sağcan H. (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında COVİD-19 Anksiyetesi ve Mesleki Performans İlişkisinin Tanımlayıcı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmeh Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 865-886.
- İnce F., Yazkan R. (2021). Büyük Salgınlar Tarihi ve COVID-19 Pandemisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 249-251.
- İvrindi Kaymakamlığı. (2021, 3 31). <http://www.ivrindi.gov.tr>.
<http://www.ivrindi.gov.tr/ivrindi-ilce-hifzissiha-kurulu-karantina-karari-evciler> adresinden alındı

- Kara A. (2010). Domuz Gribi(Pandemik İnfluenza 2009). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53(1), 42-58.
- Karadavut Y. (2005). "İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stresle Başa Çıkma Yolları", *Yüksek Lisan Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Karakaya A., Gürel S. (2015). Kardemir A.Ş Çalışanlarının Stres Faktörleri Algılarına Yönelik Bir Araştırma. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 17-31.
- Ketrez G., Şirin H. ve Hasde M. (2020). Geçmişten Günümüze Türkiye'de Salgınlar. *Türkiye Okuryazarlığı Dergisi*, 98-106.
- Kılıçoğlu M. E. (2022). Salgın Hastalık Tehdidi ve Ulusal Güvenlik. *İstanbul Topkapı Üniversitesi Topkapı Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 53-69.
- Kol E. . (2015). Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Korkmaz M., Ceylan B. (2012). Örgütsel Stres Yönetimi ve Stresin İstanbul Büyükşehir Çalışanlarının İş performansı Üzerine Etkisinin Uygulamalı Olarak İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi*, 5(10), 313-344.
- Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y. T., Liu Z., Hu S., and Zhang B. (2020). Online Mental Health Services in China during the Covid-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 17-18.
- Metin B. (2017). Sağlık Hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50.
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (1983, 1 13). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*.
<https://www.mevzuat.gov.tr/>:
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Mutlu O., Uygun İ. ve Erden F. (2020). Koronavirüs hastalığı (COVID-19) tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 167-173.
- Nıkıforuk A. (2000). *Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi*. (S. Erkanlı, Çev.) İstanbul: 2000 İletişim Yayıncılık.

- Özcan E. M., Ünal A. ve Çakıcı A. B. (2014). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya numune hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 125-131.
- Özden K., Özmat M. (2014). Salgın ve Kent: 1347 Veba Salgınının Avrupa'da Sosyal, Politik ve Ekonomik Sonuçları,. *İdealkent Dergisi*, 5(12), 60-87.
- Özel Y. ve Bay Karabulut A. . (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özkan E. T. (2020). Pandemi Nedeni Olan SARS-CoV-2. *Türkiye Okuryazarlığı Dergisi*, 1(2), 165-175.
- Öztürk O., Karcıoğlu Ö. (2020). *Covid-19 pandemisi sürecinde kamu hastaneleri*. Türk Tabipler Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu.
- Pala K. (2020). COVID-19 Pnademisi ve Türkiye'de Halk Sağlığı Yönetimi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 39-50.
- Parıldar H. (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*, 19-26.
- Peiris J. S., Yuen K. Y., Osterhaus A. D., and Stöhr K. . (2003). The Severe Acute Respiratory Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 349(25), 2431-3441.
- Pinchuk I., Pishel V., Chumak S., Ilnytska T., Stepanova N., Filimonova N., ... and Solonskyi A. (2022). Prognostic Assessment of Stress-Related Factors in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 34(3), 572-577.
- Resmi Gazete. (2020). *Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete Organizasyonların Ertelenmesi*. 5 31, 2020 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler> adresinden alındı
- Robertson E., Hershenfield K., Grace S. L., and Stewart D. E. . (2004). The Psychosocial Effects of Being Quarantined Following Exposure to SARS: A Qualitative Study of Toronto Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 403-407.
- Rothan H. A., Byrareddy S. N. . (2020). The Epidemiolog and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*(109), 102433.
- Saatçi E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve sağlık Çalışanları: Yaşatmak mı Yaşamak mı ? *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 24(3), 153-16.

- Sağlık Bakanlığı. (2021, 04 20). *Sağlık Bakanlığı*.
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2021, Ağustos 25). *T.C Organizasyon Rehberi 2021*. [sgb.saglik.gov.tr: https://sgb.saglik.gov.tr/TR-85308/tc-saglik-bakanligi-organizasyon-rehberi-2021.html](https://sgb.saglik.gov.tr/TR-85308/tc-saglik-bakanligi-organizasyon-rehberi-2021.html) adresinden alındı
- Selvi M. S., Erdem Y. ve Kayar Y. . (2014). Örgütsel Stres Kaynakları ve Baş Etme Yolları: Tekirdağ Adliyesi Örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 56-75.
- Serbest S. (2022). *Disiplinlerarası Bakış Açısıyla Salgın ve Dijitalleşme*. Ankara: Gazi Kitapevi Tic. Ltd. Şti.
- Silverman A., Simor A., and Loutfy M. R. (2004). Toronto emergency medical servşes and SARS. *Emerging infectious diseases*, 10(9), 1688.
- Sivanandy P., Jun P. H., Man L. W., Wei N. S., Mun N. F. K., Yii C. A. J. and Ying C. C. X. (2022). A systematic review of Ebola virus disease outbreaks and an analysis of the efficacy and safety of newer drugs approved for the treatment of Ebola virus disease by the US Food and Drug Administration from 2016 to 2020. *Journal of Infection and Public Health*, 285-292.
- Stoyanova S., Mihaylova T., Dimitrov T., and Koychev A. (2022). Empathy in Healthcare Professionals during the Coronavirus Pandemic. *Psychiatr Danub*, 547-556.
- Şener A. (2020). COVID-19 (SARS Cov-2) Tedavisi. *Şener, A. (2020). COVID-19 (SA Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 7-104.
- Şimşek P.,Günaydın M., ve Gündüz A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,. (2020, 03 11). *COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberi*.
- Taşkın Yılmaz F., Yıldız E. ve Çevik B. E. (2021). Hemşirelerin İş Stresi ile Damgalama Eğilimleri Arasındaki İlişki. *PEARSON JOURNAL OF SOCIAL SCIENCES*, 6(12), 190-203.
- Toper Kaygın A. ve Göktürk T. (2009). *Terimler Sözlüğü*. Ankara: Maya Akademi.
- Tutar H. (2000). *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*. İstanbul: Hayat Yayınları.

- Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası. (2022, 12 31). <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Enflasyon+Verileri/Tuketici+Fiyatlari> adresinden alındı
- Wheaton M. G., Abramowitz J. S., Berman N. C., Fabricant L. E., and Olatunji B. O. (2012). Psychological Predictors of Anxiety in Response to the H1N1 (Swine Flu) Pandemic. *Cogn Ther Res*, 36(3), 210-218.
- WHO. (2021, 12 15). World Health Organization: <https://covid19.who.int/> adresinden alındı
- wikipedia. (2022, 12). <https://tr.wikipedia.org>. <https://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0vrindi> adresinden alındı
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., and Yang N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 1, 26.
- Yavuz I. C. (2015). Kamu Hastane Birlikleri ve Hastanelerde Yapısal Dönüşüm. *Toplum ve Hekim Dergisi* , 30(1), 3-12.
- Yengin Sarpkaya P. (2011, Eylül). Fakir Bayburt'un Gözüyle Köy Enstitülerinde Örgüt Kültürünün Değişimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 19(3), 743-746.
- Yıldırım İ. (1991). Stres ve Stresle Başaçıkmanda Gevşeme Teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(6).
- Yıldırım Öztürk E. N. (2022). Türkiye’de İlçe Sağlık Müdürlüğü Düzeyinde Covid-19 Hastalığı Mücadelesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(2), 166-176.
- Yıldız O. (2017). Pandemi Enfeksiyonlar ve Seyehat. *Türkiye Klinikleri Enfeksiyon Hastalıkları Seyehat Sağlığı Özel Sayısı Dergisi*, 10(3), 12-305.
- Yurdakul E. S. (2015). Tarihte Önemli Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Dergisi*, 1(3), 1-6.
- Yüksel H. (2014). Çalışma Yaşamı ve Stres Kavramı: Durumsal Bir Yaklaşım. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 109-131.

Zaki A.M, Sander van Boheemen, M.Sc., Theo M. Bestebroer, B.Sc., Albert D.M.E. Osterhaus, D.V.M.,. (2012). *Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia.*

Zengin N. (2010). 'Sağlık Hakkı' ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1), 44-52.*

